



# **Läkarstudenters kunskap om och inställning till den svenska FaR-metoden**

Josefin Grönfeldt & Hannah Helin

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN

Självständigt arbete grundnivå 15:2022

Hälsopedagogprogrammet: 2019-2022

Handledare: Rui Wang

Examinator: Maria Ekblom

## **Sammanfattning**

### **Syfte och frågeställningar**

Syftet med studien var att undersöka kunskapsläget gällande arbetsmetoden *Fysisk aktivitet på recept* bland läkarstudenter vid svenska universitet. Därtill var syftet att undersöka läkarstudenters inställning till *Fysisk aktivitet på recept*. Frågeställningarna var följande: Hur ser kunskapsläget ut bland läkarstudenter i Sverige gällande *Fysisk aktivitet på recept*? Vilken inställning har läkarstudenter i Sverige till *Fysisk aktivitet på recept*? Finns det några skillnader i läkarstudenters självupplevda kunskap om och inställning till *Fysisk aktivitet på recept* beroende på kön, ålder, termin, universitet och egen fysisk aktivitetsnivå?

### **Metod**

En kvantitativ metod med tvärsnittsdesign valdes för att kartlägga läkarstudenternas kunskaper och inställning. Studien riktade sig till läkarstudenter på termin 3-11 vid sex av sju svenska lärosäten som erbjuder en läkarutbildning. Enkäten bestod av kunskaps- och inställningsfrågor samt bakgrundsfrågor angående deltagarnas kön, födelseår, utbildningsort, termin och fysiska aktivitetsnivå. Datainsamlingen pågick från femte januari till sjätte februari år 2022.

### **Resultat**

Kartläggningen baserades på 477 inkomna svar och visade på en positiv inställning till FaR-metoden bland läkarstudenterna. Däremot sågs en generell låg självupplevd kunskap bland studenterna. Det var få som uppgav att de hade kunskap gällande de fem beståndsdelarna i FaR-metoden samt var de kunde hitta stöd för rätt ordinerings vid förskrivning av FaR. Vidare svarade majoriteten av respondenterna att de inte vet hur man förskriver FaR. Vid analys av skillnader gällande kunskap och inställning kunde en skillnad ses mellan universitet. Det kunde även noteras en skillnad i självupplevd kunskap mellan terminer. Beträffande kön, ålder och fysisk aktivitetsnivå kunde ingen signifikant skillnad påvisas. Dock fann man ett positivt samband mellan inställning och fysisk aktivitetsnivå.

### **Slutsats**

En positiv inställning till och en låg självupplevd kunskap om FaR kunde noteras bland läkarstudenterna. För att kunna använda FaR-metoden krävs kunskap. Mer kunskap om FaR-metoden skulle troligen bibehålla eller öka framtida läkares övertygelse om metodens användbarhet samt bidra till en mer frekvent och bredare användning av den. Således har läkarutbildningarna en möjlighet att påverka framtidens hälsofrämjande arbete gällande fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvård.

## Innehållsförteckning

1	Introduktion.....	1
1.1	Hälsoläget.....	1
1.2	Fysisk aktivitet .....	2
1.2.1	Historisk utveckling av fysisk aktivitet.....	2
1.2.2	Definition av fysisk aktivitet .....	2
1.2.3	Fysisk aktivitet i prevention av icke-smittsamma sjukdomar .....	2
1.2.4	Rekommendationer om fysisk aktivitet.....	3
1.2.5	Fysisk aktivitetsepidemiologi.....	3
1.2.6	Åtta investeringar för att främja fysisk aktivitet .....	4
1.3	Lagar, styrdokument och riktlinjer för hälsofrämjande arbete.....	4
1.3.1	Hälso- och sjukvårdslagen samt patientlagen .....	4
1.3.2	Socialstyrelsens riktlinjer .....	5
1.3.3	SBU:s litteraturöversikt.....	5
1.4	Fysisk aktivitet på recept (FaR) .....	5
1.4.1	Den svenska FaR-modellen.....	6
2	Kunskapsöversikt .....	9
2.1	Studier om den svenska FaR-modellen.....	9
2.2	Nationell utvärdering av receptförskriften fysisk aktivitet.....	11
2.3	Studier om rådgivning gällande fysisk aktivitet.....	12
2.4	Beskrivning av problemområde .....	15
3	Syfte och frågeställningar.....	16
4	Metod .....	17
4.1	Metodval.....	17
4.2	Urval.....	17
4.3	Datainsamlingsmetod .....	18
4.4	Tillvägagångssätt.....	18
4.5	Validitet och reliabilitet.....	19
4.6	Etiska överväganden .....	21
4.7	Analys av data .....	22
4.7.1	Kunskapsfrågor .....	23
4.7.2	Inställningsfrågor .....	23
4.7.3	Analys av skillnader i kunskap respektive inställning .....	23

4.7.4 Korrelationsanalys.....	24
5 Resultat.....	24
5.1 Deltagarinformation .....	24
5.2 Kunskapsläget bland läkarstudenter i Sverige gällande FaR-metoden .....	25
5.3 Inställning till FaR-metoden bland läkarstudenter i Sverige.....	29
5.4 Skillnader i kunskap om FaR-metoden .....	30
5.5 Skillnader i inställning till FaR-metoden .....	32
5.6 Korrelationsanalys.....	32
6 Diskussion .....	33
6.1 Resultatdiskussion.....	33
6.2 Metoddiskussion.....	37
6.3 Framtida studier.....	40
6.4 Slutsats .....	41
Käll- och litteraturförteckning.....	42

Bilaga 1 – Folkhälsoenkäten, nationella och regionala resultat: Fysisk aktivitet (självrapporterat) efter ålder, kön och år. Andel (procent)

Bilaga 2 – Informationsdel i enkäten

Bilaga 3 - Enkätfrågor och kodning av svarsalternativ

Bilaga 4 - Informationsbrev för Facebook-grupper

Bilaga 5 - Informationsbrev skickat via mail

Bilaga 6 - Litteratursökning

# 1 Introduktion

## *1.1 Hälsoläget*

Varje år dör 41 miljoner människor runt om i världen till följd av icke-smittsamma sjukdomar, såsom kardiovaskulära sjukdomar, cancer, diabetes och kroniska lungsjukdomar. De står för strax över 70% av alla dödsfall i världen. Ser man till Sverige står de för hela 90% av alla dödsfall och för dryga 9% när det kommer till förtida död (World Health Organization [WHO], 2018a; WHO, 2020a). Världshälsoorganisationen menar att de icke-smittsamma sjukdomarna är en epidemi som har förödande hälsokonsekvenser inte bara för samhället utan även för familjer samt för den enskilda individen. De hotar att överbelasta hälsosystemen (WHO, u.å.).

De icke smittsamma sjukdomarna kostar samhället enorma summor pengar varje år. I "Folkhälsopolitiska rapporten 2010" (Statens Folkhälsoinstitut, 2010) redovisas att sjukdomar relaterat till fysisk inaktivitet såsom bröstcancer, hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck, diabetes typ-2, depression och ångest med flera, kostar årligen 7 miljarder kronor. Det är beräknat på kostnader för produktionsbortfall till följd av sjukdom och förtida död samt kostnader för läkemedel, sjukvård och rehabilitering. I rapporten framkommer även att sjukdomar som är relaterade till högt BMI såsom stroke, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes typ-2, årligen kostar samhället 18 miljarder kronor. Merkostnader för hälso- och sjukvården, som beräknas för sjukdomar relaterade till fysisk inaktivitet och högt BMI, uppgår till 830 miljoner kronor respektive 4 miljarder kronor. Dessa kostnader är baserade på den relativa risken att insjukna i någon av de ovan nämnda sjukdomarna.

De stora socioekonomiska kostnaderna som de icke smittsamma sjukdomarna för med sig gör att det är av yttersta vikt att man jobbar för att både förebygga och öka kontrollen av dem (WHO, u.å.). De icke-smittsamma sjukdomarna har flera gemensamma beteenderisikfaktorer och kan därför till stor del förebyggas med hjälp av hälsosamma levnadsvanor, såsom fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor (WHO, u.å.). Dessa levnadsvanor kan bidra till att både förbättra den kardiovaskulära hälsan och minska risken för mentala eller åldersrelaterade sjukdomar (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. Dohrn et al., 2021; Williams et al., 2012).

## ***1.2 Fysisk aktivitet***

### **1.2.1 Historisk utveckling av fysisk aktivitet**

Det har länge funnits en medvetenhet om att fysisk aktivitet är bra för hälsan. Man har hittat skriftliga beskrivningar av fysisk aktivitet i behandlande syfte från ca 1000 f.Kr. Enligt Snook (1984) härstammar dessa anteckningar från en av de indiska Vedaböckerna och den kinesiska boken Kung Fu. Hippokrates, även känd som läkekonstens fader, var en grekisk läkare som levde mellan 460 och ca 370 f.Kr. Man vet inte med säkerhet hur många av Hippokrates skrifter som skrevs av honom själv, men i dem är fysisk aktivitet en av de rekommenderade behandlingsmetoderna vid sjukdom (Snook, 1984). Vidare har den grekiska filosofen Platon uttalat sig om att fysisk inaktivitet förstör människan, medan regelbunden fysisk aktivitet gör att människan mår bra länge: *“Lack of activity destroys the good condition of every human being while movement and methodical physical exercise save and preserve it”* (Williams et al., 2012, s.6).

Människan är skapt för att röra på sig och jämfört med tidigare generationer har våra gener inte förändrats avsevärt (Ekblom Bak, 2021). Däremot har det skett en större förändring gällande livsstilen. Tidigare fanns det ett stort behov av att röra på sig för att samla föda, undvika hot och för att försörja sig. Under den senaste tiden har den teknologiska utvecklingen gått framåt, kravet på ett stillasittande arbete har ökat och det finns även ett större behov av snabb transport. Enligt Ekblom Bak (2021) har detta lett till att vi sitter mer idag. Detta kan ha bidragit till att fysisk inaktivitet är en av de 10 största riskfaktorerna för icke-smittsamma sjukdomar i Sverige (GBD 2015 Risk Factors Collaborators, 2016).

### **1.2.2 Definition av fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet är ett brett begrepp och inkluderar alla rörelseformer som resulterar i en ökad energiförbrukning (Caspersen et al., 1985). Det kan handla om allt från vardagsaktiviteter och lek till motion och fysisk träning (Kallings, 2011). Därmed kan fysisk aktivitet utföras på olika platser samt med varierad intensitet och duration.

### **1.2.3 Fysisk aktivitet i prevention av icke-smittsamma sjukdomar**

Fysisk aktivitet är positivt för den fysiska och psykiska hälsan samt har visat sig kunna förebygga och behandla olika icke-smittsamma sjukdomar (World Health Organization, 2018a; WHO, 2020b). Dessutom pekar flertalet studier på en minskning i dödlighet genom att nå upp

till 150 minuter fysisk aktivitet per vecka. Lear et al. (2017) menar att man kan nå en minskning med 22 % för död oavsett orsak i låginkomstländer och en 30 % minskad risk i höginkomstländer. Resultat från en nyare studie tyder på en 13 % minskad dödlighet (Posadzki et al., 2020).

Forskning visar att det finns ett dos-responssamband mellan fysisk aktivitet och hälsa, vilket innebär att det finns ytterligare hälsofördelar vid ökad fysisk aktivitet (Jansson et al., 2021). Samtidigt har man kunnat påvisa ett dos-responssamband mellan fysisk aktivitet och risker för muskuloskeletal skador eller kardiovaskulära komplikationer (Jansson et al., 2021). Däremot ökar riskerna först vid högre doser av fysisk aktivitet, men Jansson et al. (2021) menar att det är viktigt att vara medveten om eventuella risker och att försöka reducera dem. De poängterar att progression vid fysisk aktivitet är viktigt och kan minska eventuella risker. Hälsovinster anses ofta överväga riskerna, vilket framför allt kan ses vid fysisk aktivitet på måttlig dos eller måttlig intensitet. Enligt Henriksson och Sundberg (2021) kan fysisk aktivitet bidra till positiva hälsoeffekter, både på kort och lång sikt. För att få de långsiktiga effekterna krävs regelbunden fysisk aktivitet.

#### **1.2.4 Rekommendationer om fysisk aktivitet**

Då fysisk aktivitet anses vara en friskfaktor har man i Sverige låtit Yrkesföreningar för fysisk aktivitet ta fram rekommendationer om fysisk aktivitet, som sedan har antagits av Svenska Läkaresällskapet 2021. Vuxna rekommenderas att vara fysiskt aktiva på måttlig intensitet sammanlagt 150-300 minuter per vecka eller på en hög intensitet 75-150 minuter per vecka för att uppnå betydande hälsovinster. Vuxna rekommenderas även att utföra muskelstärkande fysisk aktivitet två gånger per vecka som inkluderar de större muskelgrupperna. De bör även minska stillasittandet genom att byta ut det till fysisk aktivitet på låg intensitet eller fördelaktigt till måttlig eller hög intensitet för att motverka hälsorisker. Individer med funktionsnedsättningar eller sjukdomar som hindrar dem från att nå rekommendationerna ska vara så aktiva de kan (Jansson et al., 2021). Till grund för dessa rekommendationer ligger bland annat WHO's rekommendationer om fysisk aktivitet (WHO, 2020b).

#### **1.2.5 Fysisk aktivitetsepidemiologi**

Enligt Folkhälsomyndighetens senaste enkätundersökning för 2021 når 67 % av Sveriges befolkning upp till rekommendationerna om 150 minuter fysisk aktivitet per vecka på en måttlig intensitet. Det var 40 % som rapporterade att de når upp till rekommendationen om 300 minuter

per vecka på en måttlig intensitet. Detta mått gäller för individer i åldern 16 till 84 (Folkhälsomyndigheten, u.å., för exakta siffror se bilaga 1). Enkäter om självskattad fysisk aktivitet används ofta i studier, men denna subjektiva mätmetod har överlag visat sig ha lägre validitet än objektiva metoder (Hagströmer et al., 2021). Vid jämförelse med sensorbaserade metoder har man kunnat se att självrapporterad fysisk aktivitet ofta överskattas och att stillasittande underskattas (Ekblom et al., 2015). Enligt Socialstyrelsen (u.å.) har man kunnat se att 300 minuter självskattad fysisk aktivitet motsvarar 150 minuter fysisk aktivitet mätt med accelerometer. Ekblom-Bak et al. (2022) genomförde en accelerometerstudie och konstaterade att andelen som uppfyllde rekommendationerna om fysisk aktivitet varierade mellan 1,4-92,2%. Detta berodde på om enaxlad eller treaxlad accelerometerdata användes samt vilken definition av rekommendationerna som beaktades. Många av deltagarna nådde upp till 150 minuter fysisk aktivitet på måttlig intensitet per vecka. Däremot var det få som utförde fysisk aktivitet på en högre intensitet. Dessutom kunde de se ett gemensamt riskbeteende, som innebar hög tid för stillasittande och låg nivå av fysisk aktivitet på måttlig intensitet eller högre intensitet, för 5 % respektive 28 % av deltagarna.

### **1.2.6 Åtta investeringar för att främja fysisk aktivitet**

Hagströmer et al. (2021) belyser åtta insatser för att främja fysisk aktivitet på samhällsnivå. Dessa utgår från "Eight investments that work for physical activity" (2021), vilket är en sammanställning av kunskapsläget om vetenskapligt bevisade åtgärder för att främja fysisk aktivitet. En av de nämnda investeringarna är en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Enligt Orrow et al. (2012) når hälso- och sjukvården ut till en stor del av befolkningen och har därför en viktig roll i det hälsofrämjande arbetet. Fysisk aktivitet är bra vid både förebyggande och behandling av flera sjukdomstillstånd, varvid hälso- och sjukvården bör främja detta. När det gäller råd om levnadsvanor litar personer på deras kunskap kring hälsa (Hagströmer et al., 2021).

## ***1.3 Lagar, styrdokument och riktlinjer för hälsofrämjande arbete***

### **1.3.1 Hälso- och sjukvårdslagen samt patientlagen**

I hälso- och sjukvårdslagen ingår en paragraf om att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], 2017). Dessutom bör primärvården i regioner och kommuner erbjuda förebyggande insatser, både för behov hos hela befolkningen samt för individuella behov och förutsättningar (HSL, 2017).



Patienter bör enligt lag få information om bland annat sitt hälsotillstånd och metoder för att förebygga sjukdom och skada (Patientlag, 2014). Vid tillstånd där det finns olika behandlingsalternativ, som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, bör patienten få ta del i beslut av behandlingsmetod.

### **1.3.2 Socialstyrelsens riktlinjer**

År 2015 tog FN:s generalförsamling beslut om de nya globala utvecklingsmålen. Dessa mål har fått samlingsnamnet Agenda 2030 (Regeringskansliet, 2016). Delmål 3 i Agenda 2030 handlar om säkerställande av ett hälsosamt liv och främjande av välbefinnande för alla. Socialstyrelsen (2018) har utvecklat nationella riktlinjer som kan anknytas till detta delmål. Riktlinjerna består av rekommendationer om förebyggande och behandling av fyra ohälsosamma levnadsvanor, varav en är otillräcklig fysisk aktivitet. Enligt Socialstyrelsen är ett personcentrerat samtal grunden för rådgivning vid otillräcklig fysisk aktivitet. En skriftlig ordination och en eventuell aktivitetsmätare kan användas som komplement. Utöver dessa åtgärder poängterar Socialstyrelsen att individanpassad uppföljning bör ingå.

