



FaR too slow!

- En studie med syftet att uppmärksamma
hälsopedagogens kompetens för en mer
välfungerande FaR-metod

Matilda Flyborg & Simon Sindemark

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN

Självständigt arbete grundnivå 2:2023

Hälsopedagogutbildningen: 2020–2023

Handledare: Elin Ekblom-Bak

Examinator: Erik Hemmingsson

Sammanfattning

Syfte. Det övergripande syftet med studien var att undersöka hälso- och sjukvårdspersonalens inställning och användande av FaR-metoden (Fysisk aktivitet på Recept). Studien har även undersökt möjligheten till huruvida hälsopedagoger kan vara en samverkande profession och således öka FaR-förskrivningen. Studiens frågeställningar var; -Vilken är hälso- och sjukvårdspersonalens inställning gällande användandet av FaR-förskrivning? -Vilka möjligheter och hinder upplever hälso- och sjukvårdspersonalen för FaR-förskrivning? -Skulle möjligheten att nyttja hälsopedagoger inom eller utanför vården vara ett alternativ för hälso- och sjukvårdspersonalen för att öka FaR förskrivningen? -Skiljer sig ovan beroende på yrkesprofession inom hälso- och sjukvården? (läkare jämfört med sjuksköterskor) - Påvisar "tillräckligt" fysiskt aktiva personer inom hälso- och sjukvården en bättre inställning till FaR?

Metod. Studien genomfördes kvantitativt i form av en tvärsnittsstudie. Insamling av data skedde via en anonym digital enkät utskickad till totalt 67 primärvårdsenheter inom Stockholmsregionen. Enkäten bestod av 17 frågor och var riktad mot legitimerad sjukvårdspersonal inom primärvården och analyserades i statistikprogrammet SPSS.

Resultat. Av studiens 64 deltagare angav en stor majoritet (86%) positiv inställning till FaR som alternativ behandlingsmetod och 72% angav metoden som nödvändig inom sin profession. Mer än hälften (56%) av hälso- och sjukvårdspersonalen upplevde hinder med FaR-förskrivning där tidsbrist och svårighet med uppföljning var de mest angivna orsakerna. Nästan hälften (40%) av studiedeltagarna angav att de inte besitter någon utbildning om FaR. Sjuksköterskorna i studien påvisade signifikant bättre allmän uppfattning om FaR som metod ($p=0,016$) samt inställning till nyttjande av hälsopedagoger för ökad förskrivning av FaR ($p=0,033$) än läkare.

Slutsats. Hälso- och sjukvårdspersonal har en positiv inställning gällande användandet och uppfattning om FaR som behandlingsmetod. Det förekommer hinder och finns en avsaknad av kompetens som begränsar användandet av metoden inom respektive profession och således dess framfart. De uppmärksammade hinder och avsaknaden av kompetens hälso- och sjukvårdspersonalen uppger sig ha, är något en hälsopedagog kan bidra med och besitter. Således skulle hälsopedagogen kunna fungera som en samverkande profession inom hälso- och sjukvården för att öka förskrivningen och framfarten av FaR för att nå dess fulla potential.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Definition av hälsa	2
1.2 Definition av folkhälsa	2
1.3 Definition av fysisk aktivitet	2
1.3.1 Fysisk aktivitet – rekommendationer	2
1.3.2 Fysisk aktivitet – effekter	3
1.4 Fysisk aktivitet på Recept (FaR)	4
1.4.1 Styrkor och effekter av FaR	6
1.5 Hälsopedagoger	7
2. Kunskapsöversikt	7
2.1 Existerande forskning	7
2.2 FaR i Sverige	8
2.2.1 FaR internationellt	9
2.2.2 Upplevda hinder med FaR	9
2.2.3 Kunskapsluckor	10
3. Syfte och frågeställningar	10
4. Metod	11
4.1 Studiedesign	11
4.2 Urval	11
4.3 Data	11
4.4 Datainsamling	12
4.5 Dataanalys	12
4.6 Etiska överväganden	13
4.7 Validitet och reliabilitet	13
4.8 Statistiska överväganden	14
5. Resultat	14
5.1 Deskriptiv data - enkätstudiedeltagare	14
5.2 Användandet av FaR-metoden	15
5.3 Inställning gentemot FaR-metoden	17
5.4 Möjligheter och hinder	21
5.5 Skillnad mellan de som är tillräckligt fysiskt aktiva vs de som inte är det	26
6. Diskussion	27
6.1 Övergripande resultat	27
6.2 Inställning gällande användandet av FaR-förskrivning	28

6.3 Upplevda möjligheter och hinder	29
6.4 Möjligheten att nyttja hälsopedagoger inom eller utanför vården	31
6.5 Samband mellan fysisk aktivitetsnivå och inställning till FaR	31
6.6 Metoddiskussion	31
6.6 Förslag till framtida forskning	33
7. Slutsats	33
Käll- och litteraturförteckning	35
Bilagor	
Bilaga 1: Litteratursökning	41
Bilaga 2: Informationsbrev till Verksamhetschef och på sociala medier	42
Bilaga 3: Digital enkät	43

Tabell- och figurförteckning

Tabell 1. Grundtabell: Kön, ålder, yrkesprofession, deltagarantal

Figur 1. Typ av utbildning om FaR

Figur 2. Har förskrivit FaR på sin nuvarande vårdcentral

Figur 3. Antal förskrivningar av FaR under en månad

Figur 4. Anser att FaR är en nödvändig behandlingsmetod inom sin profession

Figur 5. Studiepopulationens allmänna uppfattning om FaR som behandlingsmetod

Figur 6. Skillnad mellan professioners genomsnittliga omdöme

Figur 7. Ställningstagande om FaR och fysisk aktivitet

Figur 8. Har en god inställning till FaR som alternativ behandlingsmetod

Figur 9. Gällande uppfattning om hinder inom sin profession gentemot förskrivning av FaR

Figur 10. Upplevda hinder med förskrivning av Fysisk aktivitet på recept

Figur 11. Upplevd sannolikhet att öka förskrivningen vid möjlighet att remittera

Figur 12. Tror att ett ökat användande av FaR-metoden skulle generera i ett positivt utfall gällande den fysiska aktivitetsnivån hos befolkningen

Figur 13. Kännedom av yrkesprofessionen hälsopedagog

Figur 14. Inställning till nyttjande av hälsopedagoger för ökad förskrivning av FaR

Figur 15. Anser sig vara tillräckligt fysiskt aktiv enligt rekommendationerna

Figur 16. Skillnad i allmän uppfattning om FaR beroende på aktivitetsnivå

1. Inledning

Går det hälsofrämjande arbetet för långsamt framåt? Vi anser att det finns anledning att tycka det. Med tanke på de möjligheter, resurser och den kunskap landet besitter, finns en enorm potential att åstadkomma betydligt mer än det som görs i dagsläget. Med det i åtanke vill vi i denna studie undersöka och belysa ett område där en förändring i det hälsofrämjande arbetet kan ske med hjälp av hälsopedagoger.

