



**Värdet av FaR<sup>®</sup>**  
**Fysisk aktivitet på recept**  
**i kampen mot livsstilsrelaterade sjukdomar**

Lena Ekman, Frida Isaksson, Jim Neumann

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp  
Omvårdnad 61-90 hp  
Ht 2008

---

Sektionen för Hälsa och Samhälle  
Box 823  
301 18 Halmstad



# **The Value of PAP**

## **Physical Activity on Prescription in the Fight against Noncommunicable Diseases**

Lena Ekman, Frida Isaksson, Jim Neumann

Nursing programme 180 ECTS  
Nursing care 61-90 ECTS  
Autumn 2008

---

School of Social and Health Sciences  
PO Box 823  
S-301 18 Halmstad

**Titel:** Värdet av FaR<sup>®</sup> - fysisk aktivitet på recept i kampen mot livsstilsrelaterade sjukdomar

**Författare:** Lena Ekman, Frida Isaksson, Jim Neuman

**Sektion:** Sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan i Halmstad, Box 823, 301 18 Halmstad

**Handledare:** Margareta von Bothmer, Universitetslektor

**Examinator:** AnneCharlotte Berggren, Universitetslektor

**Tid:** Höstterminen 2008

**Sidantal:** 21

**Nyckelord:** Fysisk aktivitet, fysisk aktivitet på recept, hälsofrämjande åtgärder, livsstilsrelaterade sjukdomar

**Sammanfattning:** Livsstilsrelaterade sjukdomar är ett växande globalt problem, och fysisk inaktivitet är en av de största riskfaktorerna. En av sjuksköterskans uppgifter är att motivera till hälsosammare levnadsvanor. En hälsofrämjande metod är fysisk aktivitet på recept, FaR<sup>®</sup>, som används i flera länder, men vars effekt även har ifrågasatts. Syftet med studien var att undersöka värdet av FaR<sup>®</sup> och vilka faktorer som påverkar det värdet. En granskning av 12 vetenskapliga artiklar genomfördes. Resultaten visade att FaR<sup>®</sup> medförde positiva förändringar hos deltagarna, men förändringarna påverkades av följsamheten. Förskrivningsfrekvensen varierade starkt, och det var framförallt läkare som skrev ut recept. En liten del av dem som låg i riskzonen för livsstilsrelaterade sjukdomar fick ett recept. FaR<sup>®</sup> bör användas till dem som är motiverade till förändring. Det behövs mer forskning om den påverkan FaR<sup>®</sup> har på dem som inte är följsamma och om kunskaperna och attityderna hos den hälso- och sjukvårdspersonalen som har förskrivningsrätt.

**Title:** The Value of PaP – Physical Activity on Prescription in the Fight against Noncommunicable Diseases

**Authors:** Lena Ekman, Frida Isaksson, Jim Neumann

**Department:** School of Social and Health Sciences,  
PO Box 823, S-301 18 Halmstad

**Supervisor:** Margareta von Bothmer, Senior Lecturer

**Examiner:** AnneCharlotte Berggren, Senior Lecturer

**Period:** Autumn term 2008

**Pages:** 21

**Key words:** Physical activity, physical activity on prescription, health promotion, noncommunicable diseases

**Abstract:** Noncommunicable diseases are a growing global problem, and physical inactivity is one of the greatest risk factors. One part of our profession as nurses is to encourage people to adopt healthier lifestyles. One health-enhancement method is physical activity on prescription, PAP, which is used in a number of countries, but whose effect has also been questioned. The aim of this study was to examine the value of PAP and which factors influence that value. A systematic review was carried out, in which twelve scientific articles were examined in detail. The results showed that PAP led to positive changes in participants. These changes were closely related to compliance. Prescription frequency was very varied, and doctors were the principle prescribers. A small percentage of those at risk from noncommunicable diseases received a prescription. PAP should be used for patients who have a high level of motivation for change. Further research is necessary on what effect PaP has on those who are not compliant, and on the knowledge and attitudes of health professionals who have the right to prescribe PAP.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>1</b>
Livsstilsrelaterade sjukdomar	1
Hälsofrämjande arbete	2
Fysisk aktivitet	2
Definitioner	2
Rekommendationer	3
Folkhälsomålen	3
Konsekvenser av fysisk aktivitet/inaktivitet	3
Samhällskostnader	4
Fysisk aktivitet på recept - FaR <sup>®</sup>	4
Utvecklingen i Sverige	4
FaR <sup>®</sup> i Norden	5
FaR <sup>®</sup> internationellt	5
Ordination av FaR <sup>®</sup>	6
Motiverande metoder	7
Metoder för mätning av fysisk aktivitet	7
Lagar och författningar	7
<b>Syfte</b>	<b>8</b>
<b>Metod</b>	<b>8</b>
Datainsamling	8
Databearbetning	9
<b>Resultat</b>	<b>10</b>
Förändringar hos individen	10
Fysiska förändringar och beteendeförändringar	11
Psykiska förändringar	12
Följsamhet	13
Förskrivningsfrekvens	13
Förskrivarna	14
Deltagarna	15

<b>Diskussion</b>	<b>16</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>16</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>16</b>
<b>Konklusion</b>	<b>19</b>
<b>Implikation</b>	<b>20</b>
<b>Vision</b>	<b>21</b>
<b>Referenser</b>	
<b>Bilagor</b>	
<b>Bilaga I:</b>	<b>Modifierad kvalitetsbedömningsmall för studier med kvalitativ/kvantitativ metod</b>
<b>Bilaga II:</b>	<b>Tabell 2: Artikelöversikt</b>
<b>Bilaga III:</b>	<b>Förskrivna recept i Halland 2006/2007</b>
<b>Bilaga IV:</b>	<b>Receptblankett för fysisk aktivitet</b>

**“Lack of activity destroys the good condition  
of every human being, while movement  
and methodical physical exercise save it”**

**“Brist på aktivitet förstör den goda konditionen  
hos varje människa, medan rörelse  
och metodisk fysisk motion räddar den”**

**Platon**

## **Inledning**

En osynlig pandemi håller tyst på att skörda offer – den stod för nästan 60 % av alla dödsfall globalt år 2001 – och inget land har skonats, ingen människa är immun. De skyldiga är icke-överförbara, livsstilsrelaterade sjukdomar (noncommunicable diseases); högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, övervikt, diabetes och vissa former av cancer (World Health Organisation [WHO], 2002).

De absolut övervägande största riskfaktorerna är dåliga kostvanor, fysisk inaktivitet, rökning och alkoholkonsumtion. Och även om fler och fler i många delar av världen blir mer medvetna, bättre informerade om riskerna och bättre rustade för att undvika dem, är det ändå så att alla fyra riskfaktorer ökar i omfattning, globalt sett (WHO, 2004).

Att främja och återställa hälsa, förebygga sjukdomar och hälsorisker och motivera till hälsosammare levnadsvanor är bland sjuksköterskans viktigaste och mest grundläggande uppgifter (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2007; Socialstyrelsen, 2005a). Utbildning, upplysning, rådgivning, motiverande samtal och stöd kring kost, rökning, alkoholvanor och fysisk aktivitet har fått en alltmer framträdande roll i många sjuksköterskors arbete. Samtidigt har en relativt ny metod börjat användas mer och mer i Sverige och vissa andra länder: att förskriva motion på recept. På samma sätt som en människa kan få ett recept för ett läkemedel, så kan hon få ett recept på fysisk aktivitet (Kallings, 2008). I litteraturstudien undersöks om fysisk aktivitet på recept är ett effektivt vapen i kampen mot de livsstilsrelaterade sjukdomarna.

## **Bakgrund**

### **Livsstilsrelaterade sjukdomar**

Redan 2002 kunde 60 % av dödsfallen i världen och 47 % av den globala sjukdomsburden tillskrivas icke-överförbara sjukdomar (WHO, 2002, 2004). Globalt orsakade högt blodtryck uppskattningsvis 7,1 miljoner dödsfall årligen, och var grunden i 62 % av cerebro-vaskulära sjukdomar och 49 % av kardiovaskulära sjukdomar. År 2005 kunde 17,5 miljoner dödsfall tillskrivas hjärt- och kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, stroke och hjärtsvikt (WHO, 2008). Samtidigt var cirka 1,6 miljarder vuxna överviktiga (Body Mass Index [BMI] > 25) 2005, och minst 400 miljoner led av obesitas (BMI >30). I cirka 2,9 miljoner dödsfall årligen ansågs diabetes vara en bidragande orsak, och 2008 lider uppskattningsvis 180 miljoner människor i världen av diabetes. Av de omkring 11,3 miljoner cancerfallen årligen runt om i världen anses 30 % vara undvikbara genom livsstilsförändringar.

I Sverige har dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskat de senaste åren, framförallt på grund av bättre behandlingsmetoder, men fortfarande svarade dessa sjukdomar för 44 % av alla dödsfall 2002 (Socialstyrelsen, 2005b). Samtidigt ökar fetma, och över hälften av männen och mer än en tredjedel av kvinnorna mellan 16 och 74 år är överviktiga. Ungefär 300 000 personer i Sverige uppskattas ha diabetes, en ökning med cirka 40 % sedan 1980.

Bland Sveriges län hamnar Halland på första plats när det gäller andel kvinnor med bra hälsa, och på tredje plats när det gäller andel män med bra hälsa (Statens Folkhälsoinstitut [FHI], 2007). I Halland har 3 % av kvinnorna och 6 % av männen diabetes, och 34 % av den vuxna befolkningen har en långvarig sjukdom.

De som drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar återfinns inte längre mest i de rika industriländerna. Sjukdomar som har rykte om sig att vara kopplade till välfärdsleverne har spritt sig mer och mer till de fattiga utvecklingsländerna, länder som allt som oftast inte har resurser till mediciner som kan minimera konsekvenserna av dessa sjukdomar (WHO, 2004). Dessa fattiga länder bär en dubbel börda på grund av de problem de redan har med infektiösa sjukdomar.

## Hälsofrämjande arbete

Bekämpningen av de livsstilsrelaterade sjukdomarna har hög prioritet på såväl regional som nationell och internationell nivå. WHO:s vision (2004) är en hälsofrämjande värld utan livsstilsrelaterade icke-överförbara sjukdomar, och världssamfundets strävan mot målet inkluderar fyra riktningar:

- **Promotion** av hälsosamma levnadsvanor (bättre kost, mer fysisk aktivitet, och rökstopp) och hälsofrämjande samhällsstrukturer
- **Prevention** av förtida död och undvikbara funktionshinder
- **Behandling** som är effektiv, enligt de senaste rönen, och når alla, även de fattigaste
- **Omvårdnad** som är lämplig och tillgänglig

För att lyckas i kampen är det viktigt att personal inom olika yrken arbetar tillsammans mot samma mål. Sjuksköterskan ska ha en tydlig kompetens för att arbeta inom området. Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005a, s. 12) ska en sjuksköterska:

ha förmåga att  
identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer  
identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård  
undervisa och stödja patienter och närstående, individuellt eller i grupp, i syfte att främja hälsa och att förhindra ohälsa  
motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling  
förebygga smitta och smittspridning.

## Fysisk aktivitet

### Definitioner

Definitionen av *fysisk aktivitet* är när kroppsrörelser på grund av skelettmuskulaturens kontraktion ger en ökad energiförbrukning (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006). Ökad energiförbrukning uppnås när kroppen utför någon form av återkommande rörelse som till exempel vid promenad, jogging eller cykling. *Hälsofrämjande fysisk aktivitet* är sådan fysisk aktivitet som leder till förbättrad hälsa och som inte utsätter individen för risk att skadas. *Motion* definieras som en medveten och strukturerad fysisk aktivitet med

avsikt att ge ett välbefinnande och förbättra eller bibehålla hälsan. Oftast medför avsiktlig motion att utövaren byter om till träningskläder. Med *träning* avses utövande av fysisk aktivitet, där en klar målsättning är en förbättring av prestationsförmågan. Träning används ofta i tävlings syfte.

## **Rekommendationer**

Dagens rekommendationer för fysisk aktivitet skiljer sig från dem som utfärdades under 1960-70 talet (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006), då utövaren skulle ha en hög ansträngningsnivå och den fysiska aktiviteten skulle pågå under förhållandevis långa perioder. Aktiviteten ansågs inte ha någon effekt om utövaren inte blev svettig och andfådd. Under senare tid har ny kunskap visat att all fysisk aktivitet innebär hälsovinster. Det är framförallt den sammanlagda energiförbrukningen som styr hälsoeffekterna och även mindre intensiva aktiviteter har betydelse och är positiva för hälsan. Den fysiska aktiviteten behöver inte heller vara sammanhängande utan kortare perioder flera gånger under dagen kan vara lika effektivt.