### **1.3.3 SBU:s litteraturöversikt**

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2007) har publicerat en rapport om metoder för främjande av fysisk aktivitet. Rapportens främsta målgrupp är personal inom hälso- och sjukvården, men den riktar sig även till andra arbetande, ansvariga och beslutsfattare inom vård och omsorg.

Utifrån litteraturöversikten har man sett att rådgivning ger en ökning av patienters fysiska aktivitetsnivå. Denna ökning kan bli ännu större vid ökad frekvens och intensitet av rådgivningen. SBU (2007) poängterar även att en ytterligare ökning av fysisk aktivitetsnivå kan ses vid komplettering med skriftlig ordination, stegräknare eller aktivitetsdagbok.

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

På internationell nivå har det pågått arbete med att utveckla förskrivning av fysisk aktivitet. Enligt Kallings och Leijon (2003) har detta bland annat förekommit i Storbritannien, USA och Kanada. I Storbritannien utfördes år 1998 en stor litteraturgenomgång om främjande av fysisk aktivitet inom primärvården. Enligt Kallings och Leijon (2003) användes mycket information från detta dokument i pilotprojektet FaR.

I litteraturgenomgången poängterar Riddoch et al. (1998, refererad i Kallings & Leijon, 2003) att det inte finns ett specifikt upplägg som fungerar överallt och för alla. Däremot lyfter de fram några gemensamma faktorer som har bidragit till framgång vid arbete med förskrivning av fysisk aktivitet. En av dessa faktorer är ett patientorienterat arbete. De understryker även betydelsen av en individanpassad förskrivning. De menar att både patientens målsättning och hälsostatus samt nuvarande aktivitetsnivå och förändringsbenägenhet till ökad fysisk aktivitet bör tas i beaktande.

I Norden har flera modeller för ordination av fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvård utformats. Dessa modeller skiljer sig åt och passar under olika förutsättningar. Trots deras olikheter är ett individanpassat patientsamtal med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt en utformning av en skriftlig ordination på fysisk aktivitet något som modellerna har gemensamt (Kallings, 2011).

#### **1.4.1 Den svenska FaR-modellen**

Enligt Kallings och Leijon (2003) har förskrivning av fysisk aktivitet utförts på ett antal platser i Sverige under de senaste decennierna. Detta har bland annat skett i form av motion på recept och friskvård på remiss. Däremot poängterar Kallings och Leijon (2003) att det oftast har handlat om några få exempel under kortare perioder och att arbetet inte har utförts i större utsträckning på vårdcentraler. På grund av detta inleddes ett utvecklingsarbete av en arbetsmodell för förskrivning av fysisk aktivitet år 2001. Denna modell fick titeln Fysisk aktivitet på recept, som även kallas FaR. FaR är en svensk arbetsmetod, som utvecklades i samband med projektet ”Sätt Sverige i rörelse 2001” (Kallings, 2011). FaR används för patienter inom hälso- och sjukvård, som på grund av hälsoskäl har behov av att ändra sin fysiska aktivitetsnivå. Enligt Kallings (2011) kan FaR förskrivas av legitimerad vårdpersonal, exempelvis fysioterapeuter, sjuksköterskor och läkare. Utöver en legitimation krävs det även att förskrivaren har kunskap om patientens hälsoläge, patientcentrerat samtal, FaR-metoden och de lokala rutinerna för metoden samt om hur fysisk aktivitet kan användas i förebyggande och behandlande syfte.

Arbetsmetoden FaR baseras på ett personcentrerat förhållningssätt och består av fem olika delar (Kallings, 2011; Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. Dohrn et al., 2021). Dessa är individuellt rådgivande samtal, skriftlig ordination, FYSS, samverkan och uppföljning.

### Individuellt rådgivande samtal

Enligt Kallings (2011) har det patientcentrerade förhållningssättet en stor och viktig roll i FaR-arbetet. I samtalet läggs fokus på att få en bild av patientens nuvarande och tidigare fysiska aktivitetsmönster samt hur mycket tid som spenderas stillasittande. Genom att göra detta menar Kallings et al. (2021) att man får en bild av utgångsläget och kan samtala vidare om aktiviteter som individen kan vara intresserad av. Dessutom menar de att det finns andra viktiga aspekter som bör behandlas i samtalet. Dessa handlar bland annat om att diskutera hinder för och möjligheter till fysisk aktivitet samt motivation och förändringsbenägenhet gällande individens fysiska aktivitetsnivå. Kallings et al. (2021) poängterar även att motiverande samtal eller någon annan beteendevetenskaplig samtalsmetodik gärna får användas i samtalet med patienterna. Således utgår FaR-arbetet från patienten och den skriftliga ordinationen anpassas utifrån personens tillstånd, intressen och livssituation.

### FYSS

FYSS står för Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. FYSS är en kunskapsbank som används som stöd för ordination av fysisk aktivitet (Kallings, 2011). Boken är evidensbaserad och innehåller information om hur fysisk aktivitet kan användas vid prevention och behandling av olika sjukdomstillstånd. Den presenterar även vilka aktiviteter som kan vara bäst lämpade för olika grupper och vid olika tillstånd samt effekter och eventuella risker som kan kopplas till fysisk aktivitet. FYSS har utformats av Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. Första versionen blev tillgänglig år 2001 och den första tryckta versionen utgavs år 2003 (Kallings, 2011). Därefter har den uppdaterats och år 2021 släpptes den fjärde och senast uppdaterade versionen (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. Dohrn et al., 2021). I den nyaste upplagan av FYSS ingår 35 olika diagnoser med tillhörande instruktioner om vilken typ och dos av fysisk aktivitet som har bäst behandlingseffekt. En minskad risk för exempelvis depression, demens, diabetes typ-2 och metabola syndromet kan ses vid regelbunden fysisk aktivitet. Detta gäller även för artros om aktiviteten utförs på måttlig intensitet. Fysisk aktivitet kan även användas vid behandling av dessa sjukdomstillstånd (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. Dohrn et al., 2021). Målet med FYSS är att bidra till kunskapsspridning om fysisk aktivitet samt om användningen av detta inom hälso- och sjukvården.

### Skriftlig ordination

Den första versionen av det svenska FaR-receptet hade liknande utseende som ett vanligt läkemedelsrecept. Enligt Kallings (2011) gjordes detta för att betona behandlingens betydelse

och för att underlätta för personal som ska förskriva FaR. Med åren har elektroniska system utvecklats och idag finns det olika blanketter som kan användas. Numera har flera regioner även utvecklat egna ordinationsblanketter (Kallings et al., 2021).

En individuellt anpassad ordination formuleras tillsammans med patienten och som stöd kan relevanta diagnoskapitel i FYSS användas. I receptet fyller man i typ, form och dos av fysisk aktivitet. Dessutom menar Kallings et al. (2021) att eventuella försiktighetsåtgärder och kontraindikationer bör inkluderas i receptet. Ordinationen kan bestå av organiserade aktiviteter eller aktiviteter som patienten utför på egen hand.

### Samverkan

FaR-metoden innebär att hälso- och sjukvården ordinerar fysisk aktivitet, som sedan utförs utanför sjukvården. På grund av detta menar Kallings (2011) att idrotts- och friskvårdsorganisationer får en betydande roll i arbetet. Hon poängterar även att de lokala förutsättningarna varierar i Sverige, vilket resulterar i att det inte finns ett exakt koncept som kan användas i hela landet. Istället anpassas FaR-verksamheten utifrån förhållanden i de aktuella regionerna.

### Uppföljning

Uppföljning är den femte och sista beståndsdel i FaR-metoden. Enligt lag ska behandling inom hälso- och sjukvård följas upp och detta gäller även vid ordination av fysisk aktivitet (Hälso- och sjukvårdslag, 1982; Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, 2005, refererade i Kallings, 2011). Därtill har rådgivning med uppföljning visat sig leda till större ökning av fysisk aktivitet jämfört med rådgivning som utförs utan någon uppföljning (SBU, 2007). Enligt Kallings (2011) har man i FaR-arbetet konstaterat att uppföljning kan resultera i att ordinationen får en större betydelse för patienten. Vidare menar hon att det även är viktigt för att se om ordinationen behöver justeras eller kompletteras med någon annan behandlingsform samt för att se om aktivitetsformen fungerar. Dessutom har patienter upplevt att motivationen höjs när de vet att någon kommer att följa upp och fråga hur det går.

## 2 Kunskapsöversikt

### 2.1 Studier om den svenska FaR-modellen

Under år 2001-2003 genomfördes en pilotstudie där Kallings et al. (2008) undersökte genomförbarhet av Fysisk aktivitet på recept samt dess effekter på fysisk aktivitetsnivå och livskvalitet efter sex månader i en rutinmässig klinisk miljö. Tretton hälsovårdsenheter i Sverige deltog och dessa var geografiskt utspridda. Studiepopulationen bestod av 481 patienter som hade fått Fysisk aktivitet på recept utskrivet vid någon av hälsovårdsenheterna. Data samlades in prospektivt under tolv månader mellan år 2001 och 2002. Patienterna besvarade frågeformulär vid baslinjeundersökningen och vid uppföljningen efter sex månader. Det fanns data för 298 patienter (62 %) vid sex månaders uppföljningen. Det var främst fysioterapeuter (37 %) och läkare (37 %) som förskrev Fysisk aktivitet på recept. Enligt Kallings et al. (2008) skedde en signifikant ökning av patientbeteendet gällande att ha en mer fysiskt aktiv livsstil. Detta mättes i form av självrapporterad fysisk aktivitet och beredskap till förändring. Dessutom kunde en ökning i självrapporterad livskvalitet ses. Enligt Kallings et al. (2008) tyder detta på att behandling med FaR kan vara lämplig inom primärvården för att främja en fysiskt aktiv livsstil. Efter detta har flera studier genomförts för att vetenskapligt utvärdera metoden och dess effekter. Här nedan behandlas några av dessa.

Onerup et al. (2019) utförde en systematisk litteraturgenomgång för att utvärdera de vetenskapliga bevisen som finns gällande den svenska FaR-modellens effektivitet. Deras huvudsakliga syfte var att avgöra om Fysisk aktivitet på recept, enligt den svenska FaR-metoden, ökade den fysiska aktiviteten jämfört med om man inte fick Fysisk aktivitet på recept. Nio artiklar inkluderades i genomgången, varav fem randomiserade kontrollerade studier och en kohortstudie rapporterade effekten på den fysiska aktivitetsnivån. Kohortstudien och tre av de randomiserade kontrollerade studierna visade positiva resultat. Ingen av studierna visade negativa resultat. Enligt Onerup et al. (2019) finns det vetenskapligt stöd för den svenska FaR-metoden och dess effekt på en ökning av fysisk aktivitet bland otillräckligt fysiskt aktiva patienter.

Fysisk aktivitet på recept kan användas både för personer som är inaktiva och för personer som är delvis aktiva, men som inte når upp till rekommendationerna. Detta är något som Lundqvist et al. (2019) konstaterade när de studerade vilka patienter i primärvården som mest sannolikt

kommer att ha nytta av en FaR-intervention. Deltagarna (N = 444) var fysiskt inaktiva och hade metaboliska riskfaktorer. Vid uppföljningen sex månader efter ordinationen testades 368 av deltagarna på nytt. En viss ökning av den fysiska aktivitetsnivån kunde ses hos 73 % av dessa patienter. Dessutom var det 42 % av patienterna som hade gått från att vara otillräckligt fysiskt aktiva till att nå de nationella rekommendationerna om fysisk aktivitet. De kunde även se att andelen patienter som rörde sig minst vid baslinjeundersökningen ökade sin fysiska aktivitetsnivå i en större utsträckning, vilket innebär att de kan ha störst nytta av fysisk aktivitet på recept.

Via forskning har man sett att många patienter som fått FaR följer ordinationen i upp till två år efter att de har fått den. Detta är något som bland annat Lundqvist et al. (2020) har påvisat. De genomförde en randomiserad kontrollerad studie med patienter som var otillräckligt fysiskt aktiva och som inte hade ökat sin fysiska aktivitetsnivå efter en tidigare FaR-behandling under sex månader. Deltagarna indelades i två olika grupper, varav en med fortsatt vanlig FaR-behandling och en med utökat stöd. Efter en utvärdering av en tvåårig intervention med FaR kunde de se en förbättring i fysisk aktivitetsnivå, metabolisk hälsa och hälsorelaterad livskvalitet bland deltagarna. Däremot sågs ingen signifikant skillnad mellan de två grupperna. Även Rödger et al. (2016) har studerat patienters aktivitetsnivå efter att de har fått en FaR-ordination. Forskarna kunde se en signifikant ökning av självrapporterad fysisk aktivitet i uppföljningar vid sex och tolv månader efter att patienter hade fått ordinationen.

Som tidigare har nämnts kan behandling med FaR användas vid olika sjukdomstillstånd. Trots att patienter har förväntat sig en annan form av behandling, kan erbjudande av behandling med FaR upplevas positivt. Joelsson et al. (2020) har undersökt upplevelsen av långvarig behandling med Fysisk aktivitet på recept bland fysiskt inaktiva patienter med metaboliska riskfaktorer. I intervjuerna framkom att patienter hade förväntat sig farmakologisk behandling när de kom i kontakt med vården, vilket innebar att ett erbjudande av FaR-behandling ofta kom som en överraskning. Patienter kunde uppleva detta även om de hade hört talas om eventuella hälsoeffekter av fysisk aktivitet och om de själva hade tidigare erfarenhet av dessa effekter. Däremot menar Joelsson et al. (2020) att FaR kunde fungera som en motivator för att öka den fysiska aktivitetsnivån vid en nyupptäckt metabolisk riskfaktor.

## ***2.2 Nationell utvärdering av receptförskrivnen fysisk aktivitet***

År 2010 publicerades en nationell utvärdering om FaR (Nilsson, 2010). Statens folkhälsoinstitut fick i uppdrag av regeringen att genomföra utvärderingen och täcka in alla steg inom FaR, vilket innebär från förskrivning av recept, utförande av aktivitet och fram till uppföljningen med den som förskrev receptet. Enligt Nilsson (2010) består utvärderingen av tre sammanställda rapporter. Två av dessa behandlar landstingens utbud av aktiviteter samt primärvårdens tillämpning av FaR och fördelning av ansvar mellan aktörer. Den tredje och sista rapporten behandlar FaR-patienters följsamhet till recepten.

Utvärderingen landar i att det behövs insatser och stöd på flera områden inom metoden FaR. Enligt Nilsson (2010) var det enbart cirka 50 % av de inom primärvården som svarade att det var rutin att använda vardera moment i FaR vid förskrivning av fysisk aktivitet. För att öka förskrivningarnas effektivitet bör de som förskriver FaR få mer utbildning gällande både motiverande samtal och FaR. En av respondenterna i rapporten menar även att FaR behöver implementeras i läkarutbildningarna då metoden anses relevant och har börjat användas mer i hälso- och sjukvården.

I utvärderingen fick respondenterna från primärvården även svara på vad de anser att behövs för att utveckla förskrivningen av fysisk aktivitet i sjukdomsprevention samt i hälsofrämjande och behandlande syfte. Det var 48 % som pekade på behov av ökat kunskapsstöd, 39 % såg behov av enhetliga system för uppföljning av FaR, 37 % såg ett behov av ökad implementeringstid och 28 % såg behov av lokalt samordnad funktion (N = 236). En synpunkt som togs upp av en respondent var önskan om att fler skulle våga använda FaR-metoden vid rekommenderade diagnoser innan förskrivning av läkemedel. Dessutom ansåg respondenten att information, samarbete mellan läkare och tilltro till behandlingen behövde öka. Många av landstingen i Sverige erbjuder utbildning i FaR, MI och FYSS och enligt respondenterna i primärvården (N = 270) säger 68 % att de har fått ta del av utbildningen och då inkluderat alla på arbetsplatsen. En annan fråga i enkäten berörde längden på utbildningarna för FaR, MI och FYSS där det vanligaste förekommande svaret var halvdagar för utbildning gällande FaR och FYSS. Det var stor skillnad på hur utbildningarna arrangerades i de olika landstingen.

Rapporten inkluderade även FaR-samordnare i landstingen och de fick svara på en fråga gällande vilka hinder de såg i arbetet med FaR. En respondent svarade: "Läkarna är svåra att

nå och motivera samt få dem att förskriva recept på fysisk aktivitet. De som redan är fysiskt aktiva och har ett intresse för frågan är oftast med på 'tåget'" (Nilsson, 2010, s.18).

### ***2.3 Studier om rådgivning gällande fysisk aktivitet***

I befolkningsundersökningar har man ställt attitydfrågor kopplade till levnadsvanor. Resultat från Vårdbarometern (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014) visar att personer överlag är positivt inställda till att hälso- och sjukvård ska erbjuda stöd för att ändra levnadsvanor, istället för läkemedelsbehandling, om det kan ge likvärdig effekt. Kantar Sifos enkätundersökning, med godkännande av Socialstyrelsen, visar även att många vill ge information om sina levnadsvanor för att få rätt vård och behandling (Socialstyrelsen, 2016).

Studier om rådgivning gällande fysisk aktivitet har utförts i olika länder. På grund av detta används varierande termer i studierna, såsom "exercise prescription", "recommending physical activity" och "physical activity on prescription". Därmed är det svårt att enbart diskutera forskning kring den svenska FaR-metoden.