“Människans anatomi är, liksom våra gener, byggd för fysisk rörelse, men dagens moderna samhälle uppmuntrar ofta till en stillasittande livsstil” (Faskunger, 2013). Enligt en rapport från Folkhälsomyndigheten (2022) uppgav 67% av Sveriges vuxna befolkning att de nådde upp till rekommendationerna för fysisk aktivitet år 2021. Det innebär att ca 2 miljoner av alla vuxna svenskar inte når upp till rekommendationerna och således har en ökad risk för sjukdomar kopplade till fysisk inaktivitet. Fysisk inaktivitet har visat sig vara kopplat till en ökad sjukdomsrisk där tidigare forskning visar att fysisk aktivitet minskar risken att dö av hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och diabetes (Miko et al., 2020).

Den låga aktivitetsnivån genererar i stora kostnader för samhället och att det läggs enorma resurser på Hälso- och sjukvården. Enligt Folkhälsomyndigheten (2010) läggs årligen omkring sju miljarder kronor på sjukdomar kopplade till fysisk inaktivitet såsom högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, depression och benskörhet. Utöver de sju miljarderna presenterades även en total årlig kostnad på 18 miljarder kronor för sjukdomar relaterade till högt BMI som stroke, typ 2-diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Den höga kostnaden kopplat till fysisk inaktivitet bekräftas av en ny rapport från World Health Organization, Department of Health Promotion (WHO/HP, 2022). I rapporten undersöktes den totala årliga kostnaden för sjukdomar och vårdbehov kopplat till stillasittande. Rapporten presenterade ett resultat med en årlig kostnad på totalt 1,3 miljarder kronor bara i Sverige, som således hade kunnat undvikas med en ökad fysisk aktivitetsnivå.

Då tidigare forskning visar att regelbunden fysisk aktivitet minskar risken för flertalet av tidigare nämnda folksjukdomar, tror vi att en ökad fysisk aktivitetsnivå hos befolkningen kan generera flertalet hälsovinster som till exempel minskad prevalens och incidens av de stora folksjukdomarna samt en lägre sjukvårdskostnad relaterad till fysisk inaktivitet (Miko et al., 2020). Vi ser stora möjligheter till förändring med en befolkning som rör sig mer. FaR är en evidensbaserad metod som når en stor del av befolkningen genom hälso- och sjukvården. Det skapar goda förutsättningar till förändring hos individens aktivitetsnivå som i sin tur kan generera i en förbättrad hälsa.

1.1 Definition av hälsa

Hälsa är ett begrepp som kan skildra sig ordentligt beroende på dess sammanhang och således inte besitter någon entydig definition. I vår uppsats avser vi begreppet i enlighet med WHO (1948) och definitionen ”*Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysisk, psykiskt och socialt välbefinnande och ej blott frånvaron av sjukdom eller handikapp.*”

1.2 Definition av folkhälsa

Folkhälsa är samlingsnamnet på befolkningens fysiska och psykiska hälsotillstånd, såväl hälsa som ohälsa. Folkhälsan påverkas av flera beståndsdelar där gener, levnadsförhållanden och social position är exempel på tre faktorer som har en inverkan på hälsan. En god folkhälsa innebär inte enbart att hälsan är så bra som möjligt, utan även så jämnt fördelad som möjligt bland samtliga grupper i samhället (Folkhälsomyndigheten, 2022). Alla individer ska ha möjligheten till ett långt liv med god och jämlik hälsa. Det pågår ett folkhälsoarbete som strävar efter förbättrade levnadsvillkor och en jämnt fördelad hälsa i befolkningen. Folkhälsoarbetet driver möjligheten för varje enskild individ att ha de bästa möjligheterna för att uppnå god fysisk och psykisk hälsa livet ut (Region Stockholm, 2017).

1.3 Definition av fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har en betydande roll för vår hälsa, men de olika begreppen fysisk aktivitet och fysisk träning blandas ofta ihop trots begreppens viktiga skiljaktigheter. Fysisk aktivitet är ett samlat begrepp för all kroppsrörelse som bidrar till att öka energiförbrukningen som sker vid vila (Sharif et al., 2018). Fysisk aktivitet kan bedrivas som aktiv transport, i hemmet via sysslor, på arbetsplatsen genom tungt belastande arbete, på fritiden genom aktiviteter eller arrangerad träning. Fysisk träning mer specifikt syftar till planerad och strukturerad fysisk aktivitet, till exempel: fotboll, löpning och gymna (Dohrn et al., 2021).

1.3.1 Fysisk aktivitet – rekommendationer

All rörelse är viktig och besitter i många fall ett dos-respons förhållande gällande rörelse kopplat till positiva effekter för kroppen där hälsovinster är större när man går från väldigt lite till något mer aktiv. För att uppnå de hälsovinster som erhålls av fysisk aktivitet finns det rekommendationer angående hur länge och i vilken ansträngningsgrad vi bör vara fysiskt aktiva (Ekelund et al., 2020). Rekommendationerna riktar sig till alla inom befolkningen oavsett kön, socioekonomisk status, kultur, funktionsnedsättning eller tidigare erfarenheter. De skillnader som erhålls i rekommendationerna är de mellan barn och vuxna enligt de olika

gruppernas behov (Folkhälsomyndigheten, 2022).

För vuxna individer är rekommendationerna enligt Folkhälsomyndigheten (2022) följande:

- Regelbunden fysisk aktivitet fördelat under vardagar och helger
- Minst 150–300 minuter pulshöjande aktivitet i veckan (måttlig intensitet i minst 150–300 minuter eller minst 75–150 minuter på hög intensitet, eller kombination av måttlig och hög intensitet som når upp till samma nivå som de angivna rekommendationerna)
- Minska långvarigt stillasittande genom avbrott med någon form av fysisk aktivitet
- Muskelstärkande fysisk aktivitet bör ske minst två gånger i veckan och inkludera alla större muskelgrupper
- Mer fysisk aktivitet

1.3.2 Fysisk aktivitet – effekter

Forskning har påvisat fysiologiska likväl som psykologiska och kognitiva effekter av fysisk aktivitet. I en randomiserad kontrollerad studie från Lautenschlager et al. (2008) undersöktes effekten av fysisk aktivitet på den kognitiva förmågan hos äldre med risk för Alzheimer. Resultaten från studien visade att fysisk aktivitet kan påverka och bromsa de negativa effekter som sker via naturligt åldrande på individers kognitiva funktion. Fynden i undersökningen styrks även av en studie från Kramer et al. (2006) som undersökte skillnader gällande individers livskvalitet, minskad fallrisk, kardiovaskulär hälsa och funktionsnedsättning och dess effekt i en interventionsgrupp och kontrollgrupp. Studien påvisade en signifikant förbättring hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Vidare har en studie från Dinas et al. (2011) jämfört effekterna av fysisk aktivitet mot Kognitiv Beteende Terapi (KBT) respektive antidepressiva läkemedel som behandlingsmetod mot depression. Undersökningen visade att fysisk aktivitet gav samma effekt som de två mer etablerade behandlingsmetoderna. Tidigare nämnda studier har enbart riktat sig mot icke-överförbara sjukdomar. Men en nyligen publicerad artikel från Dutra et al. (2022) visar att fysisk aktivitet och en aktiv livsstil även har positiva effekter gällande hur immunförsvaret fungerar och skyddar kroppen mot infektioner och andra fysiologiska processer som fetma, diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Undersökningen påvisar ett dos-respons-samband, ökad intensitet och duration resulterar i en förbättrad funktion på immunförsvaret. Förhållandet stärks av Dohrn et al. (2021) som menar att en ökad duration eller intensitet av fysisk aktivitet kan ge utslag i form av ytterligare hälsovinster för en individ även om dosen överstiger den rekommenderade.