År 2001 enades de svenska myndigheterna om rekommendationer för fysisk aktivitet som liknar de internationella rekommendationerna (SBU, 2007). Fysisk aktivitet av måttlig intensitet i minst 30 minuter/dag rekommenderas för vuxna, och 60 minuter/dag med måttlig till hård intensitet rekommenderas för barn och ungdomar. Om utövaren dessutom ökar den dagliga mängden eller intensiteten utvinns ännu större hälsoeffekter.

## **Folkhälsomålen**

Riksdagen antog i april 2003 en ny proposition om den svenska folkhälsopolitiken, som utgår från 11 olika målområden, varav ett, målområde nio, fokuserar specifikt på fysisk aktivitet (Ågren, 2003). I och med att fysisk aktivitet ses som en förutsättning för god hälsa skall folkhälsoarbetet säkerställa alla invånares möjligheter till tillräckligt mycket fysisk aktivitet. Detta skall uppnås enligt målområdet särskilt genom insatser i förskola, skola och på arbetsplatser, stimulans av ökad fysisk aktivitet på fritiden, och att möjlighet till aktivitet, motion och träning ges till långtidssjukskrivna, funktionshindrade och äldre utefter deras egna förutsättningar.

Även målområde fem, som egentligen inriktar sig på miljöer och produkter har betydelse för främjande av fysisk aktivitet. Inom målområdet klagörs den positiva effekten av att vistas i grönområden och på så vis uppnå en god hälsa. Vistelser i grönområden ger: större möjlighet till fysisk aktivitet, återhämtning från stress, minskning av infektion, bättre koncentrationsförmåga och psykologiskt och fysiologiskt bättre hälsa.

## **Konsekvenser av fysisk aktivitet/inaktivitet**

Tillräcklig mängd regelbundet återkommande och väl anpassad fysisk aktivitet leder till förbättrad balans, motorik, kondition, och bättre styrka i muskler och bindväv, vilket i sig ger en bättre självkänsla och kroppsuppfattning (WHO, 2002). Men framförallt så är fysisk aktivitet i tillräcklig mängd ett skydd mot livsstilsrelaterade sjukdomar som diabetes mellitus typ 2, hjärt-kärlsjukdomar, stroke, osteoporos, hypertoni, höga blodfetter, obesitas, depression, ångest och olika cancersjukdomar.

Däremot så är fysisk inaktivitet en av de allra största riskfaktorerna för ohälsa i världen (WHO, 2002). Den ökar risken för, bidrar till eller orsakar de ovannämnda livsstilsrelaterade sjukdomarna, som orsakar mycket lidande och förtidig död. En inaktiv man eller kvinnas livslängd minskar med i genomsnitt 6-9 år i jämförelse med en måttligt fysiskt aktiv individ.

## **Samhällskostnader**

Fysisk inaktivitet leder inte bara till sjukdom, lidande och för tidig död, utan också till stora kostnader för samhället. Bolin och Lindgren (2006) har gjort beräkningar avseende vad fysisk inaktivitet kostar det svenska samhället på grund av för tidig död och permanent sjuklighet. De direkta kostnaderna för slutenvård, öppenvård, läkemedel och produktionsbortfall i Sverige på grund av fysisk inaktivitet beräknades till drygt sex miljarder kronor år 2002. Kostnader för kortvarig sjukfrånvaro kunde inte beräknas och ingår inte. Författarna konstaterar också själva att dessa beräkningar bygger på vissa premisser och antaganden som utgör stora begränsningar. Kostnader som bygger på fysisk inaktivitets indirekta följder som till exempel ökad prevalens av vissa former av cancer, osteoporos och fetma, har inte tagits med i beräkningarna, och de humanitära kostnaderna på grund av ökat lidande och sänkt livskvalité har heller inte uppskattats. Därmed får ovanstående kostnadsberäkning ses som en liten del av den fullständiga kostnaden för att invånarna inte rör på sig.

## **Fysisk aktivitet på recept - FaR<sup>®</sup>**

I litteraturstudien används förkortningen FaR<sup>®</sup> som står för fysisk aktivitet på recept.

### **Utvecklingen i Sverige**

FaR<sup>®</sup> är ett relativt nytt begrepp, men liknande metoder har förekommit under de senaste decennierna (Kallings & Leijon, 2003). I Västmanlands läns landsting startade år 1976 en testverksamhet som då hette "Läkarordinerad motion". Landstinget ville aktivera långtidssjukskrivna till fysisk aktivitet. De patienter som fick läkarordinerad motion fick under tio veckor gå på lågintensiv gruppträning tre gånger i veckan och fick även information om levnadsvanor. De involverade var dels flera yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården och dels försäkringskassan, friluftsförbundet och landstingets beredningsgrupp. För att tillgodose patienternas motion efter avslutad behandling, utbildades motionsledare. De friskvårdsanläggningar som utbildade sin personal fick ekonomiska bidrag. En vårdcentral i Östergötland skrev 1985 sitt första recept på fysisk aktivitet (Leijon & Fornander, 2006). Efter 1999 spred det sig till fler vårdcentraler och 2004 var Östergötland ett av de landsting som hade kommit längst med utvecklingen av FaR<sup>®</sup> (Kennedy, 2004).

Förskrivning av fysisk aktivitet rekommenderas av Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2007) som en av flera metoder för att ytterligare öka den fysiska aktivitetsnivån, i kombination med upprepad muntlig rådgivning. FHI (2007) har sedan 2001 medverkat i utvecklingen av FaR tillsammans med andra intresserade myndigheter och organisationer, och på uppdrag av Sveriges Regering. De har även gett ut en skrift

som stöd för implementering av FaR<sup>®</sup>-program, och en hel del av deras hemsida ägnas åt FaR<sup>®</sup>.

“Sätt Sverige i rörelse” var en nationell kampanj som pågick under år 2001. Kampanjens mål skulle uppnås genom flera åtgärder, bland annat att ordinera fysisk aktivitet på recept, vilket resulterade i en ökad användning av metoden (FHI, 2008). År 2008 används metoden av samtliga läns landsting i Sverige (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet [YFA], 2008).

## **FaR<sup>®</sup> i Norden**

I en svensk vetenskaplig studie har forskare jämfört FaR<sup>®</sup> i de olika nordiska länderna (Kallings & Ståhle, 2005). I Norge introducerades “grønn resept” i oktober 2003. Verksamheten arbetar med att ge patienterna både vägledning i fysisk aktivitet och kost. Det är läkaren som skriver ut recept. De patienter som får ett recept utskrivet är endast de som har hypertoni eller diabetes typ 2 och inte har en läkemedelsbehandling under tiden. I Danmark prövades den första utformningen av FaR<sup>®</sup>, som hette “motion på recept [MPR]”, någon gång under 2003-2004. Ordinationen skrivs ut av en läkare som i sin tur skickar remissen till en sjukgymnast som utarbetar ett träningsprogram. Sjukgymnasten granskar ordinationen och genomför ordinationen tillsammans med patienten. Det är sjukgymnasten som följer upp resultatet. För att få ett recept utskrivet i Danmark ska patienten vara fysiskt inaktiv, ha symtom på en sjukdom eller vara i riskzonen för en sjukdom som gör att 30 minuters daglig aktivitet förbättrar hälsan, vara motiverad till den fysiska aktiviteten samt betala 750 danska kronor själv. I Finland kom förberedelserna igång 2001. År 2004 användes receptet i den normala verksamheten och kallades “Recept för fysisk aktivitet” eller på finska “liikkumisresepti”. Det är läkarna i Finland som skriver ut receptet. I receptet rekommenderas vilken form av fysisk aktivitet som ska utföras, antalet dagar per vecka, tid per dag, intensiteten och pulsen. I de nordiska länderna ingår också Island men studien nämnde inte detta land. Den största skillnaden mellan dessa länder var att i Sverige får olika personalkategorier skriva ut recept medan i de övriga nordiska länderna är det enbart läkaren som har förskrivningsrätten. En annan aspekt som framkom är de ekonomiska resurserna, som är större i grannländerna.

## **FaR<sup>®</sup> internationellt**

Förskrivning av motion har pågått i ganska stor omfattning i USA, där American College of Sports Medicine [ACSM] har publicerat såväl riktlinjer för rekommenderad mängd fysisk aktivitet (2007) och ett referensverk för testning och förskrivning av fysisk aktivitet (2006). I Sverige kan detta jämföras med Yrkesföreningar för fysisk aktivitet [YFA], fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling [FYSS], (2008). I Nya Zeeland visade Croteau, Schofield och McLean (2006) att cirka 3 % av befolkningen hade rapporterat att de hade fått ett grönt recept av sin primärvårdsläkare eller distriktssköterska under det senaste året. Dugdill, Graham och McNair (2005) uppger att det pågick uppskattningsvis fler än 800 förskrivningsprogram för fysisk aktivitet i United Kingdom 2003. I United Kingdom är dock läget ett annat nu, sedan den brittiska motsvarigheten till SBU, National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] (2006) rekommenderade ett stopp för FAR-program i allt annat än

forskningssyfte, för att utvärdera om det finns en vetenskaplig grund för att använda metoden.

## **Ordination av FaR<sup>®</sup>**

FaR<sup>®</sup> ordinerar på motsvarande sätt som läkemedel på recept (FHI, 2008) (se bilaga IV). Ordinationssättet är detsamma, där en fullständig anamnes, själva ordinationen, och uppföljning av resultatet ingår.

FaR<sup>®</sup> är en individuell och individanpassad ordination som kan skrivas ut av all legitimerad personal med god kompetens inom området (Kallings & Leijon, 2003). Receptförskrivarna inom Landstinget Halland är läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor (Larborn, 2008). Även kuratorer och dietister skriver ut recept via delegering. Receptet skrivs ut i både hälsofrämjande och sjukvårdande behandling i syfte att öka den fysiska aktiviteten i vardagen (Kallings & Leijon, 2003). Hälso- och sjukvårdspersonal ska ha god kunskap om patientens hälsostatus och vad fysisk aktivitet har för effekt på olika sjukdomstillstånd. Inom Landstinget Halland får personal delta i fortbildningar om övervikt/fetma, fysisk aktivitet och motiverande samtal innan de börjar med förskrivning av fysisk aktivitet (Larborn, 2008). Vid ordination är kontraindikationer en viktig aspekt att ta hänsyn till, som till exempel olika hjärt- och kärlsjukdomar och metabola sjukdomar.

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer som till exempel frivilliga organisationer är av stor betydelse för FaR<sup>®</sup>-arbetet. De aktörer som samarbetar ska ha lång erfarenhet av fysisk aktivitet, träning och motion (Kallings & Leijon, 2003).

Hälso- och sjukvårdspersonal som förskriver fysisk aktivitet kan även ha stor hjälp av boken FYSS (YFA, 2008). Boken är en kunskapsbas inom området och har kommit ut i två upplagor, den första år 2003 och den andra år 2008. YFA har ett samarbete med FHI och de tillsammans står bakom projektet. Målsättningen med boken är att uppmärksamma värdet av fysisk aktivitet och främja en ökning av fysisk aktivitet i samhället.

Patientens hälsotillstånd är en faktor som påverkar vilket sätt som väljs för att främja fysisk aktivitet; det är inte alltid FaR<sup>®</sup> som är bästa alternativet (YFA, 2008). YFA använder en modell för att patienterna ska få rätt behandling för att främja fysisk aktivitet:

Nivå 1: Patienten har redan utvecklat en sjukdom/skada och är inte lämplig deltagare i FaR<sup>®</sup>. En remiss blir istället utskrivet till någon aktör inom hälso- och sjukvårdens regi, till exempel en sjukgymnast.

Nivå 2: Patienten har en förhöjd risk för utveckling av sjukdom men kan utföra lågintensiv träning eller en speciellt anpassad aktivitet. Patienten får en skriftlig ordination med hänvisning på aktivitet.

Nivå 3: Patienten får en skriftlig ordination med eller utan hänvisning på aktivitet och är kapabel till normal träning och aktivitetsutbud.

Nivå 4: Patienter som anses vara kapabla till normal gruppträning eller klarar av genom till exempel promenader och friluftsliv att hålla igång på egen hand. Dessa patienter får FaR<sup>®</sup> skriftligt eller muntligt utan hänvisning på aktivitet.