I Kanada har det utförts flera studier om ordination av eller rådgivning om fysisk aktivitet. I dessa har både attityder och kunskap studerats. Vallance et al. (2009) undersökte hur viktigt läkarstudenter anser att det är med patientcentrerad ordination av fysisk aktivitet på recept samt deras självupplevda kompetens för att ordinera detta. Datainsamlingen utfördes med hjälp av en webbaserad undersökning. Det var 246 studenter från två kanadensiska universitet som besvarade enkäten. Respondenterna ansåg att det var viktigt med patientcentrerad fysisk aktivitet på recept. De studenter som nådde upp till de nationella rekommendationerna om fysisk aktivitet upplevde sig ha signifikant högre kunskap än de som inte nådde dem. Däremot uppgav respondenterna generellt att de hade endast måttlig självupplevd kunskap och färdighet relaterad till ordination av fysisk aktivitet. Detta kan tyda på att läkarstudenter eventuellt inte är tillräckligt förberedda för att ge ut patientcentrerad fysisk aktivitet på recept (Vallance et al., 2009).

Solmundson et al. (2016) har studerat betydelsen av träning på recept ("exercise prescription") och självrapporterad kompetens att förskriva detta som prevention. Detta gjordes i en online-undersökning bland nyutexaminerade läkarstudenter i Kanada som jobbar inom familjemedicin. I den slutgiltiga analysen inkluderades 294 respondenter och 95,6 % av dessa ansåg att det är viktigt med träning på recept i deras framtida arbete. Däremot uppgav de att de



inte hade tillräcklig kunskap om hur man använder och förskriver träning på recept (EP). Dessutom var det 91 % av respondenterna som önskade mer utbildning om det. Detta är något som Solmundson et al. (2016) menar att bör beaktas vid utveckling av utbildningarna.

McFadden et al. (2019) undersökte kanadensiska läkarstudenter och deras motivation, självförtroende och frekvens gällande rekommendation av fysisk aktivitet. Läkarstudenter i årskurs ett till fyra rekryterades vid tre olika universitet. Studenterna (N = 221) visade motivation för att rekommendera fysisk aktivitet. Däremot verkade det finnas brist på kunskap om och självförtroende för att kunna bedöma, ge råd om och förskriva fysisk aktivitet samt att remittera patienter vidare. McFadden et al. (2019) menar att detta poängterar ett behov av ökad undervisning om fysisk aktivitet under läkarutbildningen, eftersom detta eventuellt skulle kunna ge studenterna ökat självförtroende att rekommendera fysisk aktivitet. De menar att detta i sin tur skulle kunna öka antalet rekommendationer om fysisk aktivitet.

Utifrån inhämtad data om de kanadensiska läkarstudenterna ville McFadden et al. (2020) studera hur motivation till och självförtroende för att rekommendera fysisk aktivitet till framtida patienter skiljer sig åt enligt olika demografiska variabler. Fokus lades på de sex demografiska variablerna kön, etnicitet, utbildningsår, universitet, föreslagen specialisering och akademisk bakgrund. Resultaten från tvärsnittsstudien visar att det kan finnas skillnader i motivation beroende på kön, akademisk bakgrund och vilket år de studerande går på läkarprogrammet. Kvinnliga respondenter rapporterade en signifikant högre motivation till rådgivning och remittering jämfört med manliga respondenter. Skillnader i självförtroende kunde ses vid olika universitet, specialisering och akademiska bakgrunder. McFadden et al. (2020) menar att dessa resultat kan användas för att veta var man bör lägga fokus för att flera läkare ska ordinera fysisk aktivitet.

I Sverige har man studerat synen på Fysisk aktivitet på recept samt rådgivning om hälsosamma levnadsvanor bland personal inom hälso- och sjukvården. Gustavsson et al. (2018) undersökte vårdpersonalens syn på upplevda möjligheter, barriärer och krav för att ett införande av Fysisk aktivitet på recept i primärvården ska bli framgångsrikt. Semistrukturerade intervjuer utfördes med tio personer som arbetar inom lokal och central ledning samt med åtta personer som arbetar i primärvård vid två regionala vårdorganisationer. Efter intervjuerna utfördes en kvalitativ innehållsanalys. Ett övergripande tema angående vad som krävs för en framgångsrik implementering av FaR-metoden, kunde identifieras. Detta tema var behov av kunskap och

organisationsstöd. Flera av de tillfrågade ville använda FaR, men de ansåg att de inte hade tillräcklig kompetens om hälsofrämjande undersökningar och rådgivning, alternativt att de var obekanta med att kommunicera om hälsosamma beteenden. Det framkom även en begränsad kunskap om FaR-metodens olika beståndsdelar samt hur dessa ska användas i det kliniska arbetet. Det var framför allt läkare som upplevde brist på tid och expertis angående FaR. Läkarna uttryckte även ett behov av samarbete med exempelvis en fysioterapeut.

Persson et al. (2013) studerade allmänläkarnas syn på ordination av fysisk aktivitet. De utförde tre intervjuer med fokusgrupper, som bestod av femton allmänläkare i södra Sverige. Efter transkribering och en kvalitativ innehållsanalys presenterades resultaten i fyra kategorier. Två av dessa handlade om att det är svårt att ändra attityd på grund av tradition och att det finns ett behov av delat ansvar med andra yrkesgrupper. De andra två kategorierna handlade om att det finns tvivel om Fysisk aktivitet på recept samt en brist på tydliga riktlinjer och procedurer. Enligt Persson et al. (2013) uppgav de intervjuade att de pratar om betydelsen av ökad fysisk aktivitet med sina patienter. Däremot förskriver de inte fysisk aktivitet som en behandling. Allmänläkarna anser att det är onödigt och om det ska användas bör någon annan inom hälso- och sjukvården ta ansvar för det. Enligt Persson et al. (2013) finns en osäkerhet kring metoden Fysisk aktivitet på recept eftersom läkare får mindre utbildning om icke-farmaceutiska metoder. De intervjuade poängterade att det finns ett behov av att skapa rutiner och arrangemang för att metoden ska få större trovärdighet och blir mer använd av allmänläkare.

Ek et al. (2021) studerade hälso- och sjukvårdspersonalens attityd till främjande av hälsosamma levnadsvanor samt hur det ser ut i det kliniska arbetet. I tvärsnittsstudien deltog 251 vårdarbetare från två sjukhus i Stockholm. Majoriteten av de tillfrågade ansåg att det är väldigt viktigt att främja hälsosamma levnadsvanor, både generellt sett och i deras egna arbete. Trots det var det få som rapporterade att de rutinmässigt ställer frågor eller ger råd om levnadsvanor. Därmed kunde en skillnad ses mellan personalens uttryckta betydelse för främjande av hälsosamma levnadsvanor och vad som görs i praktiken.

Det finns tidigare kandidatuppsatser som har tittat på Fysisk aktivitet på recept och läkarstudenter. Ahlin och Andersson (2007) undersökte attityden till FaR bland studenter på sista terminen vid läkar-, sjuksköterske-, sjukgymnast- och arbetsterapeutprogrammet. De undersökte även om utbildningarna har gett förutsättningar för att kunna använda metoden i deras framtida arbete. Detta utfördes med en enkätundersökning som riktades till två lärosäten

i Skåne län. Studenterna visade en positiv attityd till FaR, men studien gav ingen enad bild av utbildningarnas innehåll. Ungefär hälften av läkarstudenterna (52 %, N = 33) uppgav att de under utbildningen har kommit i kontakt med FaR. Angående metoder om hur de kan arbeta med fysisk aktivitet i sjukdomsförebyggande syfte, uppgav 49 % av läkarstudenterna att det hade ingått i utbildningen. Vad gäller metoder för arbete med fysisk aktivitet i sjukdomsbehandlande syfte uppgav 39 % av läkarstudenterna att det hade ingått i utbildningen.

Bohlin och Engborg (2012) genomförde en kvalitativ studie med sex programansvariga för läkarprogrammet vid sex av sju svenska läkarutbildningar. Dessutom intervjuades en fokusgrupp bestående av fyra studenter vid Karolinska institutet. Mängden utbildning om FaR varierade mellan de olika utbildningarna i landet. De intervjuade uppgav att de har fått kunskap om fysisk aktivitet och vilka effekter detta kan ha på hälsan. Däremot ansåg de sig sakna kunskap om hur de ska kommunicera med patienter om detta.

Broberg och Larsson (2016) undersökte förekomst av och inställning till FaR bland läkare och läkarstudenter. Enkäter fick fyllas i av läkare på två avdelningar vid Akademiska sjukhuset och läkarstudenter på termin 7-9 vid Uppsala universitet. Den största delen av respondenterna ansåg att FaR är viktigt i preventivt arbete. Däremot ansåg de att det finns ett behov av mer utbildning om FaR.

Således har de tidigare kandidatuppsatserna visat en positiv inställning, men brist på kunskap om FaR-metoden och hur den används (Ahlin & Andersson, 2007; Bohlin & Engborg, 2012; Broberg & Larsson, 2016). Därmed kan det vara intressant att se hur situationen bland läkarstudenter runtom i Sverige ser ut idag.

Sammanfattningsvis tyder tidigare forskning på att vårdpersonal överlag har en positiv inställning till ordination av fysisk aktivitet samt rådgivning gällande fysisk aktivitet och hälsosamma levnadsvanor. Denna inställning kan även ses bland läkarstudenter samt befolkningen överlag. Däremot verkar det finnas en brist på kunskap gällande rådgivning av fysisk aktivitet och den svenska FaR-metoden.

## ***2.4 Beskrivning av problemområde***

Hälso- och sjukvårdspersonal möter årligen en stor andel av befolkningen. Detta, i kombination med att vården enligt lag ska jobba hälsofrämjande, lägger grunden för deras möjlighet att jobba

med främjandet av patienters fysiska aktivitet (Kallings, 2011). Arbetet kan till exempel baseras på den svenska FaR-metoden.

Som läkare får man förskriva FaR, men för att kunna göra det krävs det att man bland annat har kunskap om metoden (Kallings, 2011). Läkares kunskap om och inställning till ordination av fysisk aktivitet kan därför anses vara avgörande för om de kommer att använda sig av FaR-metoden i förebyggande och behandlande syfte. De som studerar till läkare är framtidens läkarkår och därför är det relevant att studera deras kunskap om och inställning till FaR.

Några tidigare kandidatuppsatser har skrivit om läkarstudenter och den svenska FaR-metoden. Däremot har de haft olika studiedesigner och geografiska avgränsningar sett till urvalet. Utöver dessa är det, utifrån den litteratursökning som har gjorts, få eller inga tidigare studier som har riktat sig till läkarstudenter angående den svenska FaR-metoden. Således vill vi nå ut till läkarstudenter runtom i Sverige för att få en generell bild av deras självupplevda kunskap om och inställning till FaR.

### **3 Syfte och frågeställningar**

Syftet med studien var att undersöka kunskapsläget gällande arbetsmetoden *Fysisk aktivitet på recept* bland läkarstudenter vid svenska universitet. Därtill var syftet att undersöka läkarstudenters inställning till *Fysisk aktivitet på recept*. Frågeställningarna var följande:

- Hur ser kunskapsläget ut bland läkarstudenter i Sverige gällande *Fysisk aktivitet på recept*?
- Vilken inställning har läkarstudenter i Sverige till *Fysisk aktivitet på recept*?
- Finns det några skillnader i läkarstudenters självupplevda kunskap om och inställning till *Fysisk aktivitet på recept* beroende på kön, ålder, termin, universitet och egen fysisk aktivitetsnivå?

## 4 Metod

### 4.1 Metodval

En kvantitativ metod med tvärsnittsdesign valdes då syftet med studien var att kunna kartlägga en större grupps självupplevda kunskaper och attityder (Hassmén & Hassmén, 2008). Vid tvärsnittsundersökningar, där syftet är att studera en population vid ett specifikt tillfälle, används framför allt frågeformulär eller strukturerade intervjuer. Enkäter är ett kostnadseffektivt instrument som kan användas då man har begränsad tid för att utföra studien samt när man vill nå ut till en bred målgrupp (Ejlertsson, 2014). Med enkätundersökningar kan man även täcka in ett större geografiskt område och behöver inte ta sig till de olika platserna på egen hand. I studien användes webbenkäter, vilket ger respondenterna möjlighet att besvara frågorna när de vill och i egen takt. Vid intervjuer kan respondenter påverkas av intervjuarens sätt att ställa frågor och följdfrågor. Enkäter kan utformas så att alla frågeformuleringar och svarsalternativ presenteras på samma sätt för alla respondenter. Därmed elimineras intervjuareffekten vid användandet av enkäter (Ejlertsson, 2014).

### 4.2 Urval

Som tidigare har nämnts är läkarkåren en av de yrkesgrupper som får förskriva FaR (Kallings, 2011). De har en stor påverkan på individers behandlingsplan och i beslutet gällande typ av behandling. Därför är det relevant att studera framtida läkares kunskap om och inställning till FaR.

Studien riktade sig till sex av sju svenska lärosäten som erbjuder en läkarutbildning. Dessa lärosäten var universiteten i Göteborg, Linköping, Lund, Uppsala, Umeå och Örebro. Karolinska institutet ingick inte i studien eftersom kontakt inte kunde upprättas. Mer specifikt var studien riktad till läkarstudenter på termin 3-11 oavsett deras kön och ålder. Studenter som går termin 1-2 ingick inte i studien, eftersom de är relativt nya på programmet och eventuellt inte har fått ta del av programmets kurser som berör det aktuella ämnet. Dessutom introducerades det nya sexåriga läkarprogrammet under hösten 2021, vilket har medfört varierande förändringar i universitetens läroplaner.

### ***4.3 Datainsamlingsmetod***

Enkäten byggde på kunskaps- och inställningsfrågor med slutna svarsalternativ. Dessutom ställdes bakgrundsfrågor angående deltagarnas kön, födelseår, utbildningsort, termin och fysiska aktivitetsnivå.

Enkäten utformades med en inledande informationsdel (bilaga 2). Detta gjordes för att säkerställa att alla deltagare kunde ta del av informationen om studien, men även för att belysa vikten av deras medverkan och motivera dem till att delta. Ejlertsson (2014) menar att detta kan öka svarsfrekvensen. Enkäten var sedan uppdelad i tre olika delar med huvudsakligen slutna svarsalternativ.

I den första delen skulle respondenterna svara på bakgrundsfrågor gällande deras kön, ålder, universitet, termin på läkarprogrammet samt deras fysiska aktivitetsnivå. För att undersöka deras fysiska aktivitetsnivå ställdes två frågor, varav en av dem berörde deras nivå av fysisk träning per vecka och den andra deras nivå av vardagsmotion per vecka (Olsson et al., 2016).

Den andra delen av enkäten bestod av sju frågor angående deras kunskap om FaR. Frågorna utformades på olika sätt för att både täcka in deras självupplevda kunskap kring metoden i allmänhet och metodens specifika beståndsdelar. Dessutom ställdes frågor om FaR kan användas i förebyggande och behandlande syfte vid några utvalda sjukdomstillstånd samt om de vet var de kan hitta stöd för rätt ordinerings av fysisk aktivitet. Dessa frågor hade mellan tre och fyra fasta svarsalternativ. För de som upplevde sig ha kunskap om FaR-metoden fanns även en fråga angående var de har lärt sig om metoden.

Den tredje och sista delen av enkäten bestod av sex frågor om deras inställning till FaR. Dessa frågor hade fyra svarsalternativ vardera som gick från mycket intresserad till inte intresserad, positiv till negativ samt från i hög grad till i låg grad. De specifika frågorna och svarsalternativen kan ses i bilaga 3.

### ***4.4 Tillvägagångssätt***

För att nå ut till målgruppen var första steget att försöka få kontakt med programledare för läkarprogrammen eller med individer på liknande positioner. Detta gjordes främst på grund av att de besitter möjligheten att nå ut till alla studenter på termin 3-11 och eventuellt kan anses ha

en större auktoritet, vilket vi som uppsatsförfattare anser att kan påverka svarsfrekvensen. Dessutom har de möjligheten att skicka ut ett mail och förvarna studenterna om att enkäten kommer att skickas ut. Detta är något som specifikt i skolstudier har visat sig kunna påverka svarsfrekvensen positivt (Ejlertsson, 2014). Göteborg svarade relativt snabbt och vi fick kontakt med en utbildningshandläggare. Resterande universitet föreslog att vi skulle kontakta medicinska utbildningsråd eller kårstyrelser. Medicinska utbildningsrådet vid Lunds universitet godkände enkätutskick till studenterna via sociala medier och kursombud. Efter att ha varit i kontakt med flera personer vid Uppsala, Örebro, Linköping och Umeå universitet, etablerades kontakt med administratörer för läkarprogrammets Facebook-grupper.

Före enkäten skickades ut till målgruppen genomfördes en pilotstudie. Pilotgruppen bestod av två underläkare, två nyexaminerade sjuksköterskor och två individer med yrken utanför vården. I gruppen fanns en variation i ålder och kön samt gällande deras kunskap om FaR. Enligt Ejlertsson (2014) är det relevant att utföra en pilotstudie med personer som liknar enkätens målgrupp. I studiens målgrupp kan det finnas en variation gällande kön, ålder och kunskap om FaR. Därför ansågs det vara relevant att detta även skulle gälla för pilotgruppen. Deltagarna i pilotstudien besvarade frågeformuläret och fick sedan ge muntlig eller skriftlig återkoppling. Detta resulterade i några korrigeringar av enkätfrågorna.