Sambandet mellan fysisk aktivitet och hälsa styrks av randomiserade kontrollstudier som står till grund för de framtagna rekommendationerna (Department of Health & human services, USA, 2018). Regelbunden styrketräning rekommenderas för hela befolkningen då den bidrar med positiva effekter. Tidigare observationsstudier har visat att en högre muskelstyrka minskar risken för hjärt- och kärlsjukdomar, åldersrelaterad funktionsförmåga och förtida död (McLeod et al., 2019). Till följd av regelbunden styrketräning sker en anpassning i kroppens nervsystem och muskulatur kallat neuromuskulär anpassning. Förändringen leder till ökad maximal styrka, explosivitet och muskeluthållighet. Styrketräning bidrar även positivt till fysiologiska anpassningar i skelett, brosk, senor och ledband (Todd et al., 2012). Regelbunden konditionsträning och en god kondition minskar risken för mekanismer som bidrar till hjärt- och kärlsjukdomar. Endotelfunktion, inflammation, övervikt och fetma, insulinkänslighet, blodtryck och blodfetter är variabler som påverkas av regelbunden pulshöjande aktivitet (Joyner & Green, 2009). Regelbunden fysisk aktivitet har en reducerande effekt på blodtrycket och påverkar funktion och struktur i vener och artärer, motståndskärlen i de muskler som tränas samt i hjärtmuskulaturen (Fiuza-Luces et al., 2013). Regelbunden fysisk aktivitet förbättrar hälsorelaterad livskvalitet och sömn, samtidigt som det minskar oro, ångest, nedstämdhet. Risken för förtida död och insjuknande i de flesta folksjukdomarna minskas om den fysiska aktiviteten sker över tid med jämna mellanrum. En god kondition medför en förbättrad allmän hälsa, minskad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, förbättrade blodfetter, minskad stress, depression, oro och ångest. Samtidigt som styrkan och konditionen förbättras blir det enklare att orka med och klara av vardagsaktiviteter (Bull et., 2020).

1.4 Fysisk aktivitet på Recept (FaR)

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en behandlingsmetod som används både för att öka den fysiska aktivitetsnivån hos en individ likväl som prevention och behandling av sjukdom. Metoden används i syfte med att komplettera, alternativt helt ersätta läkemedel med fysisk aktivitet och kan ordinerars av all legitimerad sjukvårdspersonal. Ordinationen består av individanpassade instruktioner gällande typ av aktivitet, intensitet, duration och frekvens. Det fundamentala med metoden är att arbeta *patientcentrerat* med fokus på varje enskild individs aktuella hälsotillstånd, förutsättningar, mål och behov. Den patientcentrerade delen är den första av metodens fem beståndsdelar:

Patientcentrerat förhållningssätt och individuell anpassning. Varje patient ska ses som en egen individ och därmed bör förhållningssättet anpassas utefter individens tidigare erfarenheter,

kunskaper och vilket stöd den behöver för genomförandet. Med dessa punkter i beaktning ska Hälso- och sjukvårdspersonal anpassa rätt metod för att beteendeförändringen ska vara genomförbar. För att varje enskild förskrivning av ett FaR ska uppnå de goda effekter som Socialstyrelsen och SBU-rapporter bestyrker, bör rådgivningen ske genom god samtalsmetodik ur ett patientcentrerat och individanpassat förhållningssätt. Det finns stark evidens att rådgivande samtal gällande fysisk aktivitet leder till ökad aktivitetsnivå då samtalen sker inom hälso- och sjukvården (Kallings, 2011).

FYSS. För att kunna individanpassa ordination av fysisk aktivitet enligt individens sjukdomstillstånd och förutsättningar finns kunskapsstödet FYSS tillgängligt med sina evidensbaserade riktlinjer gällande fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och behandling.

Skriftlig ordination. Förskrivaren fyller i en ordinationsblankett som överläts till patienten som verkar som en påminnelse. Den skriftliga ordinationen kan liknas med ett kontrakt, där patienten påminns om vad som ska genomföras och varför. Vilket i sin tur kan bli en motivationsfaktor i samverkan med individanpassad rådgivning. Ordinationsblanketten spelar stor roll då den bidrar till bättre effekter än enbart samtal (Kallings, 2011). Tidigare studier visar på ett positivt samband gällande ökad aktivitetsnivå med rådgivning i kombination med den skriftliga ordinationen. Enligt Socialstyrelsen (2010) har skriftliga ordinationer bättre effekt på den fysiska aktiviteten jämfört med enbart muntliga råd utan blankett.

Samverkan med aktivitetsarrangörer. För att möjliggöra och underlätta för de individer som mottagit ett förskrivet FaR finns en samverkan med aktivitetsarrangörer. Samarbetet underlättar för de individer som ska påbörja en aktivitet för att uppnå sina rekommendationer för en bättre hälsa. I samverkan mellan hälso- och sjukvården tillsammans med olika aktivitetsarrangörer fungerar FaR som en bro. Ett nära samarbete mellan dem är en viktig faktor för framgång i arbetsmetoden. Dessa aktivitetsarrangörer är idrotts- och friskvårds organisationer med stor variation, för att kunna erbjuda en aktivitet motsvarande varje individs förutsättningar och intresse. Att varje enskild individ ska finna en aktivitet som passar den och möjliggör att den kan uppnå måldosen ligger till grund för en bättre hälsa i framtiden. Aktörerna varierar med både ideella, statliga, kommunala och privata organisationer.

Vikten av uppföljning av FaR. Uppföljning av behandling är ett måste enligt lag inom hälso- och sjukvården. Men, det är inte det enda syftet med uppföljningen utan det har påvisats flertalet

positiva effekter med uppföljning av FaR. Uppföljningen av den skriftliga ordinationen har påvisats öka både den fysiska aktivitetsnivån samt att den förbättrar följsamheten jämfört med enbart rådgivning (Kallings, 2011).

1.4.1 Styrkor och effekter av FaR

Tidigare studier genomförda av Kallings et al. (2008) och Leijon et al. (2009) påvisar att FaR som behandlingsmetod ökar aktivitetsnivån hos patienter inom primärvården under en period som är tre, sex och tolv månader efter start. Behandlingsmetoden har även bevisats leda till en ökad aktivitetsnivå hos de individerna som har lägst aktivitetsnivå i samhället, samt att fler uppnår den rekommenderade aktivitetsnivån med hjälp av metoden. Enligt patienternas självrapportering hade en ökning av vardagsaktiviteter och träning ökat efter 6 månader till följd av metoden (Kallings et al., 2008). Att FaR som behandlingsmetod ger långvariga effekter på den fysiska aktivitetsnivån är därmed ett verkligt förhållande för metodens verkan. Utöver den risk som låg fysisk aktivitetsnivå medför, finns evidens som tyder på att stillasittande beteende oberoende av fysisk aktivitetsnivå har negativ effekt på hälsa och sjukdomar (Owen et al., 2009). Enligt en studie från Kallings et al. (2009) leder metoden även till minskat dagligt stillasittande enligt självrapporterade data. Resultaten av studien visar en daglig reducering om två timmar och innebär därmed en minskad risk för de negativa hälsoeffekter som finns med långvarigt stillasittande. Vidare har livskvaliteten och hälsan hos individer rapporterats få positiv effekt från behandling av FaR. Mätningen har skett genom självskattning hos primärvårdspatienter med förbättring fysiskt som psykiskt sex månader efter behandling (Kallings et al., 2008).