Oberoende av patientens nivå är det långsiktiga målet självständig och regelbunden fysisk aktivitet.

## **Motiverande metoder**

För att få patienten motiverad till ökad fysisk aktivitet ligger ett stort ansvar på förskrivaren (Faskunger, Leijon, Ståhle & Lamming, 2007). När förskrivaren känner okunskap i motiverande samtal och beteendeförändringar kan patienten remitteras vidare till någon med mer kunskap inom området. En metod för att få en patient motiverad är *Modellen 5A*, som används för att ge struktur till livsstilssamtal. Första steget assess är att ta reda på patientens nivå av motivation. Därefter individanpassas information och olika råd, advise. Realistiska mål sätts upp tillsammans med patienten, agree. För att sedan kunna uppnå målen används olika verktyg för att öka motivationen och självförtroendet, assist. Till sist planeras vidare uppföljning och återbesök men även besök till en aktivitetsarrangör, arrange.

*Motiverande samtal* är en annan metod som kan användas vid alla olika sorters beteendeförändringar (YFA, 2008). Samtalsledaren har ett lyssnade och empatiskt förhållningssätt och strävan är att få patienten att själv hitta lösningar och svar på hennes olika problem. Genom denna process når patienten sina egna mål på egna villkor.

## **Metoder för mätning av fysisk aktivitet**

Det vanligaste sättet att mäta aktivitetsnivå hos deltagare i FaR<sup>®</sup>-program är genom *självskattning* (SBU, 2007). Deltagaren svarar på frågor, fyller i ett frågeformulär eller antecknar i en dagbok om mängd och intensitet av utförd aktivitet under en viss period. För att få mer objektiva mätningar finns det ett antal olika hjälpmedel. Ett grovt mått på mängd fysisk aktivitet kan fås med hjälp av *stegräknare*. En mer avancerad apparat, som mäter ändringar i hastighet, heter *accelerometern*. Den kan ge en bra bild av hur aktivitet är fördelad över en viss tid. Nackdelen med dessa är dock att de inte kan mäta vissa aktiviteter, till exempel cykling och simning. För att mäta intensiteten av aerob aktivitet är det bättre att använda en *pulsklocka*. Moderna pulsklockor kan registrera pulsen över en tidsperiod, och därmed ge en uppskattning av energiförbrukningen.

## **Lagar och författningar**

Verksamhetschefen har ansvaret för att arbetsuppgifter fördelas till hälso- och sjukvårdspersonal som har rätt kompetens för självständig ordination av fysisk aktivitet (Faskunger et al., 2007). Personen som får arbetsuppgiften bär själv ansvaret för hur den genomförs enligt 2 kap. 5 § lagen (SFS 1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Anteckningar skall föras i patientjournalen om både ordination och muntliga råd om fysisk aktivitet enligt 3 § patientjournalagen (SFS 1985:562). Patientförsäkring gäller för aktivitet inom landstingsvård då skadan kan specifikt relateras till ordinationen (Faskunger et al., 2007). Om patienten till exempel får en ryggskada av aktiviteten ska en anmälan och utredning göras.

## Syfte

Syftet med litteraturstudien var att undersöka värdet av fysisk aktivitet på recept och vilka faktorer som påverkar det värdet.

Följande frågeställningar formulerades utifrån ovanstående syfte:

- Hur påverkas individen av att få ett recept på fysisk aktivitet?
- Vilka förändringar kan de åstadkomma?
- Vilka är det i samhället som får ett recept?
- Vilka inom hälso- och sjukvården använder sig av metoden?

## Metod

För att få en samlad bild av kunskapsläget inom området har en systematisk litteraturstudie genomförts (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Artiklarna söktes på ett systematiskt sätt i vårdrelaterade databaser, och inklusionskriterierna var klart definierade. Enbart originalartiklar från primärkällor användes. Artiklarnas kvalitet har granskats och resultaten analyserats.

## Datainsamling

Artikelsökningarna gjordes i databaserna PubMed, Cinahl, SweMed+ och Eric. Inga lämpliga MesH-termer hittades utan metoden fritextsökning användes, se tabell 1.

Inklusionskriterierna:

- Sökorden med i titeln
- Enbart vetenskapliga artiklar
- Publiceringsår från 2005 till 2008
- Engelskt eller skandinaviskt språk

Exklusionskriterium:

- Reviewartiklar

Sammanlagt lästes och granskades 72 titlar och 52 abstrakt. Artiklar som valdes handlade om studier med fokus på livsstil och/eller livsstilsrelaterade sjukdomar. Förutom dubletter exkluderades artiklar som inte var relevanta; artiklar om specifika rehabiliteringsåtgärder vid till exempel knäledsoperationer och för förlamade patienter, och aktivitet för gravida kvinnor. I urval ett erhöles 21 artiklar som skrevs ut i fulltext eller beställdes via högskolebiblioteket i Varberg. Artiklarna lästes igenom och sammanställdes. I urval två återstod 12 artiklar. Nio artiklar valdes bort enligt nedanstående kriterier:

- inte livsstilsrelaterade
- protokoll till en annan studie
- baserad på samma studie och mindre detaljerad
- ingen studie (ledarartikel, reviewartikel)
- bara abstrakten publicerad
- handlade inte om receptförskrivning.

Av de medtagna artiklarna, som var vetenskapliga och relevanta till syftet, var 11 kvantitativa och en kvalitativ. De utvalda artiklarna granskades enskilt utefter en modifierad kvalitetsbedömningsmall för kvantitativa respektive kvalitativa studier (Carlsson & Eiman, 2003) (se bilaga I).

**Tabell 1. Sökhistoria**

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Genomlästa abstrakt	Urval 1	Urval 2 Valda artiklar
PubMed	2008-11-13	Exercise AND prescription	28	28	2	1
PubMed	2008-11-13	Physical activity AND prescription	4	3	2	2
SweMed+	2008-11-13	Motion på recept	11	1	3	1
Cinahl	2008-11-13	Exercise OR physical activity OR green AND prescription OR referral	26	18	14	8
Cinahl	2008-11-13	Green AND referral	1	1	-	-
Eric	2008-11-13	Exercise OR physical OR green AND prescription OR referral	2	1	-	-

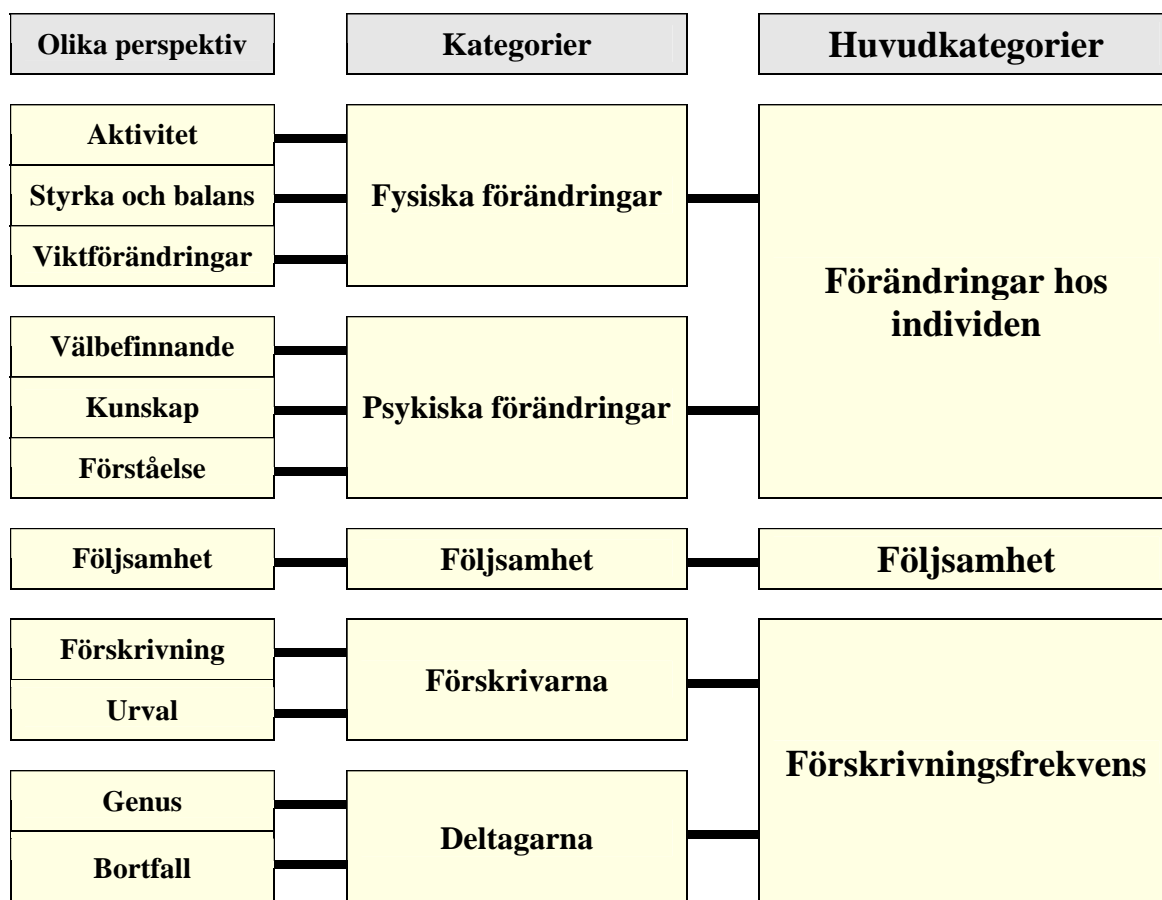
## Databearbetning

I början var förhållningssättet deduktivt; hypotesen var att fysisk aktivitet på recept kunde vara en användbar preventiv metod inom hälso- och sjukvården. Fokus låg på att uppmärksamma användningen av metoden inom slutenvården och sjuksköterskans egna möjligheter att förskriva recept.

Artiklarna lästes, sammanfattades och diskuterades ett flertal gånger. Varje artikel fick ett nummer för att underlätta det fortsatta analysarbetet. En sammanställning av artiklarnas syfte, metod och slutsats gjordes utefter en mall, och presenteras i tabell 2 i bilaga II. Efter livlig diskussion och noggrann analys upptäcktes olika perspektiv som var internt homogena och externt heterogena, och ansatsen ändrades till att vara mer induktiv.

Därefter ändrades fokus till enbart artiklarnas resultat. Varje artikel granskades separat för varje perspektiv och flera tabeller skapades för att få en överblick av resultaten. Perspektiven kombinerades sedan ihop efter naturliga gemensamma drag till kategorier, där tre slutgiltiga huvudkategorier framkom (se tabell 3).

Tabell 3. Resultatens struktur



## Resultat

Efter analys av artiklarnas resultat kom värdet av fysisk aktivitet på recept och de faktorerna som påverkar värdet fram genom tre olika huvudkategorier:

- Förändringar hos individen: fysiska förändringar och psykiska förändringar
- Följsamhet
- Förskrivningsfrekvens: förskrivarna och deltagarna

## Förändringar hos individen

I flera av studierna angavs resultat som visade positiva förändringar hos deltagarna; högre aktivitetsnivå, viktnedgång, ökad styrka, balans och kunskap, mer positiva attityder och förbättrad mental hälsa och välbefinnande. För en översikt av parametrarna och mätmetoderna se tabell 4.