I alla Facebook-grupper publicerades ett inlägg med information om studien och länk till enkäten (bilaga 4). Ett mail med information om studien skickades till kontaktpersonen vid Göteborgs universitet och hen vidarebefordrade sedan mailet till studenterna (bilaga 5). Ett mail skickades även till det Medicinska utbildningsrådet vid Lunds universitet och enkäten delades via utbildningsrådets sociala medier. Datainsamlingen pågick från femte januari till sjätte februari år 2022. Enkäten skickades ut när kontakt hade etablerats med de enskilda universiteten. Det sista utskicksdatumet var sjuttonde januari 2022. Enligt Ejlertsson (2014) kan påminnelsemeddelanden ha en positiv effekt på svarsfrekvensen. Därför publicerades en påminnelse om att besvara formuläret 2-3 veckor efter det första utskicket.

#### ***4.5 Validitet och reliabilitet***

Validitet och reliabilitet används för att undersöka säkerheten i studier (Ejlertsson, 2014). Inom det specifika området som undersöktes fanns det ingen tidigare validerad enkät som gick att använda. Därför konstruerades en ny enkät för denna studie, som på grund av begränsade resurser inte har testats för sin validitet eller reliabilitet. Vi har dock kunnat mäta validiteten till

viss del genom att kolla den logiska validiteten, som även går under beteckningarna ytvaliditet eller omedelbart upplevd validitet. Hassmén och Hassmén (2008) menar att detta räknas som en del av innehållsvaliditeten. Logisk validitet, bygger på testtagarnas subjektiva uppfattning av testet, det vill säga om testet mäter det som det ger intryck av att mäta. En pilotstudie utfördes med syftet att undersöka den logiska validiteten samt för att se om de som besvarade frågorna tolkade dem på samma sätt som konstruktörerna av frågorna.

Hassmén och Hassmén (2008) belyser ytterligare egenskaper som är av vikt för mätinstrumentets kvalitet utöver reliabilitet och validitet. De egenskaper som har tagits i beaktande för mätinstrumentet i samband med testningen var dels dess effektivitet, vilket inkluderar hur lång tid det tar att utföra testet samt att poängsätta och tyda resultatet. För att få en hög reliabilitet menar Hassmén och Hassmén (2008) att det är viktigt att flera frågor är av samma kvalitet än att de är färre i antal. Dock poängterar de att man riskerar bortfall om enkäten tar för lång tid att besvara, som i sin tur påverkar validiteten. Här är det därför viktigt med tidsaspekten, vilket togs i beaktande vid konstruktion av enkäten. Dessutom bör man informera om den ungefärliga tiden som testet kommer att ta och detta gjordes i informationen som skickades ut med enkäten. En annan viktig egenskap för kvaliteten är begriplighet, både för de som ska besvara enkäten och för de som ska läsa av den. Ytterligare en egenskap är variationsintervall, det vill säga att mätinstrumentet kan fånga både den lägsta och den högsta egenskapen som ska mätas. Detta togs i beaktande vid utformning av de fasta svarsalternativen.

Majoriteten av enkätfrågorna formulerades av uppsatsförfattarna, men några av frågorna har använts tidigare. I första delen av enkäten finns två indikatorfrågor från Socialstyrelsen gällande hur mycket tid individen lägger på fysisk träning per vecka och hur mycket tid individen lägger på vardagsmotion per vecka. Olsson et al. (2016) menar att Socialstyrelsens indikatorfrågor ligger i linje med andra vanligt förekommande frågeformulär gällande fysisk aktivitet. De pekar även på att frågorna med kategoriska svarsalternativ visar starkast validitet jämfört med öppna svarsalternativ eller där svaren kan anges i tabellform. Därför användes frågorna med kategoriska svarsalternativ i enkäten.

Vidare har två av enkätens inställningsfrågor använts från en tidigare examensuppsats om FaR (Ahlin & Andersson, 2007). Det är intressefrågorna “Hur ställer du dig till att ordinera ‘Fysisk aktivitet på recept’ i förebyggande syfte?” och “Hur ställer du dig till att ordinera ‘Fysisk



aktivitet på recept i behandlande syfte?” (Ahlin & Andersson, 2007, s.46-47). Etiska rådet vid Institutionen för Hälsovetenskaper på Högskolan Kristianstad har godkänt den tidigare enkäten.

Gällande frågorna “I vilken grad anser du att det ligger i ert uppdrag, som framtida läkare, att främja patienternas fysiska aktivitet?” och “I vilken grad anser du att det ligger i hälso- och sjukvårdens uppdrag att främja patienternas fysiska aktivitet?” togs inspiration från den första frågan i SBU:s Sjukhusenkät från delen “Metoder att främja fysisk aktivitet”. SBU utvärderar sjukvårdens metoder och deras praxisenkät användes för att kartlägga hur vedertaget det är att främja fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården (SBU, 2007).

#### **4.6 Etiska överväganden**

Enligt paragraf 2, i lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003), behövs inte etikprövning för examensarbeten inom högskoleutbildning på grundnivå och avancerad nivå. Detta gäller så länge arbetet inte görs i syfte att inhämta och förmedla kunskap, som ska ingå eller senare kan ingå i ett forskningsprojekt.

Trots att etikprövning inte krävs för examensarbeten finns det forskningsetiska regler som ska beaktas när uppsatsskrivande görs vid Gymnastik- och idrottshögskolan (2020). Reglerna som ska beaktas är följande:

- Varje uppsatsförfattare ska innan undersökningen görs noggrant tänka igenom om det finns några etiska problem förenade med studien.
- Deltagarna i studien ska erhålla en rättvisande och begriplig beskrivning av undersökningsmetoderna och undersökningens syfte.
- Deltagarna ska ha möjlighet att när som helst ställa frågor om undersökningen och få sina frågor sanningsenligt besvarade.
- Deltagarna ska upplysas om att de kan avböja att delta eller avbryta sin medverkan utan negativa följder (Gymnastik- och idrottshögskolan, 2020, s.1).

Dessa forskningsetiska regler går i princip hand i hand med de fyra huvudkraven; informationskravet, konfidentialitetskravet, nyttjandekravet samt samtyckeskravet. Dessa går gemensamt under individskyddskravet, som all forskning ska förhålla sig till (Vetenskapsrådet, 2002). Enligt informationskravet ska de individer som deltar i en studie få veta sin del i projektet, vad som gäller för deras deltagande samt informeras om att de deltar på en frivillig

basis och därmed kan avbryta när som helst. Konfidentialitetskravet anger att om studiedeltagarna lämnar personuppgifter samt känslig information ska dessa förvaras så att ingen obehörig kan komma åt dem. Nyttjandekravet handlar om att informationen som har samlats in från deltagarna enbart får användas till det ändamål som det har godkänts för och som det finns samtycke till. Det får därför inte delas med en tredje part. Samtyckeskravet innebär att studiedeltagarna själva ska få bestämma över sin medverkan och att de ska ge sitt samtycke till detta (Vetenskapsrådet, 2002).

I samband med utskicket av enkäterna fick deltagarna information om syftet med studien och deras rättigheter. För att säkerställa att deltagarna som svarade på enkäten hade tagit del av informationen fick de fylla i en obligatorisk kryssruta. När de fyllde i den gav de även sitt samtycke till att medverka i studien. Alla deltagare blev informerade om att de kunde avsluta sin medverkan när som helst under studiens gång. Eftersom enkäten var anonym gavs det möjlighet att fylla i en femsiffrig kod. Det gjordes för att underlätta borttagandet av de som ville avbryta sitt deltagande. Informationen som samlades in över deltagarna innehöll inte deras personnummer eller några andra känsliga uppgifter. Den var så pass övergripande att det skulle vara svårt att kunna härleda till rätt individ. Men då datan både innehöll deras födelseår och kön samt vilken termin och universitet de gick på kan det sammanlagt fortfarande användas till att identifiera en person. För att säkra deltagarnas anonymitet samt konfidentialitetskravet om att data ska förvaras så att ingen obehörig kan komma åt den, förvarades datan i ett Excel-dokument i en hemkatalog tillhörande en av uppsatsförfattarna. Data överfördes även till statistikprogrammet SPSS, som lagrades på en av uppsatsförfattarnas datorer. Gymnastik- och idrottshögskolans forskningsetiska regler samt individskyddskravet beaktades genom att vidta ovan nämnda åtgärder.

#### ***4.7 Analys av data***

En sammanställning av inhämtad data utfördes i Microsoft Excel. Därefter överfördes all data till statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (Version 28.0.1.1), som även benämns SPSS.

Frekvenstabeller och histogram skapades för att få en överblick av den inhämtade datan samt för att se fördelningen. Vid analys av skillnader och samband motsvarade signifikansnivån  $p < 0,05$ .

### **4.7.1 Kunskapsfrågor**

Ett index med en totalpoäng för kunskapsfrågorna skapades genom att addera poängen för frågorna 1, 3 och 4. Fråga 1 respektive fråga 4 kunde ge 0-3 poäng medan delfrågorna i fråga 3 kunde ge en sammanlagd poäng mellan 0-15. Således kunde totalpoängen för kunskap motsvara 0-21 poäng för vardera respondent. Högre poäng motsvarade en högre kunskap. På grund av en skev fördelning användes medianen för kunskapsindexet. Kunskapsfrågorna i totalpoängen analyserades även deskriptivt.

Resterande kunskapsfrågor, det vill säga fråga 2, 5, 6 och 7 analyserades deskriptivt i form av antal personer och andel i procent för vardera svarsalternativ.

### **4.7.2 Inställningsfrågor**

Ett index med en totalpoäng skapades även för inställningsfrågorna. Detta gjordes genom att addera poängen för vardera inställningsfråga, det vill säga fråga 1-6. Poängen för vardera fråga var 0-3 poäng, vilket innebar att den totala poängen för inställningsfrågorna kunde motsvara mellan 0-18 poäng för vardera individ. Högre poäng motsvarade en positivare inställning. På grund av en skev fördelning användes medianen för inställningsindexet. Inställningsfrågorna analyserades även deskriptivt.

### **4.7.3 Analys av skillnader i kunskap respektive inställning**

Vid analys av skillnader i kunskap och inställning användes medianen för totalpoängen på kunskaps- respektive inställningsfrågorna. För att studera skillnader mellan olika kön, åldrar, fysiska aktivitetsnivåer, universitet och terminer utfördes icke-parametriska test för att jämföra medianerna. Om det fanns en signifikant skillnad utfördes även post hoc test. Vid dessa analyser justerades p-värden enligt Bonferroni-metoden.

Gällande åldern indelades respondenterna i två grupper, <25 år och  $\geq 25$  år. Deltagarnas fysiska aktivitetsnivå beräknades med hjälp av formeln  $2 \times \text{antal minuter på högre intensitet} + \text{antal minuter för vardagsmotion}$  (Olsson et al., 2016). Detta gav ett mått på antal aktivitetsminuter, varefter respondenterna fick varsin siffra mellan 3-19. Med användning av gränsvärdet nio delades respondenterna in i grupper för de som uppnår rekommendationerna ( $\geq 9$ ) och de som inte uppnår rekommendationerna ( $< 9$ ) om minst 150 minuter fysisk aktivitet per vecka.

#### **4.7.4 Korrelationsanalys**

En Spearman korrelationsanalys utfördes för att studera samband mellan fysisk aktivitetsnivå och kunskap respektive inställning. I analysen användes värden för deltagarnas aktivitetsminuter och totalpoängen på kunskaps- respektive inställningsfrågorna.

En korrelationsanalys utfördes även för att studera samband mellan kunskap och inställning. I analysen användes Spearmans korrelationskoefficient.

### **5 Resultat**

När svarsperioden avslutades hade 479 personer besvarat enkäten. Vid resultat-sammanställningen exkluderades två respondenter som hade svarat att de studerade vid Karolinska universitet, eftersom lärosätet inte ingick i studien. Därmed var antalet respondenter 477 efter exkluderingen. I analysen som beaktade kön exkluderades en respondent som hade svarat "Annat" eftersom det endast var en individ. När skillnader skulle studeras mellan universitet utfördes analyser både med och utan de nio deltagarna från Lund. Resultatet var detsamma vid de två analyserna, vilket bidrog till ett beslut om att inkludera deltagarna från Lund i resultatredovisningen.

Det interna bortfallet varierade på de enskilda frågorna. Ett bortfall på 51 kunde ses på enkätens enda flervalfråga, som handlade om var de har lärt sig om FaR. Utöver denna fråga översteg bortfallet aldrig mer än tre på de enskilda frågorna. Vid sammanställningen av totalpoängen för intresse och kunskap kunde ett bortfall på fem respektive två ses.

#### ***5.1 Deltagarinformation***

Resultatpresentationen följer enkätens struktur. Inledningsvis beskrivs några resultat från bakgrundsfrågorna. De resterande siffrorna och interna bortfall för frågorna kan ses i tabell 1.

Av de 477 som inkluderades i analysen var 78,8 % kvinnor, 31 % män och 0,2 % svarade "Annat". Medianålder var 25, men den yngsta deltagaren uppgav sig vara 21 år och den äldsta 51 år. Angående termin på läkarprogrammet var det flest respondenter från termin sex (N = 72) och det lägsta antalet respondenter uppgav att de studerade på termin 3 (N = 32). Majoriteten av deltagarna studerade vid universiteten i Göteborg (N = 117), Uppsala (N = 107) och Umeå (N = 107), medan det var minst antal deltagare från Lunds universitet (N = 9).

Vid beräkning av aktivitetsminuter var det 92 % av deltagarna som uppfyllde de nationella rekommendationerna för fysisk aktivitet.

**Tabell 1** Bakgrundsinformation om studiedeltagarna.

<i>Bakgrundsinformation</i>		
	Antal (N)	Andel (%)
<b>Ålder <sup>a</sup></b>		
<25	219	46,1
≥25	256	53,9
<b>Kön</b>		
Kvinna	328	68,8
Man	148	31
Annat	1	0,2
<b>Universitet <sup>a</sup></b>		
Göteborg	117	24,6
Linköping	67	14,1
Lund	9	1,9
Umeå	107	22,5
Uppsala	107	22,5
Örebro	68	14,3
<b>Termin</b>		
T3	32	6,7
T4	38	8
T5	64	13,4
T6	72	15,1
T7	47	9,9
T8	63	13,2
T9	42	8,8
T10	63	13,2
T11	56	11,7
<b>Fa-rekommendationer <sup>a</sup></b>		
Uppfyller inte	38	8
Uppfyller	438	92

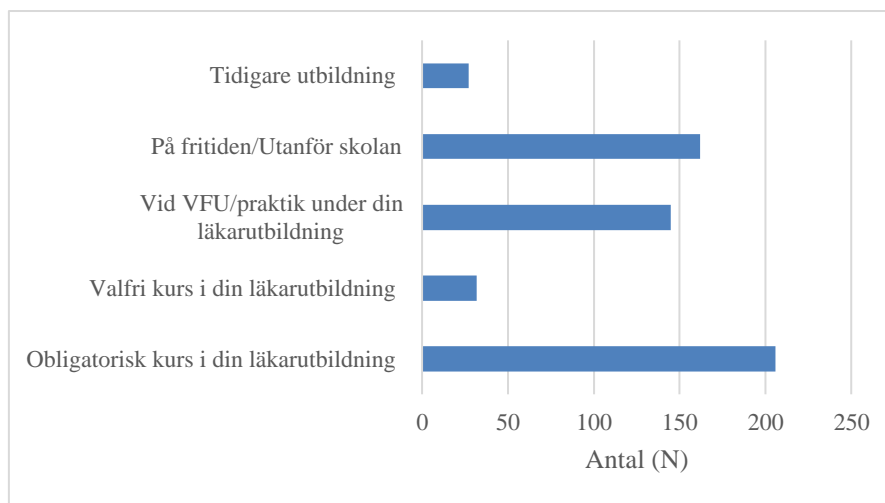
*a = Bortfall: 2 på Ålder, 2 på Universitet, 1 på Fa-rekommendation*

## **5.2 Kunskapsläget bland läkarstudenter i Sverige gällande FaR-metoden**

Inledningsvis beskrivs resultat på de deskriptiva frågorna. Därefter redovisas resultat för kunskapsindexet.

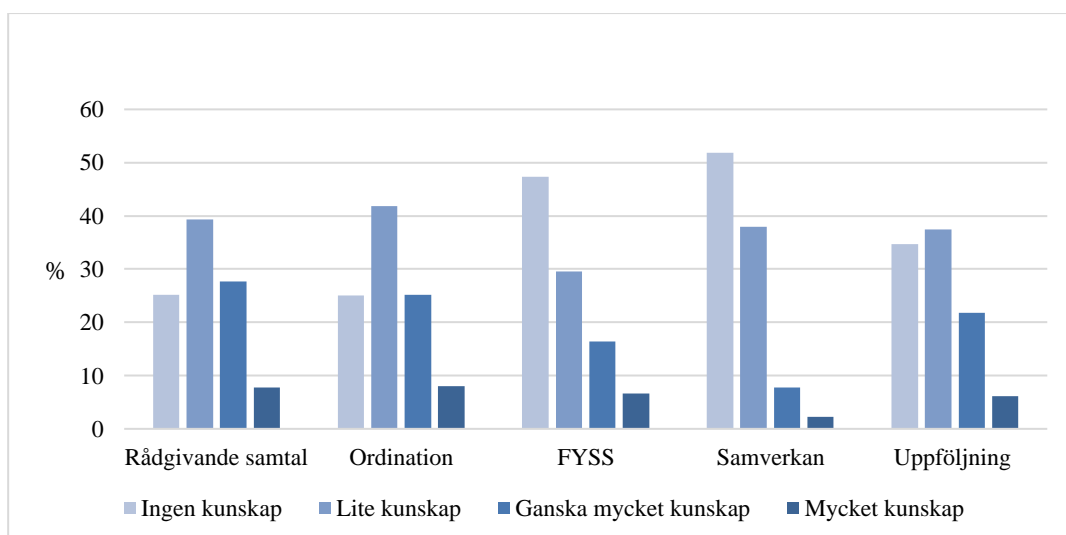
På flervalfrågan om var studenterna har lärt sig om FaR (Figur 1) svarade flest att det har ingått i en obligatorisk kurs i deras läkarutbildning (N = 206). Det var många som uppgav att de har

lärt sig om FaR på fritiden (N = 162), men endast några som svarade att de har lärt sig det i en tidigare utbildning (N = 27).