Fysisk aktivitet har en reducerande effekt på blodtrycket hos individer med hypertoni. Regelbunden fysisk aktivitet som utövas i medel till hög intensitet reducerar blodtrycket upp till 11/5 mm Hg och är därmed en avgörande behandlingsmetod för individer med hypertoni (Rödger et al., 2016). Patienter med hypertoni som får ett förskrivet FaR och som följer rekommendationerna har därmed goda förutsättningar för en bättre hälsa. Den ökade fysiska aktivitetsnivån som FaR resulterar i har även en direkt påverkan på flertalet andra riskfaktorer kopplade till metabola och hjärt- och kärlsjukdomar. FaR-metoden kan påverka och förbättra faktorer som: vikt, BMI, blodsocker, blodfetter och bukfetma och därmed främja hälsan hos individer i samhället (Kallings 2011).

1.5 Hälsopedagoger

Hälsopedagogprogrammet innefattar tre års heltidsstudier som resulterar i en kandidatexamen i idrottsvetenskap och går under ett mer välbekant namn ”hälsopedagog”. Enligt Gymnastik- och Idrottshögskolan (2023) innebär utbildningen kunskap om ett helhetstänk både kort- och långsiktigt gällande hälsa och samband för varje individ samt hela organisationers produktivitet och lönsamhet. Arbetet riktar sig mot att med hjälp av fysisk aktivitet och andra livsstilsfaktorer hålla människor vid god hälsa samt förebyggandet av ohälsa. Betydelsen av hälsopedagoger belyses även med motiveringen att livsstilsrelaterade sjukdomar och psykisk ohälsa ökar i alla åldrar. Hälsopedagoger besitter även unik kunskap som kan bidra i det preventiva hälsoarbetet (Gymnastik- och Idrottshögskolan, 2023). Hälsopedagoger arbetar enligt ett salutogent förhållningssätt och ska kunna erbjuda människor individanpassade verktyg i vardagen som hjälp för att kunna upprätthålla eller förändra olika livsstilsfaktorer för en god hälsa anpassat efter varje individs förutsättning, bakgrund och intressen. Som hälsopedagog finns det flera olika karriärvägar att gå, till exempel: inom företagshälsovård, nära samarbete med HR-avdelningar, FaR eller personlig tränare (Gymnastik- och Idrottshögskolan, 2023).

2. Kunskapsöversikt

2.1 Existerande forskning

I dagsläget finns det forskning gällande inställning hos personal inom primärvården kopplat till levnadsvanor samt hur de arbetar för att främja hälsosamma levnadsvanor hos patienterna. Enligt Ek et al. (2021) anser majoriteten av personalen inom hälso- och sjukvården att det är väldigt viktigt att diskutera levnadsvanor, medan enbart 11–23% faktiskt erbjuder rådgivning. Ytterligare forskning visar på att FaR är en evidensbaserad metod som resulterar i en ökad aktivitetsnivå som vidmakthålls och därmed är bidragande i folkhälsoarbetet (Kallings et al., 2008).

Vidare i en nyligen publicerad avhandling har man tittat på effekterna av stöd för FaR hos patienter inom vården. Undersökningen visar att patienternas fysiska aktivitetsnivå har ökat samt att deras upplevelse är positiv gällande den individanpassade rådgivningen. Den

individualiserade rådgivningen och uppföljningen som FaR-metoden består av är en betydande faktor för patientens engagemang gällande fysisk aktivitet (Andersen, 2022).

I en svensk studie undersöktes den fysiska aktivitetsnivån och livskvalitén hos individer som ordinerats ett recept på fysisk aktivitet. Det var en observationsstudie som genomfördes inom vården och uppföljningen av patienterna varade upp till två år. Studien visar en signifikant ökning av den fysiska aktivitetsnivån efter 6 och 12 månader hos de individer som fått ett förskrivet FaR. Efter 24 månader var ökningen av den fysiska aktivitetsnivån inte längre signifikant, men det gjordes signifikanta upptäcker gällande förbättring av fysiska begränsningar, fysisk smärta, allmänt hälsotillstånd och energi. Därmed styrker studien att fysisk aktivitet på recept tycks vara en god metod för att genomföra förändringar i aktivitetsnivån och som i sin tur bidrar till goda hälsoeffekter (Rödger et al., 2016).

Enligt Kallings (2016) är uppföljningen i FaR-metoden viktig för möjligheten att individanpassa ordinationen och även kunna identifiera när extra motivation krävs för att stötta individen till fortsatt ändrade aktivitetsvanor. Förskrivaren av receptet är ansvarig för att uppföljning sker, men ansvaret kan fördelas till en annan person inom hälso- och sjukvården. Enligt Kallings (2016) är det en positiv ökning gällande antalet förskrivningar sedan år 2007 och hon belyser vikten av att modellen används enligt riktlinjer för goda resultat.

Däremot finner vi ingen existerande forskning inom vår specifika frågeställning gällande samarbetet mellan primärvården och hälsopedagoger. Med den tidigare forskningen anser vi att med hjälp av denna kunna ha en grund att utgå från för att skapa en hypotes hur personalen inom primärvården ser på FaR.

2.2 FaR i Sverige

I dagsläget skiljer det sig hur metoden används och hur den fungerar beroende på region och vilken typ av mottagning. Metoden är mest använd inom primärvården men förskrivningar sker även inom specialistvården. Metoden har en grundmodell som därmed gör att den används likvärdigt med samma grund i hela landet, men där mindre variationer kan förekomma beroende på geografiskt läge. Enligt Kallings (2011) används inte metoden fullt ut i hela landet, utan det finns utrymme att öka antal förskrivningar och utnyttja metodens fulla potential för en bättre folkhälsa. Det finns ett identifierat behov av tydligare riktlinjer och rutiner för hur arbetet med FaR ska genomföras och enligt Kallings (2011) behöver det finnas

en tydlig struktur gällande vem som gör vad och att det finns aktörer på olika nivåer i samhället. Metoden bör hanteras som en del av verksamheternas dagliga arbete och hanteras enligt ett tankesätt som visar på att metoden ska vara kvar för att stanna.

2.2.1 FaR internationellt

Användandet av FaR internationellt skiljer sig från hur det ser ut i Sverige och i Norden. Storbritannien, Nya Zeeland, Australien, USA och Spanien är länder som arbetar med förskrivning av FaR. Dessa länder arbetar med metoden på ett annorlunda tillvägagångssätt jämfört med Sverige och det är tack vare deras arbete och tidigare forskning som grunden till Sveriges arbete med FaR har sitt ursprung. I varje land finns det egna riktlinjer och modeller som är anpassade efter varje lands möjligheter och förutsättningar. Det är viktigt att det finns bra förutsättningar för patienten att vara fysisk aktiv och det kan skilja sig tydligt mellan olika länder och kontinenter. Gällande FaR-arbetet i Norden finns det både skillnader och likheter mellan modellerna. Oavsett skillnaderna i de nordiska länderna så är det gemensamt för alla fyra länder att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samtalar med patienten och sedan ger individen en skriftlig ordination på fysisk aktivitet (Kallings, 2008).