## Fysiska förändringar

I fem av studierna undersöktes om deltagarnas aktivitetsnivå ökade när de deltog i ett FaR<sup>®</sup>-program (Colley et al., 2008; Kallings, Leijon & Ståhle, 2008; Sørensen, Kragstrup, Skovgaard & Puggaard, 2008; Harrison, Roberts & Elton, 2005; Rosell, Madsen, Mortensen & Iversen, 2005). Deltagarna fick uppskatta sin aktivitetsnivå själva i fyra av studierna genom frågor eller en enkät, och aktivitetsnivån ökade i samtliga fall. I en av studierna (Colley et al., 2008) mättes aktivitetsnivå genom att deltagarna hade pulsband med minnesfunktion som lästes av i efterhand. Även den studien visade en ökad aktivitetsnivå hos deltagarna. Sørensen et al. (2008) redovisade en högre ökning av självskattad aktivitetsnivå bland deltagarna i den lågintensiva gruppen än bland deltagarna i den högintensiva gruppen, både efter 4 månader och efter 10 månader. I en studie med kontrollgrupp (Harrison, Roberts et al., 2005) där kontrollgruppen fick skriftlig information hemskickad, visade kontrollgruppen en ökning av aktivitet efter 6

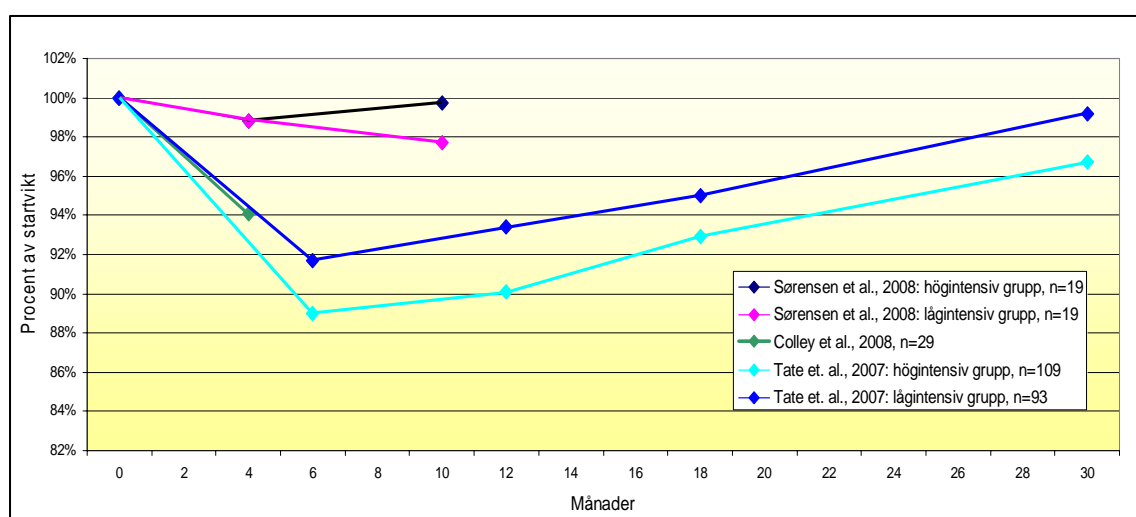
Tabell 4. Parametrar i studierna

Artikel	fysiska parametrar	psykiska parametrar	objektiv mätning	självskattning	FaR <sup>®</sup> -tid (månader)	Utvärderingar (månader)
Baker et al., 2007	kondition, styrka, balans	depressionstecken	X		2,5	2,5
Colley et al., 2008	viktminskning	aktivitet	X		4	4
Harrison, Roberts et al., 2005	aktivitet	tillfredsställelse	X	X	12	6; 12
Kallings et al., 2008	aktivitet (dagligt liv och fritiden)	välbefinnande		X	okänt	6
Rosell et al., 2005	aktivitet	motivation, förståelse, självbild		X	3	3
Sørensen et al., 2008	kondition, aktivitet		X	X	10	4; 10
Tate et. al., 2007	viktminskning			X	18	6; 12; 18; 30
Taylor & Fox, 2005	vikt, fett, höftmått, midjemått, puls	självbild (fysisk och psykisk)	X	X	2,5	4; 9

månader (13,6 % jämfört med deltagargruppen, 22,5 %), och efter 12 månader (20,4 %, jämfört med 25,8 % i deltagargruppen). Fyra olika aktivitetsområden undersöktes av Rosell et al. (2005); transport, arbete, hemmet och fritiden. I två av områdena, transport och fritid hade deltagarna ökat sin aktivitetsnivå efter förskrivningen. Även Kallings et al. (2008) påvisade en ökning av aktivitetsnivå bland deltagarna. När det gäller det dagliga livet minskade antalet deltagare som gjorde ingenting med 3,7 procentenheter, och antalet som var aktiva varje dag ökade med 9 procentenheter. När det gäller träning gjorde 35 % nästan inget alls i början, medan andelen efter 12 månader hade sjunkit till 16 %.

Viktminskning stod i fokus i två av studierna (Colley et al., 2008; Tate, Jeffery, Sherwood & Wing, 2007) och var av sekundär betydelse i två andra studier (Sørensen et

al., 2008; Taylor & Fox, 2005). Studierna hade olika tidsperspektiv, med allt från 2,5 månader till 18 månader för själva FaR<sup>®</sup>-programmet, och utvärderingar som skedde efter 4 månader och i en studie upp till 30 månader efter inledningen. Samtliga visar ett samband mellan nivån av fysisk aktivitet och viktnedgång (se figur 1). I exempelvis studien av Colley et al. (2008) var en viktnedgång på 5 % beroende av en aktivitetsnivå på minst 1000 kcal/vecka. Viktminskningen var ännu mer uttalad med en aktivitetsnivå över 2500 kcal/v (Tate et al., 2007). De som förbrände 0 – 1000 kcal/v minskade 0,4 kg i vikt över en 30-månaders period, medan de som förbrände 1000 – 2500 kcal/v minskade 0,6 kg, och de som förbrände över 2500 kcal/v minskade med 7 kg i genomsnitt. Stora viktnedgångar skedde under de första sex månaderna, under tiden deltagarna fick handledning, och följdes av att deltagarna åter gick upp i vikt. Den viktuppgången mellan 6 och 30 månader var dock mycket lägre bland dem som var mer aktiva, 2,9 kg, jämfört med över 6 kg för de mindre aktiva. I övrigt visade Baker et al. (2007) även resultat i form av en ökad styrka och balans i kroppen hos deltagarna.



Figur 1. Viktförändringar över tid

## Psykiska förändringar

Ett flertal av studierna (Kallings et al., 2008; Baker et al., 2007; Rosell et al., 2005; Taylor & Fox, 2005) visade positiva effekter på den psykiska hälsan och/eller välbefinnandet, genom deltagarnas självskattningar. Hos dem som visade starkaste tecken på depression innan studien började syntes en klar förbättring i slutet på de tio veckorna studien pågick (Baker et al., 2007). Generellt förbättrades självförtroendet hos deltagarna enligt Kallings et al. (2008) och Rosell et al. (2005), och alla som följde ordinationen fick ett förbättrat välbefinnande (Taylor & Fox., 2005) eller en förbättrad självbild och livskvalité (Kallings et al., 2008), såväl fysiskt som psykiskt. Rosell et al. (2005) visade även att deltagarnas förståelse för fysisk aktivitets betydelse för hälsan förbättrades.

I den enda kvalitativa studien (Rosell et al., 2005) undersöktes deltagarnas attityder och föreställningar om att förändra sin livsstil såväl före som under “MPR” programmet.

Det visade sig att alla deltagare var positivt inställda till MPR innan studien började, i och med att alla ville gå ned i vikt och hoppades på att få ökat välbefinnande och energi. Bland hälften av deltagarna hittades även en del negativa föreställningar såsom oro för hjärtstopp, överbelastning av leder och att det skulle ta tid från andra aktiviteter. Deltagarnas motivationsnivå till ökad aktivitet höjdes också.

## Följsamhet

Deltagarnas uppnådda resultat var starkt kopplade till följsamhet (Sørensen et al., 2008; Colley et al., 2008; Baker et al., 2007; Tate et al., 2007; Taylor & Fox, 2005). Den mest använda parametern för att bedöma följsamheten var deltagarnas *närvaro* vid träningstillfällena; se tabell 5 (Sørensen et al., 2008; Baker et al., 2007; Taylor & Fox, 2005). Det var 50 % av deltagarna som var med på minst 75 % av träningstillfällena, medan de andra 50 % hade en

närvaro under 75 % i en studie (Taylor & Fox, 2005) medan närvaron mättes som genomsnittsprocent i två studier; 86,6 % närvaro uppnåddes i studien av Baker et al. (2007), 75 % i studien av Sørensen et al. (2008). En annan bedömningsmetod var *mätning av mängd förbrända kcal* (Colley et al., 2008; Tate et al., 2007). Genomsnittsförbrukningen var 51,2 % av målet på 1500

kcal/vecka, uppskattad med pulsmätare (Colley et al., 2008) och 67,8 % av målet på 2500 kcal/vecka i den högintensiva träningsgruppen, enligt självskattning efter 30 månader (Tate et al., 2007). De resultat som påverkades av följsamheten var framförallt på fysisk nivå: viktminskning (Sørensen et al., 2008; Colley et al., 2008; Tate et al., 2007; Taylor & Fox, 2005) och på psykisk nivå: psykisk hälsa (Baker et al., 2007; Taylor & Fox, 2005).

Tabell 5. Följsamhet

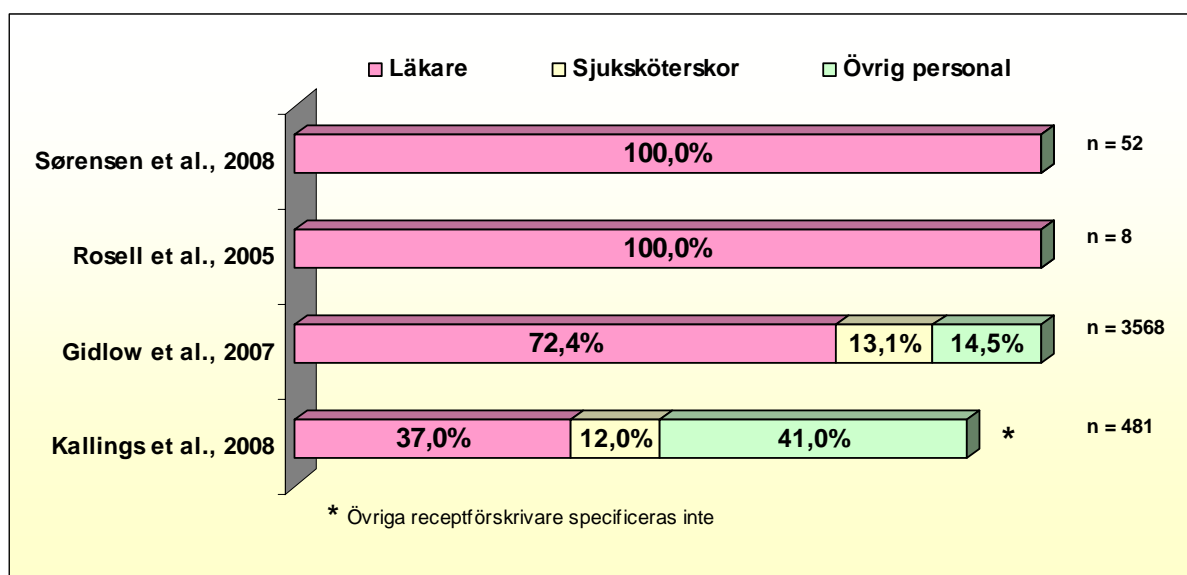
Artikel	mått	resultat
Baker et al., 2007	närvaro i %	86,6%
Sørensen et al., 2008	närvaro i %	75,0%
Taylor & Fox, 2005	närvaro $\geq$ 75 %	50,0%
Tate et. al., 2007	genomsnittskalorieförbrukning (% av 2500 kcal/vecka)*	67,8%
Colley et al., 2008	genomsnittskalorieförbrukning (% av 1500 kcal/vecka)	51,2%

## Förskrivningsfrekvens

Av de utvalda artiklarna koncentrerade sig fyra på en granskning av förskrivningsfrekvenser av FaR<sup>®</sup>. Fokus låg på hälso- och sjukvårdspersonalens benägenhet att skriva ut recept på fysisk aktivitet (Petrella, Lattanzio & Overend, 2007; Harrison, McNair & Dugdill, 2005) och befolkningsmässiga mönster i receptskrivande, de som inte påbörjar sitt recept, bortfall och följsamhet till FaR<sup>®</sup>-program (Gidlow et al., 2007; Harrison, McNair et al., 2005; Johnston, Warwick, De Ste Croix, Crone & Sidford, 2005). Förskrivarnas yrkeskategorier relaterat till antal förskrivna recept presenteras i fyra studier (Kallings et al., 2008; Sørensen et al., 2008; Gidlow et al., 2007; Rosell et al., 2005).