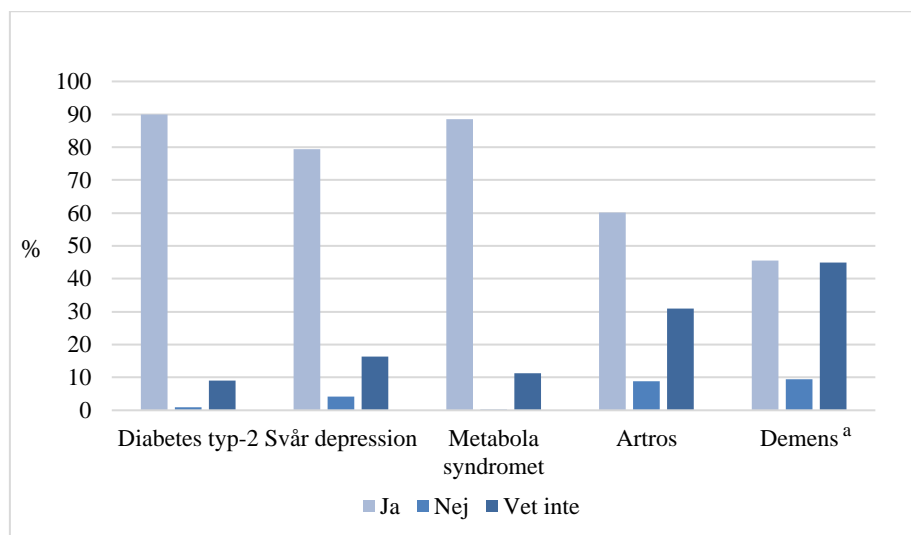
**Figur 1** Fördelning av var respondenterna har lärt sig om FaR-metoden (N = 426).

Angående frågan om beståndsdelarna i FaR-metoden (Figur 2) uppgav 39,9 % att de har lite kunskap om rådgivande samtal och 41,8 % uppgav sig ha lite kunskap om individanpassad skriftlig ordination. Gällande FYSS-boken och samverkan uppgav 47,3 % respektive 51,9 % att de inte har någon kunskap om dessa delar. Det var 37,4 % som uppgav att de hade lite kunskap om uppföljning av ordinationen. För vardera beståndsdel i FaR-metoden var det mindre än 10 % som uppgav att de har mycket kunskap.



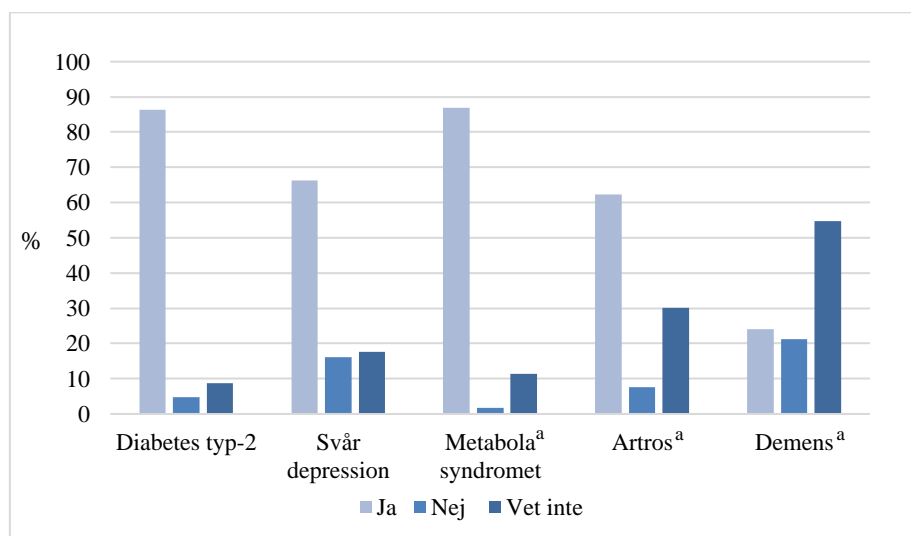
**Figur 2** FaR-metoden består av 5 olika delar. Har du kunskap om vad de olika delarna innebär? (N = 476)

På frågan om användning av FaR vid förebyggande av olika sjukdomstillstånd (Figur 3) ansåg majoriteten av respondenterna att det kan användas vid diabetes typ-2 (89,9 %), svår depression (79,5 %) och metabola syndromet (88,5 %). För artros och demens var det en mer jämlig fördelning mellan svaren ”ja” och ”vet inte”. Jämfört med de andra sjukdomstillstånden var det fler som ansåg att FaR inte kan användas vid förebyggande av artros och demens.



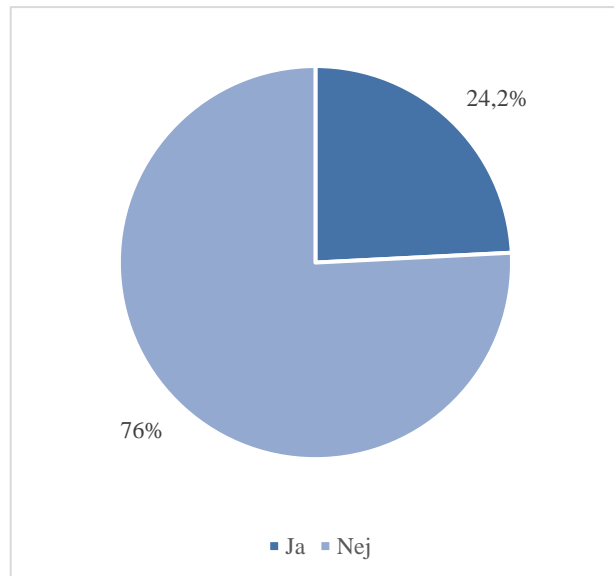
**Figur 3** ”Kan FaR användas vid Förebyggande av dessa sjukdomstillstånd?”  
*a = 1 Bortfall*

En majoritet av respondenterna uppgav att FaR kan användas vid behandling (Figur 4) av diabetes typ-2 (86,4 %), svår depression (66,2 %), metabola syndromet (86,9 %) och artros (62,3 %). Angående användning av FaR vid behandling av demens var det 24 % som uppgav att metoden kan användas medan majoriteten svarade ”vet inte” (54,7 %).



**Figur 4** ”Kan FaR användas vid Behandling av dessa sjukdomstillstånd?”  
*a = 2 Bortfall*

En majoritet av respondenterna (75,8 %) svarade att de inte vet var de kan hitta stöd för rätt ordinerings av fysisk aktivitet (Figur 5). Det var även en majoritet av respondenterna (57,4 %) som svarade att de inte vet hur man förskriver FaR (Tabell 2).



**Figur 5** "När du ska förskriva ett FaR - vet du var du hittar stöd för rätt ordinerings av fysisk aktivitet?" (N = 475)

Kunskapsfrågorna som ingick i totalpoängen kan ses i tabell 2. Indexet för dessa kunskapsfrågor motsvarade en totalpoäng mellan 0-21 poäng för vardera individ. På grund av en skev fördelning av data presenteras resultatet med ett medianvärde. Medianen för totalpoängen på kunskapsfrågorna var 7 (IQR = 8).



**Tabell 2** Kunskapsfrågor som ingår i totalpoängen.

<i>Kunskap</i>				
<b>Har du kunskap om arbetsmetoden "Fysisk aktivitet" (FaR)?</b>	Jag vet inte vad FaR är.	Jag har hört talas om FaR.	Jag vet vad FaR är, men jag vet inte hur jag ska använda metoden.	Jag vet vad FaR är och hur jag ska använda metoden.
<b>Antal (N = 476)</b>	29	135	205	107
<b>Andel (%)</b>	6,1	28,4	43,1	22,5
<b>FaR-metoden består av 5 olika delar. Har du kunskap om vad de olika delarna innebär?</b>				
<b>Rådgivande samtal.</b>	Ingen kunskap	Lite kunskap	Ganska mycket kunskap	Mycket kunskap
<b>Antal (N = 476)</b>	120	187	132	37
<b>Andel (%)</b>	25,2	39,3	27,7	7,8
<b>Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet.</b>				
<b>Antal (N = 476)</b>	119	199	120	38
<b>Andel (%)</b>	25	41,8	25,5	8
<b>FYSS-boken.</b>				
<b>Antal (N = 476)</b>	225	141	78	32
<b>Andel (%)</b>	47,3	29,6	16,4	6,7
<b>Samverkan med föreningar/aktivitetsarrangörer.</b>				
<b>Antal (N = 476)</b>	247	181	37	11
<b>Andel (%)</b>	51,9	38	7,8	2,3
<b>Uppföljning av ordination.</b>				
<b>Antal (N = 476)</b>	165	178	104	29
<b>Andel (%)</b>	34,7	37,4	21,8	6,1
<b>Har du kunskap om hur man ordinerar "Fysisk aktivitet på recept"?</b>	Vet inte hur man förskriver FaR.	Behärskar i mindre utsträckning att förskriva FaR.	Behärskar i viss utsträckning att förskriva FaR.	Behärskar helt att förskriva FaR.
<b>Antal (N = 476)</b>	273	113	86	4
<b>Andel (%)</b>	57,4	23,7	18,1	0,8

### **5.3 Inställning till FaR-metoden bland läkarstudenter i Sverige**

Indexet för inställningsfrågorna motsvarade en totalpoäng mellan 0-18 för respektive individ. På grund av en skev fördelning av data presenteras resultatet på gruppnivå med ett medianvärde på 16 (N = 472, 1QR = 4). Inställningsfrågorna presenteras i tabell 3 och här nedan redovisas några av resultaten på de enskilda frågorna deskriptivt.

En majoritet av respondenterna visade en positiv inställning till att ordinera Fysisk aktivitet på recept i både förebyggande (72,1 %) och behandlande syfte (72,7 %). Det var endast 0,6 %

som uppgav en negativ inställning till att använda Fysisk aktivitet på recept i förebyggande syfte respektive 0,4 % i behandlande syfte.

Det var även en majoritet av respondenterna som ansåg att det i hög grad ligger i deras uppdrag, som framtida läkare, att främja patienters fysiska aktivitet (62,7 %). Liknande siffror kunde även ses på frågan om i vilken grad de anser att det ligger i hälso- och sjukvårdens uppdrag att främja patienters fysiska aktivitet (I hög grad motsvarar 75,4 %).

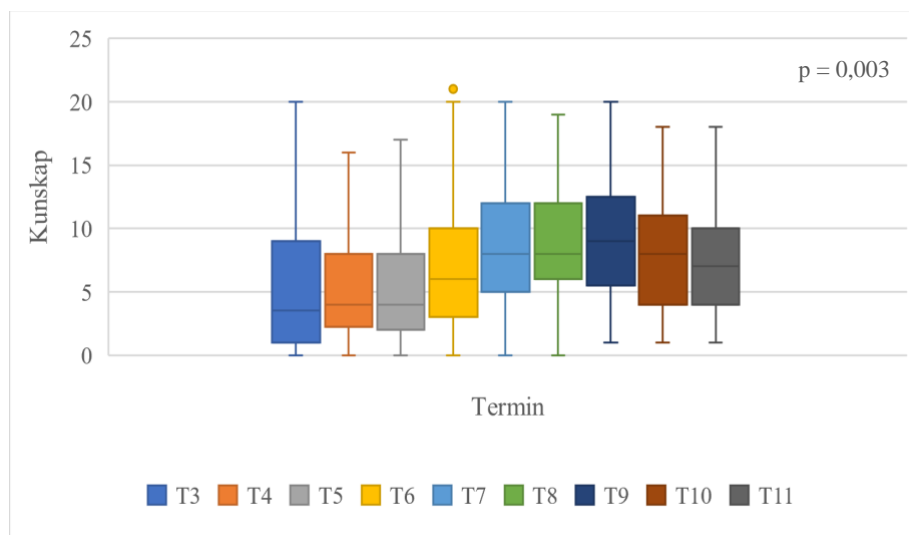
**Tabell 3** Inställningsfrågor som ingår i totalpoängen.

<i>Inställning</i>				
<b>Är du intresserad av att jobba med FaR-metoden?</b>	Inte intresserad	Lite intresserad	Ganska intresserad	Mycket intresserad
Antal (N = 476)	12	73	192	199
Andel (%)	2,5	15,3	40,3	41,8
<b>Hur ställer Du Dig till att ordinera fysisk aktivitet på recept i förebyggande syfte?</b>	Negativ	Ganska negativ	Ganska positiv	Positiv
Antal (N = 476)	3	14	116	343
Andel (%)	0,6	2,9	24,4	72,1
<b>Hur ställer Du Dig till att ordinera fysisk aktivitet på recept i Behandlande syfte?</b>	Negativ	Ganska negativ	Ganska positiv	Positiv
Antal (N = 476)	2	16	112	346
Andel (%)	0,4	3,4	23,5	72,7
<b>I vilken grad anser du att det ligger i ert uppdrag, som framtida läkare, att främja patienternas fysiska aktivitet?</b>	Inte alls	I låg grad	I viss grad	I hög grad
Antal (N = 477)	2	13	163	299
Andel (%)	0,4	2,7	34,2	62,7
<b>I vilken grad anser du att det ligger i hälso- och sjukvårdens uppdrag att främja patienternas fysiska aktivitet?</b>	Inte alls	I låg grad	I viss grad	I hög grad
Antal (N = 476)	1	8	108	359
Andel (%)	0,2	1,7	22,7	75,4
<b>I vilken grad anser du att FaR-metoden är lämplig att använda inom hälso- och sjukvården?</b>	Inte alls	I låg grad	I viss grad	I hög grad
Antal (N = 474)	0	13	133	328
Andel (%)	0	2,7	28,1	69,2

#### **5.4 Skillnader i kunskap om FaR-metoden**

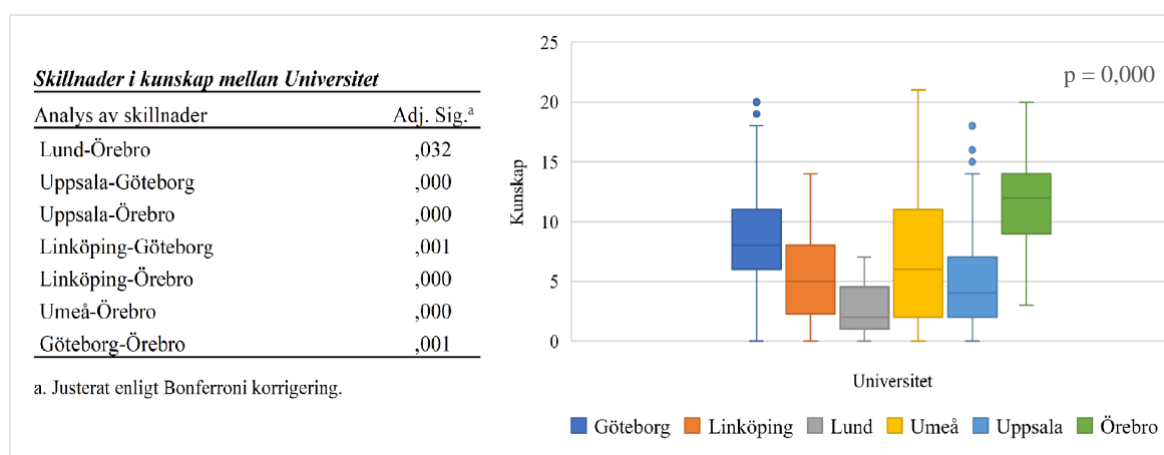
En signifikant skillnad kunde noteras för terminerna (Figur 6). En ökning av medianvärdet för kunskapsindexet kunde ses från de lägre terminerna upp till termin nio. Däremot var

medianvärdet för termin tio och elva ett respektive två steg lägre än medianvärdet för termin nio. Vid vidare analys sågs en signifikant skillnad mellan studenter på termin fem och termin åtta ( $p = 0,009$ ). Det fanns även en tendens till skillnad mellan termin fem och termin nio.



**Figur 6** Jämförelse mellan medianer för kunskap mellan de olika terminerna.

En signifikant skillnad kunde även ses för universiteten (Figur 7). Jämfört med de övriga universiteterna hade Örebro universitet det högsta medianvärdet för kunskap ( $md = 12$ ) medan Lund hade det lägsta medianvärdet ( $md = 2$ ). Post hoc test utfördes, varvid en signifikant skillnad kunde påvisas mellan Örebro och alla resterande universitet. Därtill sågs en signifikant skillnad mellan Uppsala och Göteborg samt mellan Linköping och Göteborg. De aktuella p-värdena presenteras i figur 7.