2.2.2 Upplevda hinder med FaR

Metoden har fått en spridning sedan början av nyttjandet i landet, men än är den inte fullt implementerad. Det finns svårigheter med det svenska arbetet gällande att öka antalet förskrivningar och att sprida metoden över hela landet. Implementeringsprocessen är en svår process som tar tid, precis som det gör för nya hälsofrämjande metoder att implementeras. Det medför att det tar lång tid innan metoden är en naturlig del inom den dagliga verksamheten (Folkhälsomyndigheten, 2017).

Tidigare forskning av hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelser av metoden visade att förskrivning av recept på mediciner var det som användes i första hand som behandling. *“We are brought up to learn that diseases are treated by medical measures, which means that drugs often come first. Even if you try to change your attitude, the old ways hang on”* (Persson et al., 2013). Inom hälso- och sjukvården finns ett medicinskt synsätt som åsidosätter den salutogena inställningen då legitimerad personal fokuserar på hälsan istället för eventuella sjukdomar hos patienten. Detta kan öka patientens välbefinnande om personalen fokuserar på friskfaktorer och potential hos patienten, istället för sjukdomen och dess negativa effekter (Hultgren, 2002). Det har uppmärksamats att det finns svårigheter med att identifiera inaktiva patienter när det finns en viss

problematik med att fastställa aktivitetsnivån, således blir det svårt att upplysa om de positiva effekter som deras fysiska aktivitetsnivå bidrar med (Kallings & Leijon 2010). Enligt Graham et al. (2007) anses tidsbrist, ekonomi, tillit till patienter, kunskap, erfarenhet och brist på praktiska hjälpmedel som rådgivande protokoll vara mest förekommande hinder för förskrivningen. Även andra hinder till förskrivningen är att metoden anses vara irrelevant i arbetet med patienter och en arbetsuppgift som anses vara av låg status (Hébert et al., 2012).

2.2.3 Kunskapsluckor

I Sverige finns det möjligheter, resurser och kunskap som borde nyttjas till sin fulla potential för att uppnå bästa effekt gällande befolkningens hälsa. Den låga aktivitetsnivån som uppmätts genererar i höga kostnader för samhället som hade kunnat sänkas med hjälp av fysisk aktivitet (Folkhälsomyndigheten, 2010).

Det finns flertalet kända effekter av FaR som behandlingsmetod. Men där vi ser ett glapp mellan hur det hade sett ut med en väl utnyttjad arbetsplan för metoden, de goda effekterna som metoden kan generera i, samt hur pass aktivt som metoden används runt om i landet. Vi förstår att det finns kunskapsluckor som har negativa konsekvenser gällande användandet för metoden och därför har vi valt att titta närmare på vart kunskapen finns. Vi vill identifiera kunskapsluckorna för att i sin tur åtgärda dem för ett mer aktivt arbete med FaR som behandlingsmetod.

3. Syfte och frågeställningar

Studiens övergripande syfte var att undersöka hälso- och sjukvårdspersonalens inställning och användande av FaR-metoden samt om hälsopedagoger kan vara en samverkande profession och således öka FaR-förskrivningen.

- Vilken är hälso- och sjukvårdspersonalens inställning gällande användandet av FaR-förskrivning?
- Vilka möjligheter och hinder upplever hälso- och sjukvårdspersonalen för FaR-förskrivning?
- Skulle möjligheten att nyttja hälsopedagoger inom eller utanför vården vara ett alternativ för hälso- och sjukvårdspersonalen för att öka FaR förskrivningen?
- Skiljer sig ovan beroende på yrkesprofession inom hälso- och sjukvården? (läkare jämfört

med sjuksköterskor)

- Påvisar “tillräckligt” fysiskt aktiva personer inom hälso- och sjukvården en bättre inställning till FaR?

Vår hypotes är att primärvården är positivt inställda mot FaR, däremot tror vi att det finns en avsaknad av både kunskap och tid inom området vilket leder till begränsat antal förskrivningar. Vi tror även att det finns ett stort utrymme för hälsopedagoger att bidra i samhället på både individ-och folkhälsolivå genom att ökat samarbete med primärvården.

4. Metod

4.1 Studiedesign

Studien genomfördes i form av en kvantitativ tvärsnittsstudie med syfte att nå ut till legitimerad primärvårds personal inom Region Stockholm. Studiedesignen är vanligt förekommande inom vård- och hälsovetenskap (Borg & Westerlund, 2012). Då studiens syfte var att undersöka den utvalda populationens inställning gällande förskrivning av FaR, var det nödvändigt att inkludera en studiepopulation som kunde ge en representativ och rättvisande bild av den undersökta gruppen. Detta för att kunna dra slutsatser från studiens resultat som visar en bild för hela målpopulationen.

4.2 Urval

Studien riktade sig till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården i Region Stockholm. Utöver det inkluderades alla oavsett ålder, kön och tidigare erfarenhet av FaR. Vår avsikt var att nå ut till primärvårdsenheter runtom i hela regionen för att få en objektiv bild av det faktiska läget oavsett geografiskt läge. Totalt kontaktades 67 vårdcentraler via mejl och direktkontakt, utöver det delades även enkäten ut på sociala medier och via kontakter inom området.

4.3 Data

Studiens data samlades in via en digital enkät (se bilaga 3) bestående av 17 frågor under tidsperioden 17/1-23 till 8/2-23. Enkäten skapades utefter noggrant utvalda självkonstruerade frågor kopplade till studiens frågeställningar med inspiration från diverse befintliga enkäter inom området. Syftet med utformningen var att den skulle vara intresseväckande och

uppfattas som professionell av de berörda. Men även lättläst, begriplig och enkel för studiedeltagarna att besvara och således en förutsättning för ökad svarsfrekvens.

Enkäten bestod av frågor med olika former av svarsalternativ beroende på vad som efterfrågades. Frågorna gällande deltagarnas ålder, namn på arbetsplats, profession, eventuell utbildning om FaR och identifierade hinder besvarades med färdiga svarsalternativ eller fritext. Vid utformningen av enkäten ansågs det välbehövligt att lämna möjlighet till fritextsvar på dessa frågor för att erhålla viktig och relevant information. Två av enkätfrågorna besvarades genom en skattningsskala där deltagarna skulle ta ställning till olika påståenden. Resterande enkätfrågor bestod av flervalsfrågor. Enkäten gjordes tillgänglig för att besvara via Microsoft enkätprogram ”Forms”. Vi valde att konstruera vår enkät i det programmet för att det var smidigt att skapa en enkel och sammanhängande enkät för studiedeltagarna. Enkäten var lättillgänglig för alla utan krav på inloggningsuppgifter eller konto.

4.4 Datainsamling

För att skapa en så representativ bild av verkligheten som möjligt, var målet att enkäten skulle besvaras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal från hela Region Stockholm. För att hitta alla primärvårdsenheter användes hemsidan 1177 för att identifiera samtliga enheter och finna deras kontaktuppgifter. Vi kontaktade verksamhetschefen för de olika enheterna över e-post för att informera om studiens syfte, förväntad tidsåtgång samt en bifogad fil med information om studien (Se bilaga 2). För att nå ut till så många personer som möjligt valde vi även att dela enkäten (se bilaga 3) på sociala medier tillsammans med informationsbrev och samtyckesblankett (se bilaga 2). Online-enkäter har blivit en populär datainsamlingsmetod då internet bidrar till en ökad spridning av önskat innehåll (Hassmén & Hassmén, 2008). Det finns en risk att urvalet har blivit begränsat på grund av att enkäten enbart funnits i digitalt format.