## Förskrivarna

De flesta primärvårdsenheter (Harrison, McNair et al., 2005) och läkare (Petrella et al., 2007) svarade för väldigt få eller inga recept alls, medan en liten andel enheter och läkare svarade för de allra flesta receptförskrivningar. Av de 125 primärvårdsenheterna där FaR<sup>®</sup> kunde skrivas ut var det 21 (16,8 %) där mellan 100 och 450 recept skrevs ut under den femårsperioden som studien granskade, medan på 53 enheter (42,1 %) skrevs mellan 1 och 10 recept ut (Harrison, McNair et al., 2005). Under den femårsperioden fick uppskattningsvis 4 % av den stillasittande vuxna befolkningen i upptagningsområdet ett recept på fysisk aktivitet. I undersökningen bland primärvårdsläkare i Kanada (Petrella et al., 2007) angav 15,8 % att de skrev ut recept på fysisk aktivitet, men 69,8 % gav muntligt råd om ändrade aktivitetsvanor. Åttiofem % ställde frågor till sina patienter om deras vanor gällande fysisk aktivitet, 26,2 % undersökte sina patienters kondition som en del av en fysisk undersökning, och 10,9 % remitterade patienter till andra för konditionsutredning.

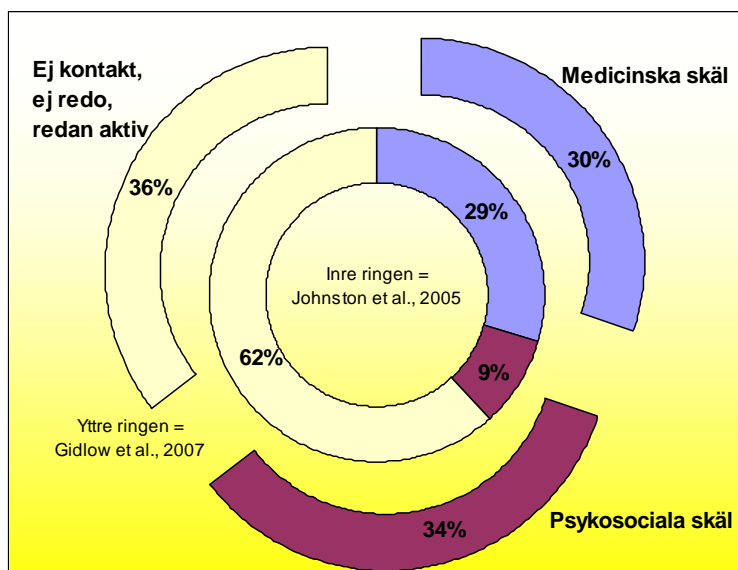


Figur 2. Yrkeskategori relaterat till antal recept på fysisk aktivitet

Trots att 15,8 % av läkarna angav att de skrev ut FaR<sup>®</sup> enligt Petrella et al. (2007) var det läkare som skrev ut recept i större omfattning än någon annan enskild yrkeskategori. Fyra av studierna specificerade tydligt vem som hade skrivit ut recepten. Förskrivarna i dessa studier redovisas i figur 2. I två av studierna, båda utförda i Danmark, var det enbart läkare som skrev recepten (Sørensen et al., 2008; Rosell et al., 2005), medan läkare stod för nästan 75 % av recepten i en engelsk studie (Gidlow et al., 2007). En av studierna visade att läkare skrev mindre än hälften av recepten (Kallings et al., 2008). I den studien, från Sverige, stod sjukgymnaster och läkare för lika många recept, 37 %, medan sjuksköterskor hade skrivit 12 %. I de övriga studierna var det dels deltagarna själva som ansökte om, eller blev inbjudna att delta och läkare som granskade remisserna, och dels ospecificerad hälso- och sjukvårdspersonal som var förförarna.

## Deltagarna

På ett befolkningsmässigt plan ses vissa mönster vid receptförskrivning. Tre studier granskade receptförskrivningar i tre olika län under 2 år och 4 månader (Johnston et al., 2005), 3 år (Gidlow et al., 2007) och 5 år (Harrison, McNair et al., 2005). Samtliga studier visade en könsmässig snedfördelning med runt 60 % kvinnor och 40 % män, med en genomsnittsålder på 50,8 år och övervägande flest recept till patienter i 40 – 69 års ålder. Andelen patienter som fick ett recept men inte påbörjade det var mellan 16 % och 21 % och var jämt fördelat mellan könen. Två artiklar (Gidlow et al., 2007; Johnston et al., 2005) redovisade statistik om vilka anledningar som fanns för att inte påbörja ett recept (se figur 3). I båda fallen var det cirka 30 % som uteslöts av medicinska anledningar. Psykosociala skäl stod för 9 % och “ej redo” för 45 %, medan 16 % redan var aktiva enligt Johnston et al. (2005), medan Gidlow et al. (2007) visade 34,4 % med psykosociala skäl och 35,5 % som man inte fick kontakt med. Enligt Johnston et al. (2005) var det sedan 17,3 % som tilldelades en plats men aldrig deltog, 27,2 % som deltog men inte fullföljde (samlad närvaro < 80 %) och 25 % av dem som fick recept som fullföljde programmet (närvaro ≥ 80 %). De som hade en specifik sjukdom, speciellt psykisk ohälsa eller hjärt- och kärlsjukdom, var mer benägna att komma till första träffen än dem som enbart remitterats på grund av stillasittande (Harrison, McNair et al., 2005). Både Harrison, McNair et al. (2005) och Gidlow et al. (2007) granskade skillnader med hänsyn till välståndet i deltagarnas bostadsområde. Medan Harrison, McNair et al. (2005) inte hittade några signifikanta skillnader visade Gidlow et al. (2007) att det var fler från fattigare områden som fick recept, men färre som påbörjade sitt recept, än i rikare områden. Det var också färre som påbörjade sitt recept i glesbebyggda områden.



**Figur 3. Anledningar till att inte påbörja recept på fysisk aktivitet**

# Diskussion

## Metoddiskussion

Innan det slutgiltiga ämnet valdes gjordes pilotsökningar utan begränsningar för att undersöka om det fanns ett vetenskapligt underlag och aktualitet inom ämnet. Därefter gjordes systematiska sökningar i de för ämnet relevanta databaserna. Söktermerna var vedertagna begrepp som fanns i litteraturen om fysisk aktivitet på recept. Just “green” och “referral” var inte självklara söktermer, men benämns av Leijon och Fornander (2006) som internationella begrepp. I och med att MesH-termerna och Thesaurus-termerna för recept, förskrivning och remiss ledde framförallt till träffar som handlade om läkemedel, valdes fritextsökningar för alla termerna.

Studiens fokus låg på personer som hade eller låg i riskzonen för livsstilsrelaterade sjukdomar, medan träffarna i sökningarna i stor omfattning handlade om rehabiliteringsåtgärder, och gränsen var ibland svår att dra. Detta kan anses som en svaghet i sökmetoden, och ledde till en mer omfattande sällning än önskat. Ibland var det även svårt att urskilja de artiklar som verkligen handlade om receptförskrivning; en artikel handlade till exempel om att ta fram ett bedömningsinstrument för att säkra nivån av aktivitet för patienter med hjärt- och kärlsjukdom.

Det hade varit bättre att ha fler artiklar som styrkte resultaten. Genom manuella sökningar hade det kanske varit möjligt att få fram fler artiklar, men då hade litteraturstudien inte längre varit systematisk. FaR<sup>®</sup> är ett aktuellt och snabbutvecklande ämne just nu. Därför valdes en relativt snäv tidsbegränsning för artiklarna. Studierna i de valda artiklarna utfördes uteslutande i industriländer. Det är där forskningen bedrivs, även om problemet är ännu större i utvecklingsländerna. Alla de medtagna artiklarna handlade om kvantitativa studier förutom en. Att ha fler kvalitativa studier hade varit önskvärt för att få fram bättre förståelse för patienternas attityder till och upplevelser av FaR<sup>®</sup>.

I början var det svårt att hitta passande perspektiv för analysprocessen. Likheter och skillnader i studierna var svåra att hitta genom granskning av artiklarna var för sig, och det första analysförsöket gav inga sammanhängande resultat. För att få en bättre översikt skapades ett antal sammanfattande tabeller och figurer. Först då hittades en struktur, som ledde till att ett flertal perspektiv bildades. De flesta av dessa perspektiv passade sedan naturligt in i ett fåtal, breda kategorier, som resulterade i två sammanhängande huvudkategorier. Perspektivet “följsamhet” var dock svår att placera in i rätt sammanhang och fick därför till slut stå som en egen huvudkategori (se tabell 3).

## Resultatdiskussion

Som ett led i analysprocessen gjordes en granskning av den vetenskapliga kvalitén hos de utvalda artiklarna efter en modifierad bedömningsmall framtagen av Carlsson och Eiman (2003) (se bilaga I). Enligt mallen kunde artiklarna tilldelas en av tre grader, där grad I var av högsta vetenskapliga kvalitet och grad III var av sämre kvalitet. Den högsta vetenskapliga graden uppnåddes av sju av artiklarna, medan en artikel tilldelades

vetenskaplig grad III. I den artikeln (Taylor & Fox, 2005) är den statistiska analysen otydlig och det finns ingen förklaring av skillnaden mellan deltagare som inte fullföljde och de som ansågs ha låg följsamhet. Bortfallet måste anses ha relevans för resultatet men analyserades ändå inte tillfredsställande. Någon diskussion av confounders, andra möjliga felkällor eller egenkritik förekom inte, och slutsatserna får därför anses ha en svag grund. Några etiska aspekter togs heller inte upp, vilket var fallet för nio av artiklarna. Alla artiklarna hade däremot väldigt (nio) eller ganska (tre) tydliga syften.

Resultaten visar tydligt att deltagarna uppnådde positiva förändringar. En av förändringarna var att aktivitetsnivån ökade i samtliga studier där den mättes (Colley et al., 2008; Kallings et al., 2008; Sørensen et al., 2008; Harrison, Roberts et al., 2005; Rosell et al., 2005). Genom en ökad aktivitetsnivå minskar risken för livsstilsrelaterade sjukdomar avsevärt (WHO, 2004). Även hos en kontrollgrupp som bara fick skriftlig information hemskickad höjdes aktivitetsnivån. Detta tyder på att en viss effekt uppnås redan om en patient får upplysning och rådgivning av hälso- och sjukvården. SBU (2007) bekräftar att rådgivning ökar aktivitetsnivån hos patienter med 12 – 50 % under 6 månader efter ett besök hos hälso- och sjukvården (högsta evidensstyrka). En annan positiv förändring var viktminskning hos deltagarna. Det finns tydliga samband mellan viktminskning och hälsovinster i form av lägre blodtryck, minskad smärta/värk och lägre risk för metabolt syndrom, diabetes typ 2, vissa former av cancer och hjärt- och kärlsjukdomar, med flera (Faskunger & Hemmingsson, 2005; WHO, 2002).

De positiva förändringarna hos deltagarna i resultatartiklarna begränsade sig inte till fysiska och beteendeförändringar, utan även psykiska förbättringar (Kallings et al., 2008; Baker et al., 2007; Rosell et al., 2005; Taylor & Fox, 2005) kunde urskiljas i form av ett ökat välbefinnande och livskvalité och en bättre självbild. Ändå fanns inte depression eller annan psykisk sjukdom med som ett enskilt inklusionskriterium för någon av studierna i resultatartiklarna. Det finns vetenskapliga bevis för att fysisk aktivitet har stor betydelse för den mentala hälsan (SBU, 2007; Bengtsson, 2003). I såväl Östergötlandsmodellen (Leijon & Fornander, 2006) som FYSS (2008) finns psykisk ohälsa som en förskrivningsorsak. Inom Landstinget Halland är fysisk aktivitet, motion och konditionsträning terapirekommendationer för depression, paniksyndrom och sömnstörningar (Läkemedelskommittén Halland, 2008). Däremot läggs inget fokus på förskrivning på grund av psykisk ohälsa i riktlinjerna för de fortbildningskurser som ger hälso- och sjukvårdspersonal rätt att förskriva fysisk aktivitet inom Landstinget Halland (Larborn, 2008). Det är viktigt att ordination av fysisk aktivitet inte enbart sker på grund av livsstilsrelaterade sjukdomar utan även för psykisk ohälsa som en självständig förskrivningsorsak. Genom de bevisade förändringarna ett deltagande i ett FaR<sup>®</sup>-program ger kan slutsatsen dras att det finns ett positivt värde i förskrivning av fysisk aktivitet.

Dock fanns det även många faktorer som påverkade den effekten FaR<sup>®</sup> gav. En av de faktorerna var icke-följsamhet (Colley et al., 2008; Sørensen et al., 2008; Baker et al., 2007; Tate et al., 2007; Taylor & Fox, 2005), som kunde delas in i tre olika grader. Det fanns patienter i studierna som inte uppnådde den aktivitetsnivå som förskrivits. Sedan fanns det patienter som inte fullföljde utan avslutade sitt deltagande. Slutligen fanns det även patienter som fick ett recept på fysisk aktivitet men aldrig ens påbörjade ordinationen.