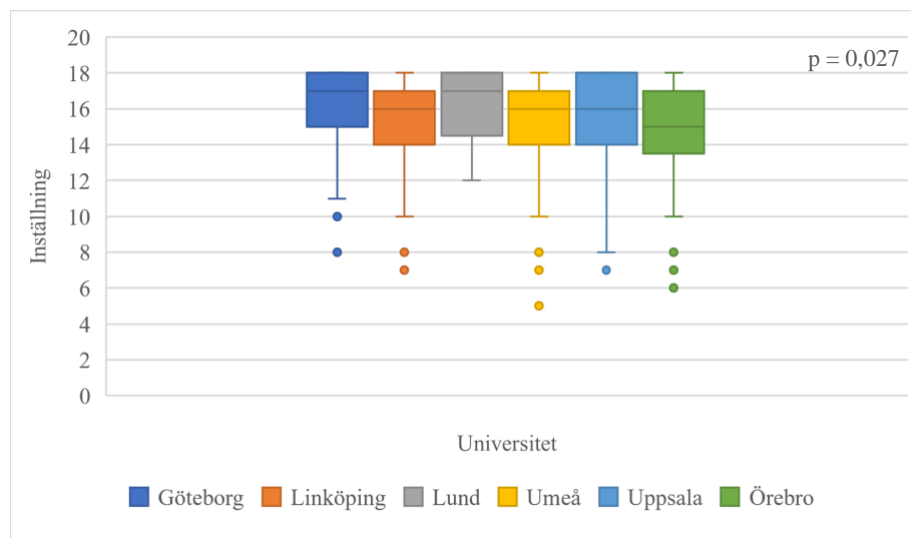


**Figur 7** Jämförelse mellan medianer för kunskap mellan de olika universiteterna och de signifikanta skillnaderna.

Det var ingen signifikant skillnad för kön ( $p = 0,551$ ), ålder ( $p = 0,25$ ) och fysisk aktivitetsnivå ( $p = 0,592$ ).

## 5.5 Skillnader i inställning till FaR-metoden

Termin tre och fyra verkade ha en mer positiv inställning, men skillnaderna var inte signifikanta för de olika terminerna ( $p = 0,708$ ). De som följde de nationella rekommendationerna för fysisk aktivitet hade en tendens till en mer positiv inställning, men även där sågs ingen signifikant skillnad ( $p = 0,244$ ). Det fanns inte heller någon skillnad mellan kön ( $p = 0,168$ ) och ålder ( $p = 0,503$ ). Däremot kunde man se det för universiteten (Figur 8), vilket bidrog till att post hoc test utfördes. Vid vidare analys kunde en signifikant skillnad noteras mellan universiteten i Göteborg och Örebro ( $p = 0,012$ ).



**Figur 8** Jämförelse mellan medianer för inställning mellan de olika universiteten

## 5.6 Korrelationsanalys

Vid korrelationsanalysen mellan index för kunskap och antal aktivitetsminuter kunde inget signifikant samband ses (Spearman's rho = 0,037,  $p = 0,425$ ).

En korrelationsanalys utfördes även mellan index för inställning och antal aktivitetsminuter varvid ett svagt positivt och signifikant samband kunde påvisas (Spearman's rho = 0,115,  $p = 0,012$ ).

Därtill studerades sambandet mellan index för kunskap och index för inställning, men inget signifikant samband noterades (Spearman's rho = 0,031,  $p = 0,503$ ).

## **6 Diskussion**

Syftet med studien var att undersöka kunskapsläget om och inställningen till Fysisk aktivitet på recept bland läkarstudenter i Sverige. Därtill var syftet att undersöka skillnader i kunskap om och inställning till Fysisk aktivitet på recept beroende på studenternas kön, ålder, termin, utbildningsort och fysisk aktivitetsnivå.

### ***6.1 Resultatdiskussion***

En hög svarsfrekvens kunde ses i direkt samband med enkätutskicket. Det var även en del som svarade under de närmaste dagarna efter utskicket, men efter det var det endast några få svar som registrerades. Vid påminnelsemeddelandet uppstod en liknande situation, det vill säga en hög svarsfrekvens under den närmaste tiden efter att meddelandet skickades ut samt en avtagande svarsfrekvens efter några dagar.

Eftersom vi nådde ut till vår målgrupp på olika sätt och saknade information om det totala antalet studenter som fick tillgång till enkäten, var det inte möjligt att göra en bortfallsanalys. Däremot kunde det interna bortfallet analyseras och generellt sett var det lågt på de enskilda enkätfrågorna. Detta kan tyda på att enkätfrågorna var väl konstruerade. Enligt Ejlertsson (2014) kan man undvika internt bortfall genom att ha ett följebrev, men även genom att ha ett bra formulerat frågeformulär. Det största interna bortfallet kunde ses på frågan om var de har lärt sig om FaR. Detta kan bero på att frågan var ställd på ett sätt som gjorde att den enbart riktades till de som upplevde sig ha kunskap om FaR. Detta var även en flervalfråga. Det fanns ingen information om det i enkäten, vilket kan ha bidragit till att respondenterna inte var medvetna om att de kunde fylla i flera svarsalternativ. Således kan de ha valt att inte besvara frågan om de upplevde att de inte kunde besluta sig för ett alternativ. Dessutom kunde ett bortfall på fem ses vid beräkning av inställningsindexet. För att inkluderas i skillnadsanalyserna behövde respondenterna ha besvarat alla frågor som indexen för kunskap och inställning baserades på. Därmed räknades respondenter som interna bortfall om de hade lämnat bort en eller flera av frågorna som ingick i indexet för kunskap respektive inställning.

Det var ett relativt jämnt deltagarantal från fem av de sex olika universiteterna som medverkade i studien. Detta är positivt då syftet var att få en generell bild av läkarstudenterna i Sverige samt att studera skillnader mellan de olika utbildningsorterna. Lunds universitet hade en betydligt lägre svarsfrekvens än de resterande universiteterna. Detta kan exempelvis bero på att studenterna

inte ville besvara enkäten alternativt att enkäten inte nådde ut till stor del av läkarstudenterna. Enligt kontaktpersonen vid medicinska utbildningsrådet publicerades enkäten på rådets sociala medier. Länken till formuläret och information om studien skickades även till kursombud per mail. Med tanke på den låga svarsfrekvensen antar vi som uppsatsförfattare att detta kan tyda på att kursombuden inte delade enkäten vidare till studenterna.

Tidigare forskning har kunnat påvisa skillnader i motivation till att rekommendera fysisk aktivitet beroende på utbildningsår (McFadden et al, 2020). Vi ville således se om det kunde finnas skillnader mellan terminer gällande självupplevd kunskap om och inställning till FaR. Därför riktade sig studien till läkarstudenter på majoriteten av programmets terminer. Deltagarantalet från de olika terminerna var relativt jämnt. Däremot skickades enkäten ut i samband med avslut och påbörjan av en ny termin. Därav kan det till viss del ge en missvisande bild av studenter på de specifika terminerna. Det var signifikanta skillnader gällande självupplevd kunskap mellan termin fem och termin åtta samt en tendens till skillnad mellan termin fem och termin nio. Respondenternas enkätsvar gällande kunskap om och inställning till FaR är något vi som uppsatsförfattare anser att kan påverkas av när och hur mycket de får lära sig om ordination av fysisk aktivitet. Dessutom kan deras svar påverkas av vad de just har läst för kurser eller vad de läser för tillfället, eftersom de vid den aktuella mätpunkten kan vara mer insatta i dessa områden.

Vid analys av totalpoängen och skapandet av ett index för kunskap, konstaterades ett medianvärde på sju för respondenterna. Detta är ett relativt lågt värde på en skala på 0-21 möjliga poäng. Däremot noterades ett medianvärde motsvarande 16 poäng (skala 0-18 poäng) för inställningsindexet. Således kunde en positiv inställning till FaR, men en lägre självupplevd kunskap om metoden ses bland läkarstudenterna. Detta stämmer överens med resultat i tidigare studier (Vallance et al., 2009; Solmundson et al., 2016). Majoriteten av respondenterna ansåg att det hör till deras uppdrag, som framtida läkare, att främja patienters fysiska aktivitet och de var positivt inställda till att använda FaR. Detta är något vi som uppsatsförfattare anser att är hoppfullt då Persson et al. (2013) tidigare har visat att allmänläkare är skeptiska till att använda metoden. Trots att resultaten tyder på en positiv inställning till FaR bland läkarstudenterna bör det poängteras att det kan uppstå olika bias i samband med enkätundersökningar. Enligt Hassmén och Hassmén (2008) är social önskvärdhet en av dessa. Social önskvärdhet innebär att respondenten har en benägenhet att medvetet eller omedvetet besvara frågorna som de tror att de bör besvaras. Det innebär även att respondenten kan svara utifrån hur de vill framstå för

andra eller för sig själv (Hassmén & Hassmén, 2008). Det är svårt att veta hur stor effekt detta har haft på de insamlade svaren, men enligt Hassmén och Hassmén (2008) kan anonymt deltagande minska risken för social önskvärdhet. Då enkäten var anonym bör svarsbias troligtvis inte ha påverkat svaren i någon större utsträckning.

Resultatet visade inte någon skillnad i självupplevd kunskap eller inställning mellan gruppen som uppnådde rekommendationerna för fysisk aktivitet och den som inte gjorde det. Detta skiljer sig från en tidigare studie av Vallance et al. (2009) där de såg att studenter som nådde de nationella rekommendationerna upplevde en signifikant högre kunskap. Resultatet i vår studie kan dock ha påverkats av att gruppen som uppnådde de nationella rekommendationerna om fysisk aktivitet var betydligt större än gruppen som inte nådde dem. Detta gjorde det svårare att studera skillnader gällande kunskap och inställning beroende på respondenternas fysiska aktivitetsnivå. Därför utfördes utöver analysen av skillnader även en korrelationsanalys mellan fysisk aktivitetsnivå, mätt i antal aktivitetsminuter, och totalpoäng för kunskap respektive inställning. Det konstaterades ingen signifikant korrelation mellan självupplevd kunskap och fysisk aktivitetsnivå. Däremot påvisades en signifikant och positiv korrelation mellan fysisk aktivitetsnivå och inställning. Trots detta konstaterande säger en korrelationsanalys ingenting om orsakssamband. Därmed kan vi inte veta om en högre fysisk aktivitetsnivå ger en förbättrad inställning till FaR eller om en mer positiv inställning till FaR gör att personer rör sig mer. Det bör även tas i beaktande att mätmetoderna som användes i studien gällande självrapporterad fysisk aktivitet har en lägre validitet än sensorbaserade mätmetoder (Hagströmer et al., 2021). Detta kan ha bidragit till att fler individer hamnade i gruppen som uppnådde de fysiska aktivitetsrekommendationerna. Det finns även en brist i frågorna om den fysiska aktivitetsnivån, eftersom det enbart frågas efter aerob fysisk aktivitet och inte styrketräning. Även detta kan ha påverkat resultatet.

Det var flera av respondenterna som uppgav att de har lärt sig om FaR i deras läkarutbildning, men vi vet inte i vilken utsträckning. I likhet med Gustavsson et al. (2018) noterades en begränsad kunskap om FaR-metodens olika beståndsdelar. Majoriteten av respondenterna svarade att de inte behärskar att förskriva FaR och liknande resultat har påvisats i tidigare studier. Vallance et al. (2009) konstaterade att läkarstudenterna hade endast måttlig självupplevd kunskap och färdighet relaterad till ordination av fysisk aktivitet medan Solmundson et al. (2016) konstaterade att läkarstudenterna inte upplevde sig ha tillräcklig kunskap om hur man använder och förskriver träning på recept (EP). Vidare var det få av

respondenterna som uppgav sig veta var de kan hitta stöd för ordinerings av fysisk aktivitet och majoriteten uppgav även att de hade låg kunskap eller ingen kunskap om vad FYSS innebär. Utifrån de registrerade svaren har vi funderat över i vilken utsträckning läkarstudenterna kommer i kontakt med FYSS under sin utbildning. Enligt Kallings (2011) bör det finnas vetenskapligt stöd för ordination av fysisk aktivitet. Dessutom poängterar hon att det är nödvändigt att ha kunskap om hur fysisk aktivitet kan användas för att behandla och förebygga olika sjukdomstillstånd. En större medvetenhet om vad FYSS är skulle kunna skapa förutsättningar för blivande läkare att använda FaR-metoden i sitt arbete.

Majoriteten av respondenterna ansåg att FaR kan användas både vid förebyggande och behandling av diabetes typ-2, svår depression och metabolt syndrom. Liknande mönster kunde ses för artros. Däremot var det färre som ansåg att metoden kunde användas i samband med demens. Detta kan bero på att respondenterna tidigare har hört mer om FaR i samband med de andra sjukdomarna. Regelbunden fysisk aktivitet är relaterad till en reducerad risk för demensutveckling (Taraldsen et al., 2021). Detsamma gäller för artros om aktiviteten utförs på måttlig intensitet (Roos et al., 2021). Vidare rekommenderas fysisk aktivitet vid dessa sjukdomstillstånd för att bland annat bromsa försämring av kognitiva funktioner och för smärtlindring (Taraldsen et al., 2021; Roos et al., 2021). Däremot kan sjukdomarna inte botas. Beroende på hur frågan har tolkats kan respondenterna vara medvetna om att det inte går att bota demens samt artros, vilket kan ha bidragit till att de uppgett en större ovisshet kring FaR-metodens användning.

I denna studie framkom inte någon signifikant skillnad mellan olika kön. Detta kan eventuellt bero på ojämnt fördelade grupper där antalet kvinnor var mer än dubbelt så stort som antalet män (N = 328 och N = 148). I tidigare online-undersökningar har en skillnad i svarsfrekvens mellan kvinnor och män konstaterats. Smith (2008) diskuterar att de kan bero på att kvinnor och män har olika värderingar, men även att de nyttjar internet på olika sätt. Enligt honom tenderar män att använda det mer till inhämtande av information och kvinnor till utbyte av information. Således tror vi som uppsatsförfattare att kvinnor kan ha svarat i större utsträckning, eftersom ifyllnad av enkät innebär att dela kunskap och inte att inhämta kunskap. Vidare funderar vi som uppsatsförfattare på om det uppstod en större empati hos de som är av samma kön som oss. Möjligtvis kan det även vara så att kvinnor var mer intresserade av att besvara frågorna om FaR och delta i studien. Dessutom kan den generella könsfördelningen på läkarprogrammen vara ojämn, men denna fördelning är något vi som uppsatsförfattare inte har



någon kännedom om. Dessa faktorer kan ha bidragit till att det var ett betydligt större antal kvinnor som besvarade enkäten.

Vidare konstaterades ingen signifikant skillnad mellan åldersgrupperna. Detta kan eventuellt bero på att åldersgrupperna indelades utifrån medianvärdet. Trots att det fanns en skillnad på 30 år mellan den yngsta och äldsta som besvarade enkäten, var majoriteten av deltagarna i åldern 21-30 år och endast några få uppgav sig vara äldre än det. Således var respondentgruppen generellt sett i ungefär samma ålder, vilket även det kan påverka resultatet vid analys av skillnader med hänsyn till deras ålder.

En signifikant korrelation kunde inte påvisas mellan kunskapsindexet och inställningsindexet. Detta tyder på att det i den aktuella studien inte fanns något samband mellan kunskapen om och inställningen till FaR. Däremot analyserades datan utifrån indexvärden och inte för alla enskilda frågor, vilket kan ha påverkat resultatet. Dessutom hade resultatet i korrelationsanalysen, som baserades på respondenternas svar, eventuellt sett annorlunda ut om en större andel av alla läkarstudenter hade besvarat enkäten.

Trots att deltagarantalet i studien var relativt jämnt fördelat mellan olika universitet och terminer bör det poängteras att det endast är en del av alla läkarstudenter i Sverige som har besvarat enkäten. När alla individer i målpopulationen inte kan inkluderas i studien uppstår risk för urvalsfel (Hassmén & Hassmén, 2008). Det går inte att utesluta att det kan finnas andra studenter som har en mer positiv eller negativ inställning till FaR samt mer eller mindre kunskap om FaR. Möjligtvis kan respondenterna representera de studenter som är mest intresserade av FaR-metoden, vilket innebär att deras kunskap om och inställning till FaR skiljer sig från de resterande studenterna som inte deltog i studien. Således kan vi inte uttala oss om kunskapsläget och inställningen till FaR i hela gruppen av läkarstudenter i Sverige.

## ***6.2 Metoddiskussion***

Eftersom datan var skev användes icke-parametrisk analys med medianvärden. Nackdelen med medianen är att den, till skillnad från det aritmetiska medelvärdet, inte tar hänsyn till varje persons värde. Däremot är inte medianen lika känslig för extremvärden och den anses vara fördelaktig vid data på ordinalnivå (Stukát, 1993).

Det finns både styrkor och svagheter med metodvalet. Webbaserad enkät är som tidigare nämnts ett bra val när syftet är att nå ut till en bred målgrupp, vilket var relevant i denna studie. Vår studie riktade sig till ett stort geografiskt område och många individer inom varje universitet. Enkäten gjorde det möjligt att studera självupplevd kunskap och inställning på en generell nivå, samt skillnader mellan variabler såsom kön, ålder och utbildning. Enkäten kunde dock inte fånga den djupare förståelsen i ämnet då den var konstruerad med enbart slutna svarsalternativ. Genom att inkludera motivering av svar och kombinera med ett visst antal intervjuer anser vi som uppsatsförfattare att man hade kunnat få en djupare förståelse samt en motivering till varför respondenterna har svarat som de har svarat. Däremot hade detta kunnat påverka det interna bortfallet då respondenterna skulle ha behövt skriva mer.