4.5 Dataanalys

Efter avslutad svarsperiod sammanställdes svaren. Sammanställningen genomfördes i programmet SPSS och resultaten presenteras i form av löpande text, tabeller och diagram i studien. Redovisning av resultatet presenteras primärt i form av det totala resultatet för hela studiepopulationen och därefter enbart i skillnader mellan jämförelsegrupperna.

4.6 Etiska överväganden

Studien innefattar mindre etiska överväganden gällande känsliga persondata. Inför studiens start genomfördes etiska överväganden av behandling av känsliga persondata, vilket vi ser små risker med då alla svar har behandlats anonymt och sammanställts på gruppnivå med anledning till att ingen enskild individ ska vara möjlig att identifieras. Detta informerades studiedeltagarna om i informationsbrevet innehållande samtyckesblanketten (se bilaga 2). Informationsbrevet informerade om studiens syfte, att medverkan var helt frivillig och att möjligheten till att avbryta sin medverkan från studien var möjlig. Studiedeltagarna informerades om att studien genomfördes under sekretess av personuppgifter och att insamlad data enbart skulle användas till den specifika studien. Studiens objektivitet kan komma att ifrågasättas då det finns ett intresse att få fram ett specifikt resultat.

4.7 Validitet och reliabilitet

Tillförlitlighet och upprepbarhet är till synes två viktiga begrepp inom forskningen. Reliabilitet eftersträvas ständigt och handlar om upprepbarhet och potentialen att få samma resultat vid oförändrade förutsättningar för försökspersonerna i studien. Validitet handlar om tillförlitligheten och bedömer om det som är tänkt att undersökas faktiskt mäts i den aktuella undersökningen. Reliabilitet kan ses som den mindre viktiga aspekten i en studie, men ändå anses en studie utan hög reliabilitet ha en låg validitet.

I denna studie har en enkät använts för att undersöka inställning hos legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt en hälsopedagogs outnyttjade kunskaper inom primärvården. Enkäten skickades ut utan en pilotstudie och därmed minskar reliabiliteten då en pilotstudie kan bidra till att enkätens struktur och tydlighet kan justeras inför den riktiga mätningen. Det kan i sin tur förbättra de slutgiltiga resultaten då de blir mer generaliserbara och tillförlitliga. För att öka reliabiliteten kan antalet frågor justeras i enkäten. En enkät med fler antal frågor bidrar till en mer omfattande mätning, men som därmed är mer tidskrävande och i slutändan kostar mer pengar (Hassmén & Hassmén, 2008). Validiteten handlar om huruvida undersökningen representerar de värden som är intressanta i studien och berör aktuella frågeställningar. Det är viktigt att validiteten säkerställs under hela studiens gång då den är beroende av lämplig metod för att samla in och analysera data (Hassmén & Hassmén, 2008). Enkäten innehöll till största del kryssfrågor, med möjlighet till fritextsvar på ett fåtal av frågorna, vilket påverkar validiteten negativt. Den externa validiteten ifrågasätter generaliseringen gällande studiens

resultat. För en hög extern validitet krävs det att studiens resultat är representativa för en större population.

4.8 Statistiska överväganden

Resultatdelen framställs uppdelat enligt studiens frågeställningar. Primärt fokus är på den totala studiepopulationens resultat från enkäten. Sedan jämförs och granskas resultaten mellan sjuksköterskor och läkare för att undersöka om det föreligger en signifikant skillnad (signifikansnivå vald till $p < 0,05$) i svaren mellan de två professionerna (fysioterapeuter och psykologer är här exkluderade på grund av för få studiedeltagare). Enkätsvaren är fulltaliga med svar från samtliga studiedeltagare bortsett från ett bortfall i ålder (Tabell 1) respektive frågan gällande utbildning om FaR (Figur 1).

Datan presenteras i enheterna antal och % samt medel (SD) och medianvärde. De statistiska tester som genomförts för att mäta skillnader mellan andelar, medelvärden och median har genomförts via t-test antingen via chi square (nominal) eller Mann Whitney U (ordinal) beroende på om det var nominal eller ordinaldata som undersöktes. Anledningen till varför vi använt oss utav både medel- och medianvärde är för att presentera ett så sanningsenligt resultat som möjligt med tanke på studiens låga deltagarantal.

5. Resultat

5.1 Deskriptiv data - enkätstudiedeltagare

Studios enkätformulär besvarades av totalt 64 individer från hälso- och sjukvården, dessa personer står till grund för studiens undersökning och är således studiepopulationen ($N=64$). En sammanställning av deltagarna redovisas enligt Tabell 1. Studiedeltagarna är verksamma inom primärvården som sjuksköterskor, läkare, fysioterapeuter eller psykologer i region Stockholm. I den totala sammanställningen inkluderades de övriga professionerna, men i resultatdelen där sjuksköterskor och läkare jämförts har dem exkluderats då de var få i antalet vilket resulterar i en låg power. Medelåldern hos deltagarna var 43 år ($SD=8,3$) med en spridning inom åldrarna 24–66 år och en majoritet inom åldersgruppen 34–43 år (38%). Studien bestod av 75% kvinnor ($n=48$), 22% män ($n=14$) och 3% vilka antingen angav annan eller inte ville ange kön ($n=2$).

Tabell 1. Deltagarantal, ålder (medelvärden och standardavvikelser), fördelning av kön och yrkesprofession hos studiedeltagarna.

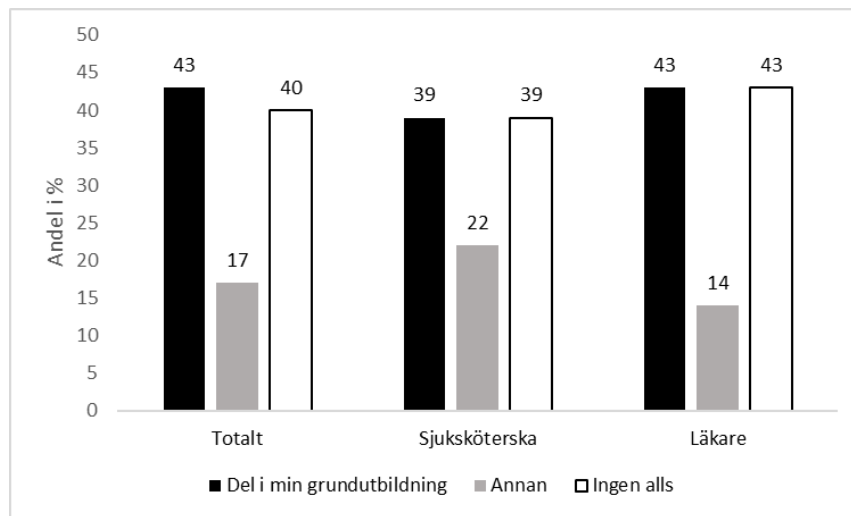
	Sjuksköterska*	Läkare	Övriga (Psykolog;Fysio)	Totalt
	N=31	N=29	N=4	N=64
<u>Kön</u>				
Kvinna, (n) %	87% (n=27)	66% (n=19)	50% (n=2)	75% (n=48)
Man, (n) %	10% (n=3)	31% (n=9)	50% (n=2)	22% (n=14)
Annan/vill ej uppge) (n) %	3% (n=1)	3% (n=1)		3% (n=2)
<u>Ålder</u>				
Medel, (SD)	46 (SD=11,1)	41 (SD=8,3)	35 (SD=7,2)	43 (SD=10,0)
24–33 år	16% (n=5)	20% (n=6)	50% (n=2)	21% (n=13)
34–43 år	32% (n=10)	40% (n=12)	50% (n=2)	38% (n=24)
44–53 år	23% (n=7)	30% (n=8)		24% (n=15)
54+ år	2% (n=8)	10% (n=3)		17% (n=11)