När det gäller de två sistnämnda graderna är det svårt att veta vad ordinationen har haft för effekt på patienten. De cirka 30 % av receptmottagarna som sållades bort av medicinska anledningar kunde inte påverka beslutet, medan de övriga 70 % som inte påbörjade sitt recept hade ett eget val. Det skulle kunna vara så att en patient som inte påbörjar eller slutför sin ordination ändå på egen hand ökar sin aktivitetsnivå. Men en annan möjlig utgång vore att patienten kände sig mer kontrollerad, fick sämre självförtroende och välbefinnande, och minskade sin fysiska aktivitetsnivå. De potentiella negativa effekterna, till exempel i form av försämrad självkänsla hos dem som inte fullföljer eller inte ens påbörjar sitt recept, får inte förbises.

Gällande den första graden kunde en koppling ses hos deltagarna mellan följsamhet och de positiva effekterna. Följsamheten till en högre aktivitetsnivå var god medan FaR<sup>®</sup>-programmet pågick, under tiden deltagarna hade stöd och handledning. Efter avslutat program, när patienterna inte längre fick stöd och handledning, sjönk aktivitetsnivån. Om en bestående positiv förändring av levnadsvanor ska uppnås är det oerhört viktigt enligt Faskunger et al. (2007) att stöd och uppföljning sker och att beteendeförändringar bygger på motiverande metoder. Det konstateras att "uppföljning av ordinationen och återkoppling till förskrivaren är en mycket viktig dimension för att förbättra upprätthållandet och föra hela arbetet med ordination av fysisk aktivitet vidare" (Faskunger et al., 2007, s. 31). Enligt idrottskonsulent Sven Svensson (e-post, 4 december, 2008) visar statistik för 2006/2007 inom Landstinget Halland ojämna uppföljningssiffror av FaR<sup>®</sup>-ordinationer i form av återbesök (se bilaga III). På vissa vårdcentraler skedde inga återbesök alls medan genomsnittet låg på drygt ett och ett halvt återbesök för varje FaR<sup>®</sup>-föreskrivning på andra vårdcentraler.

Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005a) anger också hur viktigt det är med ett helhetsperspektiv i relation till patienten. Det är viktigt att patienten inte bara identifieras med en sjukdom eller riskgrupp och förses med en åtgärd, utan att hon ses som en enskild individ, i ett sammanhang, och att parterna tillsammans diskuterar och resonerar fram hur de ska gå vidare. Patienternas autonomi, integritet och värdighet måste också tas i beaktande så att de inte tvingas in i åtgärder mot sin vilja. Socialt stöd av närstående är också en av de viktigaste faktorerna för bibehållande av den ökade aktivitetsnivån, speciellt om patienten längre fram stöter på svårigheter eller bakslag (Faskunger & Hemmingsson, 2005). Ingen av studierna i resultaten berör vikten av motiverande metoder, ett helhetsperspektiv eller socialt stöd, och det kan spekuleras i om bättre och mer bestående resultat hade uppnåtts om fokus hade lagts på dessa punkter.

En annan faktor som påverkade arbetet med FaR<sup>®</sup> var att enbart en liten andel av den befolkningen som ansågs ligga i riskzonen för livsstilsrelaterade sjukdomar fick ett recept (Harrison, McNair et al., 2005). Ändå har över 70 % av befolkningen årlig, personlig kontakt med hälso- och sjukvården genom läkar- eller sjuksköterskebesök i Sverige (Socialstyrelsen, 2004), vilket innebär att hälso- och sjukvården som hälsofrämjande arena befinner sig i den unika positionen att kunna nå dem som ligger i riskzonen på ett personligt plan (YFA, 2008). Detta tyder på att många inom hälso- och sjukvårdspersonalen av någon anledning inte skriver ut recept trots att de har förskrivningsrätt och deras patienter skulle behöva förändra sina aktivitetsvanor.

Den yrkeskategori som svarade för övervägande flest recept enligt resultatartiklarna var läkarkåren (Sørensen et al., 2008; Gidlow et al., 2007; Rosell et al., 2005). Fler recept skrivs ut av läkare än någon annan yrkeskategori även i Östergötland (Leijon & Fornander, 2006), men om antalet patientbesök hos varje yrkeskategori tas med i beräkningen är det sjukgymnasterna (22 recept/100 besök), beteendevetarna (16/100) och dietisterna (5/100) som skriver ut störst andel recept, medan sjuksköterskor/distriktssköterskor skriver ut lite fler recept (0,7/100) än läkare (0,4/100). Det kan finnas många möjliga förklaringar till Östergötlands förskrivningsstatistik. En kan vara att sjukgymnasterna, beteendevetarna och dietisterna träffar en mycket större andel patienter som ligger i riskzonen. En annan förklaring kan vara att fler individer inom dessa yrkeskategorier kanske har en särskilt positiv inställning till FaR<sup>®</sup>.

Faktum kvarstår att bara en liten andel av de patienterna inom målgruppen som besöker en läkare eller sjuksköterska får ett recept på fysisk aktivitet (Gidlow et al., 2007; Petrella et al., 2007; Harrison, McNair et al., 2005; Johnston et al., 2005). En möjlig anledning är att många patienter inte är tillräckligt motiverade för att delta i ett FaR<sup>®</sup>-program, och behöver delta i någon motivationshöjande åtgärd inledningsvis. En annan möjlig förklaring är att hälso- och sjukvårdspersonal saknar kunskap, utbildning eller motivation för att kunna utnyttja FaR<sup>®</sup> på bästa möjliga sätt. Sjukvårdspersonal anses som tillförlitliga och förväntas ta upp hälsovägledning i sina kontakter med patienter (Faskunger et al., 2007), och sjuksköterskor ska enligt kompetensbeskrivningen (Socialstyrelsen, 2005a, s. 12) "ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer". Det är viktigt att sjukvårdspersonal verkligen kan hjälpa patienter till en högre motivationsnivå och använda sig av FaR<sup>®</sup> på bästa sätt.

En begränsning i studierna var att de positiva förändringarna i mängd fysisk aktivitet, viktnedgång och psykisk hälsa var i ett relativt kort tidsperspektiv. Av de studier som fokuserade på FaR<sup>®</sup>'s effekter på deltagaren, var det bara en (Tate et al., 2007) där FaR<sup>®</sup>-programmet pågick längre än ett år, medan genomsnittslängden på de övriga var cirka fem och en halv månad (Colley et al., 2008; Kallings et al., 2008; Sørensen et al., 2008; Baker et al., 2007; Harrison, Roberts et al., 2005; Rosell et al., 2005; Taylor & Fox, 2005). Så en intressant fråga är om FaR<sup>®</sup> har lika bra effekt på lång sikt, det vill säga om den ger bestående förändringar i livsstilen.

## **Konklusion**

Förskrivning av fysisk aktivitet medförde positiva förändringar hos deltagaren. Ökning av aktivitetsnivån och viktnedgång var de främsta positiva fysiska förändringarna. På ett psykiskt plan kunde en förbättrad psykisk hälsa och starkare självbild ses. Dessa positiva förändringar var dock i stor omfattning beroende av följsamheten.

Förskrivningsfrekvenserna varierade starkt såväl hos läkare som mellan olika primärvårdsenheter – hos en del skrevs många recept ut, hos andra inga alls eller väldigt få. Ändå var det läkarna som stod för de allra flesta recept. Av de människor som låg i riskzonen för livsstilsrelaterade sjukdomar var det bara en liten del som fick ett recept.

Av dem som fick ett recept var det 16 – 21 % som aldrig deltog i någon aktivitet. Medicinska skäl stod för cirka 30 % av dessa. Resterande cirka 70 % hade antingen psykosociala skäl, kunde inte kontaktas, ansåg sig ej vara redo eller uppgav att de redan var aktiva.

## Implikation

FaR<sup>®</sup> ger positiva effekter hos dem som fullföljer, och bör rekommenderas och användas i så stor utsträckning som möjligt. Däremot är det viktigt att patienterna är motiverade till förändring och att personal har kunskap om hur FaR<sup>®</sup> genomförs på bästa sätt.

För att höja motivationsnivån hos patienter bör all hälso- och sjukvårdspersonal vara väl förtrogna med motivationshöjande åtgärder såsom motiverande samtal eller 5A. Detta kan ske bland annat genom kontinuerliga fortbildningskurser och temadagar. All utbildning av ny hälso- och sjukvårdspersonal, till exempel sjuksköterske-, sjukgymnast- och läkarutbildningar bör också innehålla motiverande metoder.

Bland dem som får ett recept på fysisk aktivitet, men antingen avslutar sitt deltagande i förtid eller inte påbörjar ordinationen, behövs det fler kvalitativa studier. På så vis kan mer kunskap tas fram om hur fler patienter kan förmås att påbörja och fullfölja ett FaR<sup>®</sup>-program. Genom ett ökat deltagande och fullföljande ökar värdet av FaR<sup>®</sup>.

För att komma till rätta med varför en stor andel av dem som ligger i riskzonen inte får ett recept på fysisk aktivitet behövs en inventering av kunskaperna och attityderna hos den hälso- och sjukvårdspersonal som har förskrivningsrätt. Det bör ske inom såväl den öppna vården som slutenvården. Kvantitativa studier skulle först kunna ge en bra bild av kunskapsläget i ett brett perspektiv, medan kvalitativa studier sedan skulle kunna ge en djupare insyn i attityderna hos personalen. Med en tydligare bild av det nuvarande läget kan ett arbete inledas med kunskapsutveckling och förändring av attityder för att öka värdet av FaR<sup>®</sup>.



## Vision

Bredvid apoteket i varje svensk stad ligger ”aktiviteket”.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal skriver ut recept på fysisk aktivitet minst lika ofta som recept på läkemedel. Receptet kan avse rehabilitering vid någon särskild skada/problem, eller ha ett hälsofrämjande syfte.

I receptet framgår:

- Indikation (som kan omfatta allt från specifika processer i kroppen som bekämpar en viss sjukdom, till generella förbättringar av fysisk och psykisk hälsa, till ökad livskvalité)
- Dosering (minimidos, ev. maximal dos. Kan uttryckas dels i tid per dag eller vecka, men även intensitet)
- Begränsningar och villkor (specifika aktivitetsformer/rörelser som bör undvikas, parametrar som bör följas m.m.)

När kunden har lämnat vårdcentralen besöker hon/han aktiviteket, och träffar där antingen en sjukgymnast (rehabilitering) eller en diplomerad aktivitetskonsult (hälsofrämjande). Kunden och sjukgymnasten/aktivitetskonsulten arbetar tillsammans fram en individuellt anpassad plan.

En eller flera av t.ex. följande åtgärder ingår i planen:

- motivationsåtgärder (5A, motiverande samtal)
- individuella aktiviteter, som utförs privat/hemma
- gruppaktiviteter
- rabatterade inträden
- veckoschema
- mål att uppnå
- mål att sträva efter
- uppföljning och utvärdering

## Referenser

- American College of Sports Medicine [ACSM]. (2006). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- American College of Sports Medicine [ACSM]. (2007). *Physical activity & public health guidelines*. Hämtad 2008-12-27 från [http://www.acsm.org/AM/Template.cfm?Section=Home\\_Page&TEMPLATE=/CM/HTMLDisplay.cfm&CONTENTID=7764](http://www.acsm.org/AM/Template.cfm?Section=Home_Page&TEMPLATE=/CM/HTMLDisplay.cfm&CONTENTID=7764)
- Axelsson, Å (2008). Litteraturstudie. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.173-188). Lund: Studentlitteratur.
- \*Baker, M., Kennedy, D., Bohle, P., Campbell, D., Knapman, L., Grady, J., et al. (2007). Efficacy and feasibility of a novel tri-modal robust exercise prescription in a retirement community: A randomized, controlled trial. [Elektronisk version]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 1-10. Hämtad 2008-11-13 från databasen Cinahl.
- Bengtsson, A. (2003). *Utemiljöns betydelse för äldre och funktionshindrade: kunskapssammanställning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. [Elektronisk version]. Hämtad 2008-12-30 från <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/utemiljo0401.pdf>
- Bolin, K., & Lindgren, B. (2006). *Fysisk inaktivitet - produktionsbortfall och sjukvårdskostnader*. Stockholm: Svenskt Friluftsliv (dåvarande FRISAM). [Elektronisk version]. Hämtad 2008-12-13 från <http://www.svensktfriluftsliv.se/media/FYSISKINAKTIVITET1.pdf>
- Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad* (Bilaga I). Malmö: Malmö Högskola, Hälsa och samhälle. [Elektronisk version]. Hämtad 2008-11-24 från [http://dspace.mah.se:8080/dspace/bitstream/2043/660/1/rapport\\_hs\\_05b.pdf](http://dspace.mah.se:8080/dspace/bitstream/2043/660/1/rapport_hs_05b.pdf)
- \*Colley, R., Hills, A., O'Moore-Sullivan, T., Hickman, I., Prins, J., & Byrne, N. (2008). Variability in adherence to an unsupervised exercise prescription in obese women. *International Journal of Obesity*, 32, 837-844. Hämtad 2008-11-13 från databasen PubMed.
- Croteau, K., Schofield, G., & McLean, G. (2006). Physical activity advice in the primary care setting: results of a population study in New Zealand. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 30(3), 262-267. Hämtad 2008-12-27 från databasen CINAHL.
- Dugdill, L., Graham, R., & Mcnair, F. (2005). Exercise referral: the public health panacea for physical activity promotion? A critical perspective of exercise referral schemes; their development and evaluation. *Ergonomics*, 48(11-14), 1390-1410. [Elektronisk version]. Hämtad 2008-12-04 från databasen CINAHL.