Några fördelar med enkäter är delvis att de kan utformas så att alla frågor och svarsalternativ presenteras på exakt samma sätt för alla respondenter genom standardiserade frågeformuleringar. Respondenterna kan även vara var de vill när de besvarar enkäten och de som behöver och vill kan begrunda och ta det i deras takt. Enligt Ejlertsson (2014) är det dock vanligt att respondenten fyller i enkäten fort, vilket kan vara en nackdel. En annan nackdel med att använda sig utav enkätundersökningar är att respondenten inte kan ställa eventuella följdfrågor. Under de senaste decennierna har även svarsfrekvensen på enkäter generellt minskat. Däremot kan flera av nackdelarna och risk för bortfall minskas genom att ha frågor och svarsalternativ som är väl genomarbetade och välformulerade. Ejlertsson (2014) menar att frågorna ska kännas meningsfulla i sitt sammanhang, vara väl formulerade och presenteras på ett bra sätt. Detta kunde till stor del säkerställas genom pilotgruppen. Enligt Ejlertsson (2014) bör urvalet till en pilotstudie täcka in alla de subgrupper som kommer att vara med i studien och därmed likna den blivande undersökningsgruppen i så stor utsträckning som möjligt. Pilotgruppen uppfyllde dessa krav genom att täcka in olika kön, åldrar och varierande kunskapsnivåer. Ejlertsson (2014) argumenterar för att det är viktigt att pilotgruppen återberättar hur de uppfattade och tolkade respektive fråga. Han pekar på att det bästa är att vara närvarande när pilotrespondenten svarar, vilket inte var möjligt för alla i pilotgruppen. Detta kan ses som en svaghet gällande konstruktion av enkäten. Det ska dock tas i beaktande att utöver studiepopulationen fick två forskare inom ämnet ge feedback på frågeformuläret.

Hassmén och Hassmén (2008) menar att det kan vara en nackdel att använda sig av kunskapsfrågor i enkäter, eftersom det inte går att säkerställa vem som svarat och om personen kan ämnet eller har tagit reda på det. Det är därmed svårt att veta om det är deras kunskap som

testas. Vidare menar Ejlertsson (2014) att kunskapsfrågor inte är att föredra i en webbenkät. Däremot ansågs det vara relevant att ställa några frågor om kunskap, eftersom vi som uppsatsförfattare anser att det kan påverka användandet av FaR-metoden. Att enbart fråga om läkarstudenters inställning kändes inte tillräckligt. De kan ha en positiv inställning till FaR fastän de inte vet vad metoden egentligen består av eller hur den används. Tidigare studier har påvisat en kunskapsbrist gällande metoden FaR samt rådgivning om fysisk aktivitet (Ahlin & Andersson, 2007; McFadden et al., 2019). Därför ansågs kunskapsfrågorna vara viktiga för att få en generell bild om hur det ser ut i dagsläget. Kunskapsfrågorna som är med i totalpoängen är sådana frågor som är ställda mer utifrån respondentens upplevda kunskap gällande den aktuella frågan, vilket gör det irrelevant att söka upp svaret och därmed är svaret troligen respondentens eget. De mer renodlade kunskapsfrågorna har valts att enbart redovisas deskriptivt och inte inkluderas i totalpoängen för kunskap. Ejlertsson (2014) menar att man vid användande av "ja" och "nej"-frågor bör inkludera ett "vet ej-alternativ". Om deltagarna känner sig osäkra på vad de ska svara alternativt inte vill ta ställning, är det bättre att respondenterna kan uppge att de inte vet. Då kan de besvara frågan och behöver inte räknas som ett internt bortfall (Ejlertsson, 2014). Vidare säger han dock att det kan vara ett sätt för respondenten att undvika att ta ställning och att det i slutänden är upp till konstruktören att avgöra om ett sådant svarsalternativ ska ingå. Ett "vet ej" svarsalternativ inkluderades inte vid frågor om studenternas inställning, eftersom det var önskvärt att kunna skilja på att ha en negativ och positiv inställning. Samma gällde för faktafrågan som berörde om de visste var de kan hitta stöd för ordinerings av FaR. Där uteslöts ett "vet ej" för att det ansågs som en tydligare faktafråga där man antingen vet eller inte vet var man hittar det. Resterande frågor som hade svarsalternativen "ja/nej" hade även ett "vet ej-alternativ" då respondenten eventuellt inte skulle ha tillräcklig kunskap för att kunna ta ett beslut.

Ejlertsson (2014) argumenterar för vikten av att det finns en motivation för respondenten att besvara enkäten och att detta i sin tur påverkar svarsfrekvensen. Vidare nämner han både den inre och yttre motivationen där han menar att den inre motivationen är den starkaste drivkraften. Det handlar då om den egna viljan att både delta och bidra till resultatet, men även att ha ett eget intresse för enkäten och dess ämne. Yttre motivation handlar om att man till exempel har besvarat enkäten för att vara någon annan till lags eller för att visa sympati för den som har gjort enkätundersökningen. Ett bra sätt att motivera respondenterna menar Ejlertsson (2014) är att förankra studien hos till exempelvis ledningen, vilket i detta fall är de programansvariga. De kan då lyfta fram studiens värde samt betydelsen av att delta. Då enkäten inte kunde distribueras

via programansvarig, vilket var tanken från start, utfördes enkätutskick främst via läkarprogrammets slutna Facebook-sidor. Detta ledde till att möjligheten att förvarna om enkäten ströks, vilket kan ha haft en viss negativ inverkan på svarsfrekvensen (Ejlertsson, 2014). Möjligtvis skulle ännu fler ha svarat om enkäten hade nått ut till studenterna via en programansvarig. Antalet svar var dock relativt högt och kan bero på att enkätundersökningar med hälsofokus, enligt Ejlertsson (2014), generellt sett har högre svarsfrekvens än enkäter med kommersiellt syfte. Han nämner även vikten av att det finns en ömsesidig tillit mellan den som gör enkätundersökningen och den som besvarar enkäten. Eventuellt kan det ha varit lättare att bilda en form av tillit till uppsatsförfattarna i samband med att vi direkt fick skriva på deras Facebook-sidor och därmed kunde ge ut mer information om oss. Göteborg var det enda universitetet som skickade ut enkäterna via en utbildningshandläggare och där kunde man se en generellt högre svarsfrekvens samt snabbare svarstid, vilket i slutändan pekar på fördelarna med att nå ut till ledningen eller någon annan ansvarig person (Ejlertsson (2014).

### ***6.3 Framtida studier***

Studiens målgrupp var läkarstudenter i Sverige som studerar det 5,5-åriga läkarprogrammet. Under de senaste åren har man arbetat med att göra om läkarprogrammet och i höstas började det nya programmet gälla. Detta innebär att läkarutbildningen numera är ett sexårigt program och att studenterna får en legitimation direkt efter examen. Det sexåriga läkarprogrammet har nya mål, varav ett av dessa handlar om att lägga ett större fokus på prevention (Studentum, 25 augusti 2021). Därav kan det i framtiden vara intressant att undersöka deras kännedom om och inställning till FaR-metoden, eftersom främjande av hälsosamma levnadsvanor, såsom fysisk aktivitet, är en del av preventionsarbetet.

På grund av begränsad tid studerades innehåll i läkarprogrammet endast på en övergripande nivå, vilket innebär att en tydlig bild av utbildningarnas innehåll av specifikt FaR-metoden inte kunde erhållas. Bohlin och Engborg (2012) har tidigare försökt kartlägga hur utbildningen om FaR ser ut vid de olika läkarutbildningarna i Sverige. De betonar att det var svårt att få kontakt med anställda på de olika universiteterna och få tydliga svar gällande programmets innehåll om FaR-metoden. Eftersom signifikanta skillnader gällande både självupplevd kunskap och inställning kunde påvisas mellan olika universitet, skulle det vara intressant att titta närmare på hur läkarutbildningens innehåll av FaR ser ut vid de olika universiteterna. För att få en djupare förståelse för hur mycket utbildning om FaR som ingår i läkarprogrammen, kan det vara aktuellt att både undersöka läkarstudenters åsikter om utbildningens innehåll samt att studera

programmets utbildningsplaner. Det kan även vara relevant att fråga läkarstudenterna om de är intresserade av att få mer utbildning om FaR.

#### **6.4 Slutsats**

Metoden Fysisk aktivitet på recept rekommenderas i de nationella riktlinjerna för arbete med ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018). Dessutom uppmärksammas den svenska metoden som ”best practice” av WHO (2018b). I vår studie konstaterades en positiv inställning till FaR bland läkarstudenter i Sverige. Däremot noterades en bristande självupplevd kunskap om FaR-metoden och dess beståndsdelar bland respondenterna. Både gällande kunskap och inställning noterades en skillnad mellan universitet. Vidare kunde en skillnad i kunskap även påvisas mellan terminer. Eftersom det krävs kunskap om metoden för att kunna använda den har läkarutbildningarna möjlighet att påverka framtidens hälsofrämjande arbete gällande fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvård. Mer kunskap om FaR-metoden skulle troligen bibehålla eller öka framtida läkares övertygelse om metodens användbarhet samt bidra till en mer frekvent och bredare användning av den.

Många läromoment ingår i läkarutbildningen, men i och med att fysisk aktivitet kan fungera i både förebyggande och behandlande syfte anser vi som uppsatsförfattare att det är relevant att skapa grundläggande förutsättningar för studenterna att använda FaR-metoden i sitt framtida läkaryrke.

## Käll- och litteraturförteckning

Ahlin, S., & Andersson C. (2007). *Studenters inställning till fysisk aktivitet på recept: Ger yrkesutbildningen förutsättningar för studenterna att arbeta med metoden?* [Examensarbete, Högskolan i Kristianstad]. DiVA.

<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:230635/FULLTEXT01.pdf>

Bohlin, A., & Engborg, T. (2012). *"If it works, it works!" - en studie om FaR® på svenska läkarutbildningar.* [Examensarbete, Gymnastik- och idrottshögskolan]. DiVA.

<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:524899/FULLTEXT01.pdf>

Broberg, T., & Larsson, C. (2016). *Läkare och läkarstudenters inställning till att skriva ut Fysisk aktivitet på recept (FaR®): Utifrån ett interprofessionellt perspektiv.* [Examensarbete, Uppsala Universitet]. DiVA.

<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:931853/FULLTEXT01.pdf>

Caspersen, C.J., Powell, K.E., & Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, 100(2), 166-31.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrep00100-0016.pdf>

Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik* (3. rev. uppl.). Studentlitteratur.

Ek, A., Ekblom, Ö., Ekström, M., Börjesson, M., & Kallings, L.V. (2021). The gap between stated importance of and clinical work in promoting healthy life-style habits by healthcare professionals in a Swedish hospital setting: A cross-sectional survey. *Health Soc Care Community*, 29(2), 385-394. <https://doi.org/10.1111/hsc.13097>

Ekblom, Ö., Ekblom-Bak, E., Bolam, K.A., Ekblom, B., Schmidt, C., Söderberg, S., Bergström, G., & Börjesson, M. (2015). Concurrent and predictive validity of physical activity measurement items commonly used in clinical settings– data from SCAPIS pilot study. *BMC Public Health*, 15, 978. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2316-y>

Ekblom Bak, E. (Red.). (2021). *Långvarigt stillasittande - en hälsofara i tiden?* (2 uppl.). Studentlitteratur.

Ekblom-Bak, E., Börjesson, M., Bergman, F., Bergström, G., Dahlin-Almevall, A., Drake, I., Engström, G., Engvall, J.E., Gummesson, A., Hagström, E., Hjelmgren, O., Jernberg, T., Johansson, P.J., Lind, L., Mannila, M., Nyberg, A., Persson, M., Reitan, C., Rosengren, A.,... Ekblom, Ö. (2022). Accelerometer derived physical activity patterns in 27.890 middle-aged adults: The SCAPIS cohort study. *Scand J Med Sci Sports*. <https://doi.org/10.1111/sms.14131>

Folkhälsomyndigheten. (u.å.). *Nationella folkhälsoenkäten, nationella och regionala resultat: Fysisk aktivitet (självrapporterat) efter ålder, kön och år. Andel (procent)*.

<http://fohm->

[app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B\\_HLV/B\\_HLV\\_aLevvanor\\_aadLevvanorfysak/hlv1fysaald.px/?rxid=19215807-23cd-44cf-8f63-b1eed980d297](http://app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV_aLevvanor_aadLevvanorfysak/hlv1fysaald.px/?rxid=19215807-23cd-44cf-8f63-b1eed980d297)

GBD 2015 Risk Factors Collaborators (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet (London, England)*, 388(10053), 1659–1724.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8)

Gustavsson, C., Nordqvist, M., Bröms, K., Jerdén, L., Kallings, L.V., & Wallin, L. (2018). What is required to facilitate implementation of Swedish physical activity on prescription? - interview study with primary healthcare staff and management. *BMC Health Serv Res.*, 18(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3021-1>

Gymnastik- och idrottshögskolan (2020). *Uppsatsguiden - Råd och anvisningar till studenter och lärare vid Gymnastik- och idrottshögskolan (version 8.3)*.

[https://www.gih.se/Global/6\\_bibliotek/skriva-och-referera/Uppsatsguiden-v8.3-2020.pdf](https://www.gih.se/Global/6_bibliotek/skriva-och-referera/Uppsatsguiden-v8.3-2020.pdf)

Hagströmer, M., Leijon, M., Eriksson, U., & Dohrn, I.-M. (2021). Åtta insatser för att främja fysisk aktivitet – som fungerar!. I Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). I.-M. Dohrn, E. Jansson, M. Börjesson & M. Hagströmer (Red.), *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2021* (4:e uppl.). Läkartidningen Förlag AB.

Hassmén, N., & Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder* (1. uppl.). SISU idrottsböcker.

Henriksson, J., & Sundberg, C.J. (2021). Biologiska effekter av fysisk aktivitet. I Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). I.-M. Dohrn, E. Jansson, M. Börjesson & M. Hagströmer (Red.), *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2021* (4:e uppl.). Läkartidningen Förlag AB.

*Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Socialdepartementet.

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Jansson, E., Wennberg, P., Anderssen, S.A., Ekelund, U., & Hagströmer, M. (2021). Rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande för vuxna. I Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). I.-M. Dohrn, E. Jansson, M. Börjesson & M. Hagströmer (Red.), *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2021* (4:e uppl.). Läkartidningen Förlag AB.

Joelsson, M., Lundqvist, S., & Larsson, M.E.H. (2020). Tailored physical activity on prescription with follow-ups improved motivation and physical activity levels. A qualitative study of a 5-year Swedish primary care intervention. *Scand J Prim Health Care*, 38(4), 399-410. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1842965>

Kallings, L.V., & Leijon, M. (2003). *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept - FaR*. Statens folkhälsoinstitut.



Kallings, L.V., Leijon, M., Hellénus, M.-L., & Ståhle, A. (2008) Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scand J Med Sci Sports*, 18(2), 154-61. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00678.x>

Kallings, L. (Red.). (2011). *FaR® Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Statens folkhälsoinstitut.

Kallings, L.V., Eriksson, M., Lundqvist, S., & Dohrn, I.-M. (2021). Fysisk aktivitet på recept – FaR. I Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). I.-M. Dohrn, E. Jansson, M. Börjesson & M. Hagströmer (Red.), *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2021* (4:e uppl.). Läkartidningen Förlag AB.

Lear, S. A., Hu, W., Rangarajan, S., Gasevic, D., Leong, D., Iqbal, R., Casanova, A., Swaminathan, S., Anjana, R. M., Kumar, R., Rosengren, A., Wei, L., Yang, W., Chuangshi, W., Huaxing, L., Nair, S., Diaz, R., Swidon, H., Gupta, R., Mohammadifard, N., ... Yusuf, S. (2017). The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130 000 people from 17 high-income, middle-income, and low-income countries: the PURE study. *Lancet (London, England)*, 390(10113), 2643–2654. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31634-3)

Lundqvist, S., Börjesson, M., Larsson M.E.H., Cider, Å., & Hagberg, L. (2019). Which patients benefit from physical activity on prescription (PAP)? A prospective observational analysis of factors that predict increased physical activity. *BMC Public Health*, 19(1), 482. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6830-1>

Lundqvist, S., Börjesson, M., Cider, Å., Hagberg, L., Bylin Ottehall, C., Sjöström, J., & Larsson, M.E.H. (2020). Long-term physical activity on prescription intervention for patients with insufficient physical activity level-a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 793. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04727-y>

McFadden, T., Fortier, M, Sweet, S.N., Tomasone, J.R., McGinn, R., & Levac, B.M. (2019). Canadian medical students' perceived motivation, confidence and frequency recommending physical activity. *Prev Med Rep*, 15(100898). <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100898>

McFadden, T., Fortier, M., McGinn, R., Levac, B.M., Sweet, S.N., & Tomasone, J.R. (2020). Demographic differences in Canadian medical students' motivation and confidence to promote physical activity. *Fam Pract*, 37(1), 56-62. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz034>

Nilsson, K. (2010). *Slutredovisning av regeringsuppdraget - Nationell utvärdering av receptförskrivnen fysisk aktivitet (FaR®)* (S2008/4086/FH). Statens folkhälsoinstitut. [https://www.nllplus.se/upload/IB/lg/fhc/FaR/2006-2011/Publicerade%20artiklar%20och%20rapporter%20till%202010/Nat utv%C3%A4rdering FaR\\_20100331.pdf](https://www.nllplus.se/upload/IB/lg/fhc/FaR/2006-2011/Publicerade%20artiklar%20och%20rapporter%20till%202010/Nat%20utv%C3%A4rdering_FaR_20100331.pdf)

Olsson. SJ, Ekblom. Ö, Andersson. E, Börjesson. M, Kallings. LV. (2016). Categorical answer modes provide superior validity to open answers when asking for level of physical activity: A cross-sectional study. *Scand J Public Health* 44 (1):70-6. <https://doi.org/10.1177/1403494815602830>

Onerup, A., Arvidsson, D., Blomqvist, Å., Daxberg, E.-L., Jivegård, L., Jonsdottir, I.H., Lundqvist, S., Mellén, A., Persson, J., Sjögren, P., Svanberg, T., & Borjesson, M. (2019). Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. *Br J Sports Med*, 53(6), 383-388. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099598>

Orow, G., Kinmonth, A.-L., Sanderson, S., & Sutton, S. (2012). Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta- analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 344, Artikel:e1389. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1389>

*Patientlag* (SFS 2014:821). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Persson, G., Brorsson, A., Ekvall Hansson, E., Troein, M., & Strandberg, E.L. (2013). Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective - a qualitative study. *BMC family practice*, 14(128). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-128>

Posadzki, P., Pieper, D., Bajpai, R., Makaruk, H., Könsgen, N., Neuhaus, A. L., & Semwal, M. (2020). Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews. *BMC public health*, 20(1), 1724. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09855-3>

Regeringskansliet. (2016). *Att förändra vår värld: Agenda 2030 för en hållbar utveckling*. <https://www.regeringen.se/48e36d/contentassets/a69f085ada12410989115a1ff64be6d8/att-forandra-var-varld-agenda-2030-for-hallbar-utveckling>

Roos, E., Lund, H., & Bogh Juhl, C. (2021). Fysisk aktivitet vid artros. I Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). I.-M. Dohrn, E. Jansson, M. Börjesson & M. Hagströmer (Red.), *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2021* (4:e uppl.). Läkartidningen Förlag AB.