* Professionen distriktssköterska ingår inom kategorien sjuksköterska i studien

5.2 Användandet av FaR-metoden

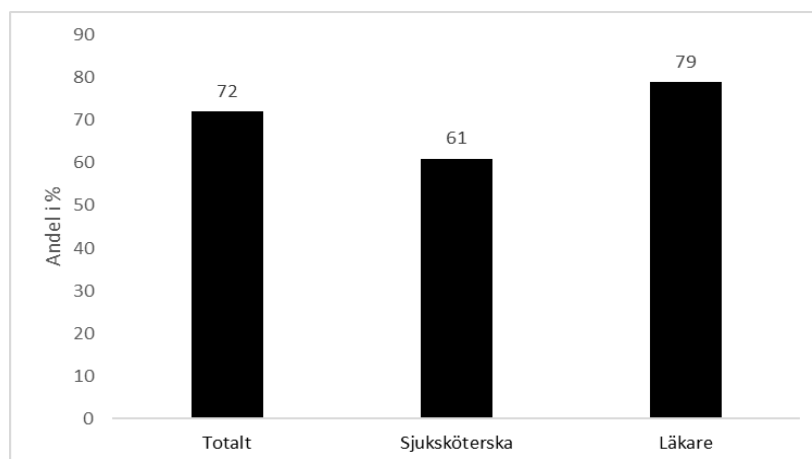
Detta avsnitt inleder med att redovisa de frågor vilka avser hälso- och sjukvårdspersonalens användande av FaR, därefter presenteras resultaten kopplat till studiens frågeställningar: Vilken är hälso- och sjukvårdspersonalens inställning gällande användandet av FaR-föreskrivning? Samt skiljer ovan beroende på vilken profession man tillhör inom hälso- och sjukvården? (läkare jämfört med sjuksköterskor) Resultatet från figur 1 visar att 40% (n=25) av studiepopulationen inte säger sig ha någon utbildning om FaR medan 60% (n=38) har en sådan. Utbildningarna har genomförts antingen i form av grundutbildning (43%) alternativt enligt svarsalternativet “annan” (17%) med fortbildningskurs, WEB seminarium och endagsutbildning angivna som några angivna exempel. 61% sjuksköterskor respektive

57% läkare besitter någon form av utbildning och det föreligger således inte någon signifikant skillnad mellan professionerna ($p=0,607$).



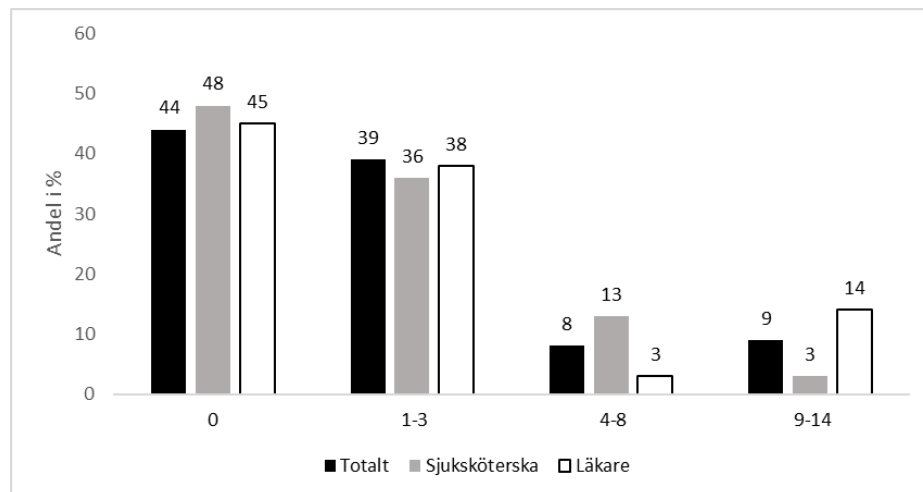
Figur 1. Typ av utbildning om FaR i hela studiepopulationen ($N=64$), samt för sjuksköterskor ($n=31$) och läkare ($n=29$) separat.

Figur 2 visar att majoriteten av studiepopulationen med totalt 72% ($n=46$) oavsett profession någon gång har förskrivit FaR på sin nuvarande arbetsplats. Resultatet visar även att 61% av sjuksköterskorna respektive 79% av läkarna har svarat ja på frågan. Resultatet tyder på att ingen signifikant skillnad föreligger mellan de två professionerna ($p=0,131$).



Figur 2. Har förskrivit FaR på sin nuvarande vårdcentral i hela studiepopulationen ($N=64$), samt för sjuksköterskor ($n=31$) och läkare ($n=29$) separat.

Figur 3 beskriver egenskattad antal förskrivningar av FaR under en månad. Resultatet visar att majoriteten av deltagarna förskriver ett lågt antal recept. 44% (n=28) av studiepopulationen förskriver 0 recept under en månad, 39% (n=25) förskriver 1–3 recept, 8% (n=5) förskriver 4–8 recept och 9% (n=6) förskriver 9–14 recept. Det föreligger ingen signifikant skillnad i antal förskrivningar mellan de två professionerna sjuksköterska och läkare (p=0,402).

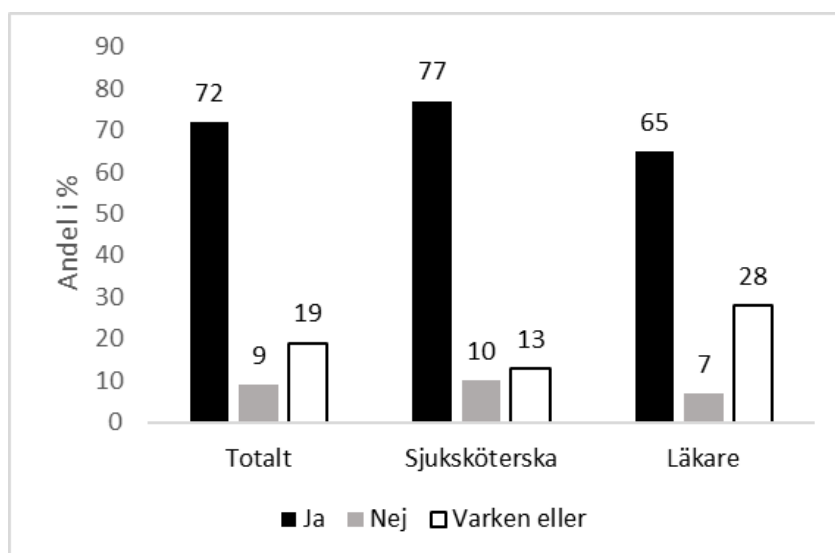


Figur 3. Antal förskrivningar av FaR under en månad i hela studiepopulationen (N=64), samt för sjuksköterskor (n=31) och läkare (n=29) separat.