- Faskunger, J., & Hemmingsson, E. (2005). *Vardagsmotion: vägen till hållbar hälsa*. Stockholm: Forum.
- Faskunger, J., Leijon, M., Ståhle, A., & Lamming, P. (2007) *Fysisk aktivitet på recept (FaR®)- en vägledning för implementering*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. Hämtad 2008-11-20 från [http://www.fhi.se/upload/ar2007/Rapporter%202007/R200701\\_FaR®.pdf](http://www.fhi.se/upload/ar2007/Rapporter%202007/R200701_FaR®.pdf)
- \*Gidlow, C., Johnston, L., Crone, D., Morris, C., Smith, A., Foster, C., et al. (2007). Socio-demographic patterning of referral, uptake and attendance in physical activity referral schemes. *Journal of Public Health*, 29(2), 107-113. Hämtad 2008-11-13 från databasen Cinahl.
- \*Harrison, R., McNair, F., & Dugdill, L. (2005). Access to exercise referral schemes - a population based analysis. *Journal of Public Health*, 27(4), 326-330. Hämtad 2008-11-13 från databasen Cinahl.
- \*Harrison, R., Roberts, C., & Elton, P. (2005). Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity 1 year later? A randomized controlled trial. *Journal of Public Health*, 27(1), 25-32. Hämtad 2008-11-13 från databasen Cinahl.
- \*Johnston, L., Warwick, J., De Ste Croix, M., Crone, D., & Sidford, A. (2005). The nature of all 'inappropriate referrals' made to a countywide physical activity referral scheme: Implications for practice. *Health Education Journal*, 64(1), 58-69. Hämtad 2008-11-13 från databasen Cinahl.
- Kallings, L. (2008). *Physical activity on prescription: Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors*. Thesis for Doctoral Degree. Stockholm: Karolinska Institutet. [Elektronisk version]. Hämtad 2008-12-04 från <http://diss.kib.ki.se/2008/978-91-7409-111-3/thesis.pdf>
- Kallings, L., & Leijon, M. (2003). *Erfarenheter av fysisk aktivitet på recept – FaR®*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. Hämtad 2008-11-20 från <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/uppdrag/FaR®0312.pdf>
- \*Kallings, L., Leijon, M-L., & Ståhle, A. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 18, 154-161. Hämtad 2008-11-13 från databasen PubMed.
- Kallings, L., & Ståhle, A. (2005). Motion på recept. *Svensk idrottsmedicin*, 2005, 24(3), 32-5. [Elektronisk version]. Hämtad 2008-11-08 från databasen SweMed+.
- Kennedy, H. (2004, 2 november). Aktivitet på recept blir allt vanligare. *Dagens Medicin*. Hämtad 2008-11-30 från <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2004/11/02/aktivitet-pa-recept-blir-al/index.xml>

- Larborn, K. (2008). *Fysisk aktivitet på recept (FaR®) i Halland 2008*. Hämtad 2008-11-27 från [http://www.lthalland.se/upload/55120/Information%20till%20dig%20som%20arbetsmed%20FaR%202008%20\(2\).doc](http://www.lthalland.se/upload/55120/Information%20till%20dig%20som%20arbetsmed%20FaR%202008%20(2).doc)
- Leijon, M., & Fornander, L. (2006). *Fysisk aktivitet på recept (FaR®) i Östergötland 2005 - lovande resultat, men receptet för framtiden ligger i en ännu bättre samverkan*. (Rapport 2006:11). Östergötland: Folkvetenskapligt centrum. Hämtad 2008-11-24 från <http://www.lio.se/templates/Page.aspx?id=34904>
- Läkemedelskommittén Halland (2008). *Terapirekommendationer*. Halmstad: Landstinget Halland.
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. (2006). Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling. *Public Health Intervention Guidance no. 2*. Hämtad 2008-12-05 från [http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH002\\_physical\\_activity.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH002_physical_activity.pdf)
- \*Petrella, R., Lattanzio, C., & Overend, T. (2007). Physical activity counseling and prescription among Canadian primary care physicians. *Archives of Internal Medicine*, 168(16), 1774-1781. Hämtad 2008-11-13 från databasen Cinahl.
- \*Rosell, A., Madsen, L., Mortensen, E., & Iversen, L. (2005). Motion på recept: Et kvalitativt studie af ændringer i patienternes adfærd og forestillinger om fysisk aktivitet. *Praktisk Lægegering*, 83(1), 5-14. Hämtad 2008-11-13 från databasen SweMed+.
- Schäfer Elinder, L., & Faskunger, J. (red.). (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2006:13. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- SFS 1998:531. *Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 1985:562. *Patientjournalagen*. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen (2004). *Hälso- och sjukvård: Lägesrapport 2003*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2008-12-29 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/1DA644DE-5036-43C5-A186-3DC31171F021/2069/20041315.pdf>
- Socialstyrelsen (2005a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2005b). *Folkhälsorapport 2005*. Hämtad 2008-12-13 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf>

\*Sørensen, J., Kragstrup, J., Skovgaard, T., & Puggaard, L. (2008). Exercise on prescription: a randomized study on the effect of counseling vs counseling and supervised exercise. [Electronic version] *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 18, 288-297. Hämtad 2008-11-13 från databasen Cinahl.

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet*. Stockholm: SBU.

Statens folkhälsoinstitut [FHI]. (2007). *Resultat från nationella folkhälsoenkäten 2007*. Hämtad 2008-12-13 från [http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_12016.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page___12016.aspx)

Statens folkhälsoinstitut [FHI]. (2008). *FaR<sup>®</sup> - Fysisk aktivitet på recept*. Hämtad 2008-11-24 från [http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_10010.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page___10010.aspx)

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

\*Tate, D., Jeffery, R., Sherwood, N., & Wing, R. (2007). Long-term weight losses associated with prescription of higher physical activity goal. Are higher levels of physical activity protective against weight regain? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 85, 954-959. Hämtad 2008-11-13 från databasen PubMed.

\*Taylor, A., & Fox, K. (2005). Effectiveness of a primary care exercise referral intervention for changing physical self-perceptions over 9 months. *Health Psychology*, 24(1), 11-21. Hämtad 2008-11-13 från databasen Cinahl.

World Health Organisation [WHO]. (2002). *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Hämtad 2008-11-30 från [http://www.who.int/entity/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf](http://www.who.int/entity/whr/2002/en/whr02_en.pdf)

World Health Organisation [WHO]. (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Hämtad 2008-12-13 från [http://www.who.int/entity/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/entity/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)

World Health Organisation [WHO]. (2008). *Fact sheets*. Hämtad 2008-12-13 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet [YFA]. (2008). *FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Ågren, G. (2003). *Den nya folkhälsopolitiken: Nationella mål för folkhälsan*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

### Modifierad bedömningsmall för studier med kvalitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt</b> (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>Introduktion</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>Syfte</b>	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med/i riskzon för livsstilsrelaterad sjukdom	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teori etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
<b>Diskussion</b>				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 48 p)	p	p	p	p
Grad I: 80%				p
Grad II: 70%				%
Grad III: 60%				Grad
Titel				
Författare				

### Modifierad bedömningsmall för studier med kvantitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt</b> (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>Introduktion</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>Syfte</b>	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med/i riskzon för livsstilsrelaterad sjukdom	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
<b>Diskussion</b>				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
<b>Total poäng (max 47 p)</b>	p	p	p	p
<b>Grad I: 80%</b>				p
<b>Grad II: 70%</b>				%
<b>Grad III: 60%</b>				Grad
<b>Titel</b>				
<b>Författare</b>				

Tabell 2. Artikelöversikt

Publiceringsår och Land	Författare	Titel	Syfte	Metod (urval, analys)	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 Australien	Baker, M., Kennedy, D., Bohle, P., Campbell, D., Knapman, L., Grady, J., et al.	Efficacy and feasibility of a novel tri-modal robust exercise prescription in a retirement community: A randomized, controlled trial.	Att undersöka genomförbarheten och ändamålsenligheten av nuvarande riktlinjer för aktivitetsprogram för äldre	Kvantitativ, randomiserad, kontrollerad studie. Deltagarna (n=38) rekryterades genom reklam, och var över 60 år. Egenskaperna som mättes var: styrka, aerob kapacitet (6 min gång), balans och symtom på depression. Under 10 veckor fick deltagarna handledd aktivitet 6 ggr/vecka, kontrollgruppen fick ingenting alls. Sedan gjordes nya mätningar.	Recept på fysisk aktivitet för äldre är positivt, men bör ske stegvis, och bör skraddarsys enligt varje individs intresse och behov.	Grad I
2008 Australien	Colley, R., Hills, A., O'Moore-Sullivan, T., Hickman, I., Prins, J., & Byrne, N.	Variability in adherence to an unsupervised exercise prescription in obese women.	Att mäta följsamhet till icke-handled motion på recept bland kvinnor med obesitas, genom mätning av energiförbrukning vid aktivitet	Kvantitativ studie, n=29, där deltagarna var enbart kvinnliga, uppegående och med obesitas. Studien pågick i 16 veckor, och mätmetoden var genom användning av pulsband med inspelnings- och minnesfunktion. Deltagarna fick personlig rådgivning 1 gång/vecka och föreslogs motionera genom raska promenader. Målet var att uppnå en energiförbrukning genom motion av 1500 kcal/vecka, och deltagarna skulle även minska kostintaget med 500 kcal/dag.	Att använda pulsmätning för att mäta följsamhet till motion kan vara positiv, men den låga följsamheten i studien visar att många behöver handledd fysisk aktivitet istället för motion ensam i hemmiljön. Framtida forskning bör försöka identifiera hur följsamheten kan höjas inom FAR <sup>®</sup> .	Grad I
2007 England	Gidlow, C., Johnston, L., Crone, D., Morris, C., Smith, A., Foster, C., et al.	Socio-demographic patterning of referral, uptake and attendance in physical activity referral schemes.	Att identifiera socio-demografiska bias, mönster och karakteristika vad gäller förskrivning och deltagande i FaR <sup>®</sup> -program	Kvantitativ studie, n=3568. Ett länsomfattande FAR <sup>®</sup> -projekt granskades under en 3-års period. Data samlades om receptmottagarnas kön och ålder, och om områden de bodde i var tätbebyggda eller glesbebyggda, rika eller fattiga områden. Statistik om följsamhet samlades också. Jämförelser gjordes med befolkningsstatistik i länet.	FAR <sup>®</sup> bör förskrivas till dem som är mer benägna att utnyttja den – att FAR <sup>®</sup> inte ska användas som den huvudsakliga åtgärden för att främja fysisk aktivitet, utan som en kompletterande, målinriktad intervention för vissa befolkningsgrupper.	Grad I