Rödger, L., Jonsdottir, I.H., & Börjesson, M. (2016). Physical activity on prescription (PAP): self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. *Scand J Prim Health Care*, 34(4), 443-452. <https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1253820>

Smith, G. (2008). Does gender influence online survey participation?: A record-linkage analysis of university faculty online survey response behavior. *ERIC Document Reproduction Service No. ED 501717*. [https://scholarworks.sjsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=elementary\\_ed\\_pub](https://scholarworks.sjsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=elementary_ed_pub)

Snook, G.A., (1984). The history of sports medicine. Part I. *The American Journal of Sports Medicine*, 12(4), 252-4. <https://doi.org/10.1177/036354658401200402>

Socialstyrelsen. (2016). *Så här vill patienter berätta för sjukvården om sina levnadsvanor – Resultat av en befolkningsundersökning 2016* (Artikelnummer 2016-12-13). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-12-13.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>

Socialstyrelsen (u.å.). *Forskningsstudie om validering av indikatorfrågor till patienter om fysisk aktivitet.*

[https://www.google.com/url?q=http://www.hfsnatverket.se/static/files/1185/forskningsstudie\\_validering\\_av\\_indikatorfragor\\_till\\_patienter\\_om\\_fysisk\\_aktivitet.pdf&sa=D&source=docs&ust=1645607484831418&usg=AOvVaw2Wssk8GS7lrzRXAD\\_ONybY](https://www.google.com/url?q=http://www.hfsnatverket.se/static/files/1185/forskningsstudie_validering_av_indikatorfragor_till_patienter_om_fysisk_aktivitet.pdf&sa=D&source=docs&ust=1645607484831418&usg=AOvVaw2Wssk8GS7lrzRXAD_ONybY)

Solmundson, K., Koehle, M., & McKenzie, D. (2016). Are we adequately preparing the next generation of physicians to prescribe exercise as prevention and treatment? Residents express the desire for more training in exercise prescription. *Can Med Educ J*, 7(2), e79-e96.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet - en systematisk litteraturöversikt* (rapport nr 181).

[https://www.sbu.se/contentassets/c2cb6581355047b48367f19e1c9e3700/fysisk\\_aktivitet.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/c2cb6581355047b48367f19e1c9e3700/fysisk_aktivitet.pdf)

Statens Folkhälsoinstitut. (2010). *Folkhälsopolitisk rapport 2010: Framtidens folkhälsa - allas ansvar* (Rapport 2010:16).

Studentum. (25 augusti 2021). *Allt du behöver veta om nya läkarprogrammet.*

<https://www.studentum.se/artiklar-tips/nya-lakarprogrammet-20882>

Stukát, S. (1993). *Statistikens grunder*. Studentlitteratur.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2014). *Vårdbarometern 2013: Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården.*

<https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-055-9.pdf?issuusl=ignore>

Taraldsen, K., Saltvedt, I., & Helbostad, J.L. (2021). Fysisk aktivitet vid demens. I Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). I.-M. Dohrn, E. Jansson, M. Börjesson & M. Hagströmer (Red.), *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2021* (4:e uppl.). Läkartidningen Förlag AB.

Vallance, J.K, Wylie, M., & MacDonald, R. (2009). Medical students' self-perceived competence and prescription of patient-centered physical activity. *Prev Med*, 48(2), 164-6.  
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.12.006>

Vetenskapsrådet.(2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.  
<https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2002-01-08-forskningsetiska-principer-inom-humanistisk-samhällsvetenskaplig-forskning.html>

Williams, M.H., Anderson, D.E. & Rawson, E.S. (2012). *Nutrition for health, fitness, & sport*. (10 uppl., International student ed.). McGraw-Hill.

World Health Organization. (2018a). *Noncommunicable diseases country profiles 2018*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/ncd-country-profiles-2018>

World Health Organization. (2018b). *Promoting physical activity in the health sector. Current status and success stories from the European Union Member States of the WHO European Region*. Geneva: World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345137/WHO-EURO-2018-3311-43070-60279-eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

World Health Organization. (2020a). *Noncommunicable diseases progress monitor 2020*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240000490>

World Health Organization (WHO). (2020b). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization (u.å.) *Noncommunicable diseases*.  
<https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases>

Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). Dohrn, I.-M., Jansson, E., Börjesson, M., & Hagströmer, M (Red.). (2021). *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2021*. Läkartidningen Förlag AB.

**Bilaga 1 – Folkhälsoenkäten, nationella och regionala resultat: Fysisk aktivitet (självrapporterat) efter ålder, kön och år. Andel (procent)**

Aktiv minst 150 min/vecka	
Andel	
Totalt 16-84 år	
Totalt	
2021	67
Aktiv minst 300 min/vecka	
Andel	
Totalt 16-84 år	
Totalt	
2021	40

## **Bilaga 2 – Informationsdel i enkäten**

Pluggar du till läkare i Sverige? Då får du gärna medverka i vår studie genom att svara på några frågor.

Vi är två studenter på Hälsovetenskapprogrammet vid Gymnastik- och idrottshögskolan i Stockholm. Vi ska skriva vår kandidatuppsats och är intresserade av att studera kännedom om och inställning till FaR-metoden (Fysisk aktivitet på recept) bland läkarstudenter i Sverige. Detta kommer att göras med hjälp av denna enkät. Studien riktar sig till er som läkarstudenter då ni i framtiden har möjlighet att förskriva Fysisk aktivitet på recept och arbeta med metoden.

Den information som framkommer hanteras konfidentiellt och all inhämtad data raderas efter avslutad studie. Ditt deltagande är både anonymt och frivilligt, men vi uppskattar om du tar dig tiden att svara på enkäten. Enkäten kommer att vara öppen under en månad och vi önskar att få ditt svar senast den 6.2.2022.

Vi skulle vara tacksamma om du kan ägna 5 minuter åt att svara på vår enkät. Ditt svar är viktigt!

Tack på förhand för din medverkan!

Med vänlig hälsning

Hannah Helin - Tel: 072-XXX-XX-XX, Mail: [hannah-celine-sophie.helin@student.gih.se](mailto:hannah-celine-sophie.helin@student.gih.se)

Josefin Grönfeldt - Tel: 073-XXX-XX-XX, Mail: [josefin.gronfeldt@student.gih.se](mailto:josefin.gronfeldt@student.gih.se)



## **Bilaga 3 - Enkätfrågor och kodning av svarsalternativ**

### **Bakgrundsfrågor**

#### **Kön:**

- 1 Kvinna
- 2 Man
- 3 Annat

#### **Födelseår: \_\_\_\_\_**

#### **Universitet:**

- 1 Göteborg
- 2 Linköping
- 3 Lund
- 4 Umeå
- 5 Uppsala
- 6 Örebro

#### **Termin på läkarprogrammet:**

- 1 Termin 3
- 2 Termin 4
- 3 Termin 5
- 4 Termin 6
- 5 Termin 7
- 6 Termin 8
- 7 Termin 9
- 8 Termin 10
- 9 Termin 11

#### **Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?**

- 1 0 minuter/Ingen tid
- 2 Mindre än 30 minuter
- 3 30-60 minuter (0,5-1 timmar)
- 4 60-90 minuter (1-1,5 timmar)
- 5 90-120 minuter (1,5-2 timmar)

6 Mer än 120 minuter (2 timmar)

**Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid. (Från Socialstyrelsens indikatorfrågor om fysisk aktivitet)**

1 0 minuter/Ingen tid

2 Mindre än 30 minuter

3 30-60 minuter (0,5-1 timmar)

4 60-90 minuter (1-1,5 timmar)

5 90-150 minuter (1,5-2,5 timmar)

6 150-300 minuter (2,5-5 timmar)

7 Mer än 300 minuter (5 timmar)

### **Kännedom om "Fysisk aktivitet på recept" (FaR)**

7 frågor

Index: fråga 1, 3 och 4 räknas ihop till en totalpoäng på 0-21 poäng

#### **1. Har du kunskap om arbetsmetoden "Fysisk aktivitet på recept" (FaR)?**

3 Jag vet vad FaR är och hur jag ska använda metoden.

2 Jag vet vad FaR är, men jag vet inte hur jag ska använda metoden.

1 Jag har hört talas om FaR.

0 Jag vet inte vad FaR är.

#### **2. Om ja, var har du lärt dig om arbetsmetoden "Fysisk aktivitet på recept" (FaR)?**

Obligatorisk kurs i din läkarutbildning

Valfri kurs under din läkarutbildning

Vid VFU/praktik under din läkarutbildning

På fritiden/Utanför skolan

Tidigare utbildning

Jag har ingen kunskap om FaR

#### **3. FaR-metoden består av 5 olika delar (se nedan). Har du kunskap om vad de olika delarna innebär? Kryssa i det alternativ som stämmer in bäst på dig.**

a) Rådgivande samtal

b) Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet (typ av aktivitet, intensitet, duration och frekvens)

- c) FYSS-boken (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling)
- d) Samverkan med föreningar/aktivitetsarrangörer
- e) Uppföljning av ordination

Svarsalternativ för respektive beståndsdel:

**3** Mycket kunskap

**2** Ganska mycket kunskap

**1** Lite kunskap

**0** Ingen kunskap

---

Totalpoäng på frågan: 0-15

**4. Har du kunskap om hur man ordinerar "Fysisk aktivitet på recept"?**

**3** Behärskar helt att förskriva FaR

**2** Behärskar i viss utsträckning att förskriva FaR

**1** Behärskar i mindre utsträckning att förskriva FaR

**0** Vet inte hur man förskriver FaR

---

Totalpoäng på frågan: 0-3

**5. Kan "Fysisk aktivitet på recept" användas vid Förebyggande av dessa sjukdomstillstånd?**

- a) Diabetes typ-2
- b) Svår depression
- c) Metabola syndromet
- d) Artros
- e) Demens

Svarsalternativ för respektive sjukdomstillstånd: Ja/ Nej/ Vet inte

**2** Ja

**1** Nej

**0** Vet inte

**6. Kan "Fysisk aktivitet på recept" användas vid Behandling av dessa sjukdomstillstånd?**

- a) Diabetes typ-2

- b) Svår depression
- c) Metabola syndromet
- d) Artros
- e) Demens

Svarsalternativ för respektive sjukdomstillstånd: Ja/ Nej/ Vet inte

**2** Ja

**1** Nej

**0** Vet inte

**7. När du ska förskriva ett FaR - vet du var du hittar stöd för rätt ordinerings av fysisk aktivitet?**

**2** Ja

**1** Nej

**Frågor gällande inställning till "Fysisk aktivitet på recept"**

6 frågor

0-3 poäng på vardera fråga

Index: fråga 1-6 räknas ihop till en totalpoäng på 0-18 poäng

**1. Är du intresserad av att jobba med FaR-metoden?**

**3** Mycket intresserad

**2** Ganska intresserad

**1** Lite intresserad

**0** Inte intresserad

---

Totalpoäng på frågan: 0-3

**2. Hur ställer Du Dig till att ordinera "Fysisk aktivitet på recept" i Förebyggande syfte?**

**3** Positiv

**2** Ganska positiv

**1** Ganska negativ

**0** Negativ

---

Totalpoäng på frågan: 0-3

**3. Hur ställer Du Dig till att ordinera "Fysisk aktivitet på recept" i Behandlande syfte?**

- 3 Positiv
- 2 Ganska positiv
- 1 Ganska negativ
- 0 Negativ

---

Totalpoäng på frågan: 0-3

**4. I vilken grad anser du att det ligger i ert uppdrag, som framtida läkare, att främja patienternas fysiska aktivitet?**

- 3 I hög grad
- 2 I viss grad
- 1 I låg grad
- 0 Inte alls

---

Totalpoäng på frågan: 0-3

**5. I vilken grad anser du att det ligger i hälso- och sjukvårdens uppdrag att främja patienternas fysiska aktivitet?**

- 3 I hög grad
- 2 I viss grad
- 1 I låg grad
- 0 Inte alls

---

Totalpoäng på frågan: 0-3

**6. I vilken grad anser du att FaR-metoden är lämplig att använda inom hälso- och sjukvården?**

- 3 I hög grad
- 2 I viss grad
- 1 I låg grad
- 0 Inte alls

---

Totalpoäng på frågan: 0-3

## Bilaga 4 - Informationsbrev för Facebook-grupper

PLUGGAR DU TILL LÄKARE I SVERIGE? Då får du gärna medverka i vår studie genom att svara på några frågor.

Hej!

Jag (Hannah Helin) och Josefin Grönfeldt studerar Hälsovetenskapprogrammet vid Gymnastik- och idrottshögskolan i Stockholm. Vi ska skriva vår kandidatuppsats och är intresserade av att studera kännedom om och inställning till *FaR-metoden (Fysisk aktivitet på recept)* bland läkarstudenter i Sverige. Detta kommer att göras med hjälp av denna anonyma enkät för studenter på **termin 3-11**. Studien riktar sig till er som läkarstudenter då ni i framtiden har möjlighet att förskriva *Fysisk aktivitet på recept* och arbeta med metoden.

Vi skulle vara tacksamma om du kan ägna **5 minuter** åt att svara på vår enkät. Ditt svar är viktigt!

Klicka på länken för att komma till enkäten och få mer information:

<https://forms.gle/npM7qJNgHNLq8oZaA>

Tack på förhand för din medverkan! Ni får gärna dela länken med era övriga klasskamrater.

Med vänlig hälsning

Hannah Helin och Josefin Grönfeldt

## Bilaga 5 - Informationsbrev skickat via mail

Hej!

Pluggar du till läkare i Sverige? Då får du gärna medverka i vår studie genom att svara på några frågor.

Vi är två studenter på Hälsovetenskapprogrammet vid Gymnastik- och idrottshögskolan i Stockholm. Vi ska skriva vår kandidatuppsats och är intresserade av att studera kännedom om och inställning till *FaR-metoden (Fysisk aktivitet på recept)* bland läkarstudenter i Sverige. Detta kommer att göras med hjälp av denna anonyma enkät. Studien riktar sig till er som läkarstudenter då ni i framtiden har möjlighet att förskriva *Fysisk aktivitet på recept* och arbeta med metoden.

Vi skulle vara tacksamma om du kan ägna 5 minuter åt att svara på vår enkät. Ditt svar är viktigt!

Klicka på länken för att komma till enkäten: <https://forms.gle/GRTjij7Cym5t4Pca7>

Tack på förhand för din medverkan!

Med vänlig hälsning

Hannah Helin

Tel: 072-XX-XX-XX, Mail: [hannah-celine-sophie.helin@student.gih.se](mailto:hannah-celine-sophie.helin@student.gih.se)

Josefin Grönfeldt

Tel: 073-XXX-XX-XX, Mail: [josefin.gronfeldt@student.gih.se](mailto:josefin.gronfeldt@student.gih.se)

## Bilaga 6 - Litteratursökning

### Syfte och frågeställningar:

Syftet med studien var att undersöka kunskapsläget gällande arbetsmetoden *Fysisk aktivitet på recept* bland läkarstudenter vid svenska universitet. Därtill är syftet att undersöka läkarstudenters inställning till *Fysisk aktivitet på recept*. Frågeställningarna är följande:

Hur ser kunskapsläget ut bland läkarstudenter i Sverige gällande arbetsmetoden *Fysisk aktivitet på recept*?

Vilken inställning har läkarstudenter i Sverige till *Fysisk aktivitet på recept*?

Finns det några skillnader mellan läkarstudenters inställning till och kunskap om arbetsmetoden *Fysisk aktivitet på recept* beroende på kön, ålder, termin, universitet och fysisk aktivitetsnivå?

### Vilka sökord har du använt?

Ämnesord och synonymer svenska	Ämnesord och synonymer engelska
Fysisk aktivitet	Physical activity, exercise, sports
Fysisk aktivitet på recept (FaR)	Physical activity on prescription (PAP), The Swedish PAP, Prescription of PA
Hälso- och sjukvård	Health services, health care
Hälsofrämjande arbete	Health promotion
Inställning/attityd	Attitude, opinion