Publiceringsår och Land	Författare	Titel	Syfte	Metod (urval, analys)	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2005 England	Harrison, R., McNair, F., & Dugdill, L.	Access to exercise referral schemes - a population based analysis.	Att undersöka den sannolika påverkan av FaR <sup>®</sup> -program på ett befolkningsmässigt plan i en kommun.	Kvantitativ studie, n=6610. Alla FaR <sup>®</sup> -remisser i en kommun under en 5-års period granskades. Ålder, kön, remissorsak, bortfall och följsamhet analyserades, och frekvenserna jämfördes med befolkningsstatistik.	FaR <sup>®</sup> -program har väldigt liten inverkan på ett befolkningsmässigt plan. Andra åtgärder kan vara effektivare för ett större antal människor. FaR <sup>®</sup> -program bör enbart användas för dem som behöver strikt handled aktivitet, såsom stroke och hjärtinfaR <sup>®</sup> ktspatienter.	Grad I
2005 England	Harrison, R., Roberts, C., & Elton, P.	Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity 1 year later? A randomized controlled trial.	Att undersöka effektiviteten av ett FaR <sup>®</sup> -program inom primärvården, jämfört med enbart information som behandling.	Kvantitativ, randomiserad, kontrollerad studie. Deltagarna (n=545, deltagargrupp n=275, kontrollgrupp n=270) remitterades enligt kriterier; inaktiv (<90 min medel/högintensiv fysisk aktivitet/vecka) och i riskgrupp (obesitas, hjärt-kärlsjukdom eller diabetes). Kontrollgruppen fick enbart skriftlig information per post, studiegruppen fick konsultationer och rabatterad motion på anläggningar. Efter 6 och 12 månader jämfördes aktiviteten hos grupperna	FaR <sup>®</sup> hade en kortsiktig, svagt positiv effekt som inte höll över längre tid. En risk är att de som misslyckas med att öka sin aktivitetsnivå förstärker negativa attityder till fysisk aktivitet.	Grad I
2005 England	Johnston, L., Warwick, J., De Ste Croix, M., Crone, D., & Sidford, A.	The nature of all 'inappropriate referrals' made to a countywide physical activity referral scheme: Implications for practice.	Att granska vilken påverkan en central remissgranskande enhet hade på antalet och typen av olämpliga remisser till ett FaR <sup>®</sup> -program.	Kvantitativ studie, n=458. Alla som fick en FaR <sup>®</sup> -remiss men sedan uteslöts av den centrala remissgranskande enheten (CRM) ingick i studien. Varje fall analyserades för anledning till uteslutande, och orsakerna kategoriserades sedan på tre nivåer. Frekvensanalys utfördes.	En central remissgranskande enhet är positiv för FaR <sup>®</sup> -arbetet. Förskrivningsriktlinjerna för FaR <sup>®</sup> behöver ta bättre hänsyn till patientens medicinska status och motivationsnivå. Personal med mer träning i motiverande metoder behövs.	Grad II

Publikationsår och Land	Författare	Titel	Syfte	Metod (urval, analys)	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 Sverige	Kallings, L., Leijon, M-L., & Stähle, A.	Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life.	Att undersöka värdet av att ge patienter fysisk aktivitet på recept och förändringar i livskvalité efter 6 månader.	En kvantitativ studie. 481 patienter fick fysisk aktivitet på recept. Deltagarna fick fylla i ett formulär med frågor om: kön, ålder, vikt, aktuell förskrivning, nuvarande aktivitetsnivå, livskvalité och hur motiverad och redo deltagaren var för en ökad aktivitetsnivå. Efter 6 månader fick alla deltagare svara på ett liknande frågeformulär.	Fysisk aktivitet på recept är en effektiv och lätt metod för att öka patienters fysiska aktivitet och livskvalité.	Grad I
2007 Kanada	Petrella, R., Lattanzio, C., & Overend, T.	Physical activity counseling and prescription among Canadian primary care physicians.	Att ta reda på utbredningen av rådgivning och receptförskrivning av fysisk aktivitet bland primärvårdsläkare i Kanada.	Kvantitativ studie, n=13 166. En enkät skickades till alla verksamma primärvårdsläkare i Kanada (svarsfrekvens 51,2 %). Data om respondenternas ålder, kön och antal år i tjänst samlades, samt deras svar på frågor rörande deras promotion av fysisk aktivitet: frågor till patienter, rådgivning, konditionstester och receptförskrivning.	Läkare bör förses med bättre verktyg och standardiserade mätinstrument för att bättre kunna undersöka patienters kondition och för att skriva ut fysisk aktivitet på recept. Läkare bör också ta en mycket större roll i promotion av fysisk aktivitet bland sina patienter.	Grad II
2005 Danmark	Rosell, A., Madsen, L., Mortensen, E., & Iversen, L.	Motion på recept. Et kvalitativt studie af aendringer i patienternes adfaerd og forestillinger om fysisk aktivitet.	Att undersöka om FaR <sup>®</sup> ledde till positiv föreställningar om fysisk aktivitet och om deltagarna ökade sin fysiska aktivitetsnivå.	En kvalitativ studie. Deltagarna var 2 män, 6 kvinnor mellan 31 och 64 år som skulle ha kriterier obesitas (n=6) och hypertoni (n=4). Modellen var en semistrukturerad intervju där frågor ställdes vid 3 tillfällen; före, under och efter FaR <sup>®</sup> . Frågorna som ställdes handlade om beteendet, avsikten och föreställningen till fysisk aktivitet.	För att läkare som förskriver FaR <sup>®</sup> ska kunna veta om patienten är fysisk aktiv, skulle ett förslag vara att ett språkschema används. Detta på grund av missstolkningar om när en patient är fysisk aktiv.	Grad II

Publikationsår och Land	Författare	Titel	Syfte	Metod (urval, analys)	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008 Danmark	Sørensen, J., Kragstrup, J., Skovgaard, T., & Puggaard, L.	Exercise on prescription: a randomized study on the effect of counseling vs counseling and supervised exercise.	Att jämföra effekterna av ett högintensivt och ett lågintensivt FAR <sup>®</sup> -program efter 4 och 10 månaderna.	Kvantitativ studie, n=52. Patienterna valdes ut för FAR <sup>®</sup> av husläkare enligt kriterier; livsstilssjukdom eller i riskzon, motiverad, betalning av DKK 750. Deltagarna fick antingen mindre rådgivning och ingen handled motion, eller mer handledning och handled motion. Resultaten jämförde kondition (genom VO <sub>2</sub> max), självskattade konditionsnivå och motionsvanor i början och efter 4 och 10 månader.	FAR <sup>®</sup> är positiv, men intensiva, styrda program är inte nödvändigtvis bättre än mindre intensiva, friare program. Programmet bör vara individuellt anpassat.	Grad I
2007 USA	Tate, D., Jeffery, R., Sherwood, N., & Wing, R.	Long-term weight losses associated with prescription of higher physical activity goals. Are higher levels of physical activity protective against weight regain?	Att undersöka om en högre nivå av fysisk aktivitet är effektivare när det gäller att hålla sin viktminskning över tid.	En kvantitativ studie där 202 deltagare blev intresserade att delta genom en lokaltidning. De utvalda var mellan 25-50 år och hade en övervikt på 14-23 kg. Deltagarna blev slumpmässigt indelade i två olika grupper, en lågintensiv grupp (mål: att förbruka 1000 kcal/vecka genom motion) och en högintensiv grupp (mål: att förbruka 2500 kcal/vecka genom motion).	De deltagare som håller en hög aktivitetsnivå (>2500 kcal/vecka) och intar färre kalorier har lättare att hålla sin vikt nedgång över tid.	Grad II
2005 England	Taylor, A., & Fox, K.	Effectiveness of a primary care exercise referral intervention for changing physical self-perceptions over 9 months.	Att undersöka hur deltagande i ett FAR <sup>®</sup> -program ändrar den fysiska självbilden hos 40-70-åringar.	Kvantitativ randomiserad kontrollerad studie, n=142. Inklusionskriterier: 40-70 år och en eller flera av följande riskfaktorer: risk för hjärt-kärlsjukdom, rökare, högt blodtryck, övervikt. Data samlades i början av studien, i slutet av åtgärden (16 veckor) och efter 37 veckor, om deltagarnas (n=97) och kontrollgruppens (n=45) kön, ålder, BMI, rökvanor och självskattad fysiska självbild. Deltagarna fick tid hos en konsult på ett aktivitetscentrum, och deltog i rabatterade aktiviteter i tio veckor.	Att delta i ett FaR <sup>®</sup> -program är inte bara positivt för den fysiska hälsan utan även för den mentala hälsan. Det behövs mycket mer forskning i hur FAR <sup>®</sup> -program kan förbättra den fysiska och mentala hälsan hos olika grupper, och hur ett optimalt FAR <sup>®</sup> -program bör utformas.	Grad III

## FaR - förskrivna recept i Halland 2006 och 2007

Period 2005-12-03 - 2006-12-15

Kommun	Enhet	Förskrivna recept	Varav uppföljning	
		Totalt	Antal	Procent
<b>Falkenberg</b>	Basenheten Rehab Fbg	14	3	
	MVC	19		
	Ungdomsmottagningen	0	0	0
	Gruebäck VC	11	7	
	Hjortsberg VC	14	7	
	Slöinge VC	29	22	
	Ullareds VC	12	18	
	Vessigebro VC	5	5	

Kommun	Enhet	Förskrivna recept	Varav uppföljning	
		Totalt	Antal	Procent
<b>Hylte</b>	Hyltebruks VC	40	6	15%
	Torups VC	40	18	45%
	Unnaryds läk.mott.	0	0	0%

Period 2006-12-16 - 2007-12-31

Kommun	Enhet	Förskrivna recept	Varav uppföljning	
		Totalt	Antal	Procent
<b>Falkenberg</b>	Basenheten Rehab Fbg	16	15	94%
	MVC	30	0	0%
	Ungdomsmottagningen	0		
	Gruebäck VC	8	0	0%
	Hjortsberg VC	22	6	27%
	Slöinge VC	42	45	107%
	Ullareds VC	18	28	155%
	Vessigebro VC	4	2	50%

Kommun	Enhet	Förskrivna recept	Varav uppföljning	
		Totalt	Antal	Procent
<b>Hylte</b>	Hyltebruks VC och Unnaryds läk.mott.	18	3	17%
	Torups VC	12	18	150%

Receptblankett för fysisk aktivitet: framsida

<b>RECEPT/FYSISK AKTIVITET</b>	
Receptutfärdaren anger genom signum vilka speciella försiktighetsmått som kan behöva iaktas vid genomförandet av de fysiska aktiviteterna	Patient (födelseid och namn) ..... .....
<b>F</b> = Försiktig start <b>U</b> = Undvik vissa aktiviteter <b>O</b> = Inga speciella försiktighetsmått	
① Träningsform <input type="checkbox"/> Kondition <input type="checkbox"/> Styrka <input type="checkbox"/> Uthållighet <input type="checkbox"/> Underhåll Aktivitet (behöver ej anges)	Sign. F U O
Intensitet <input type="checkbox"/> Hög <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Lätt         Antal ggr/behandlingstid	Prissättning
Dosering, användning, ändamål D.S Minst ..... minuter ..... ggr/vecka för/vid/mot ..... undvik .....	
② Träningsform <input type="checkbox"/> Kondition <input type="checkbox"/> Styrka <input type="checkbox"/> Uthållighet <input type="checkbox"/> Underhåll Aktivitet (behöver ej anges)	Sign. F U O
Intensitet <input type="checkbox"/> Hög <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Lätt         Antal ggr/behandlingstid	Prissättning
Dosering, användning, ändamål D.S Minst ..... minuter ..... ggr/vecka för/vid/mot ..... undvik .....	
Receptutfärdarens namnförtydligande, yrke, adress, tel.nr. Sjukvårdsinrättning, klinik	Återbesök ..... ..... .....
Ort	Datum
Receptutfärdarens namnteckning	Gäller ..... mån. från detta datum.
Receptet löses lämpligen in hos ..... (Namn och telefon)	

Om endast en aktivitet skrivs snedstreckas ruta

Å-0123 - KOMPLEMENTUS BLANKETTER 01-10

Receptblankett för fysisk aktivitet: Baksida

①

Typ av aktivitet, aktivitetsledarens namn och sign		1	2	5	6	9	10
		3	4	7	8	11	12
13	14	17	18	21	22	25	26
15	16	19	20	23	24	27	28
29	30	33	34	37	38	41	42
31	32	35	36	39	40	43	44

②

Typ av aktivitet, aktivitetsledarens namn och sign		1	2	5	6	9	10
		3	4	7	8	11	12
13	14	17	18	21	22	25	26
15	16	19	20	23	24	27	28
29	30	33	34	37	38	41	42
31	32	35	36	39	40	43	44