5.3 Inställning gentemot FaR-metoden

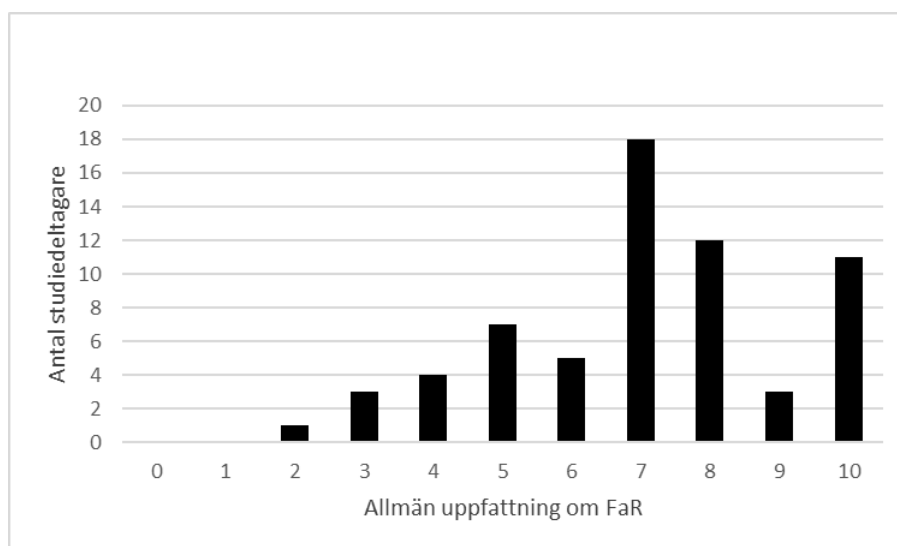
Resultatet från stapeldiagrammet i figur 4 visar att majoriteten med 72% (n=46) av deltagarna påvisar en positiv inställning gentemot användandet av FaR medan endast 9% (n=6) anser att det motsatta. Resterande 19% (n=12) har svarat varken ja eller nej.

Vidare visar fördelningen av svaren att 77% (n=24) av sjuksköterskorna respektive 65% (n=19) av läkarna anser att FaR är en nödvändig behandlingsmetod inom sin profession. 10% (n=3) respektive 7% (n=2) anser att metoden inte är nödvändig och 13% (n=4) respektive 28% (n=8) anser att metoden varken är nödvändig eller inte. Siffrorna visar en positiv inställning i hög grad hos båda grupperna och en skillnad som icke är signifikant (p=0,536).



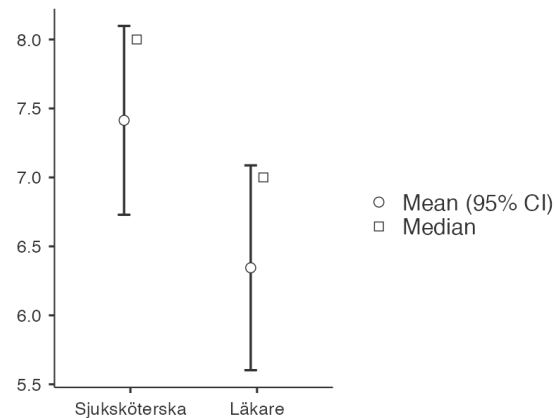
Figur 4. Anser att FaR är en nödvändig behandlingsmetod inom sin profession i hela studiepopulationen (N=64), samt för sjuksköterskor (n=31) och läkare (n=29) separat.

I Figur 5 presenteras deltagarnas allmänna uppfattning om FaR som behandlingsmetod på en skala mellan 1–10. Typvärdet på frågan är 7 och medelvärdet hos gruppen påvisade ett resultat om $\bar{x}=7,05$ i omdöme, vilket antyder att FaR uppfattas positivt av majoriteten av hälso- och sjukvårdspersonalen.



Figur 5. Frekvenstabell av den totala studiepopulationens allmänna uppfattning om FaR som behandlingsmetod.

I Figur 6 visas redovisas frågan sjuksköterskor och läkare emellan. Skillnaden påvisas genom ett medianvärde om 8 hos sjuksköterskorna respektive 7 hos läkarna. Resultatet innebär att en signifikant skillnad föreligger mellan de två professionerna ($p=0,016$).



Figur 6. Skillnad mellan professioners genomsnittliga omdöme för sjuksköterskor ($n=31$) och läkare ($n=29$). Y-axeln visar omdömet och resultatet är presenterat i medel- och medianvärde samt konfidensintervallet 95%.

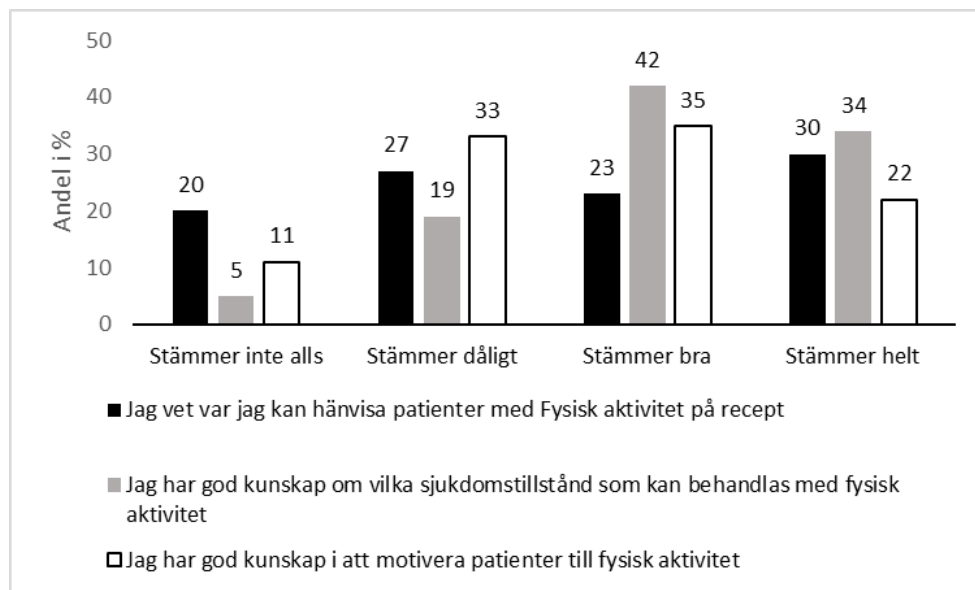
Figur 7 redovisar studiedeltagarnas svar gällande påståenden kopplade till ställningstagande gentemot FaR.

Frågan “*Jag vet var jag kan hänvisa patienter med Fysisk aktivitet på recept*” har ett relativt jämnt fördelat resultat på de fyra olika alternativen. Andel svarande per svarsalternativ var enligt följande: 20% angav påståendet stämmer inte alls följt av 27% enligt alternativet stämmer dåligt, 23% angav stämmer bra och resterande 30% uppgav stämmer helt.

Frågan “*Jag har god kunskap om vilka sjukdomstillstånd som kan behandlas med fysisk aktivitet*” visar en förskjutning åt att majoriteten har kunskap i frågan där endast 5% har svarat stämmer inte alls, 19% stämmer dåligt, 42% stämmer bra och 34% stämmer helt.

Ställningstagandet på frågan “*Jag har god kunskap i att motivera patienter till fysisk aktivitet*” gav brett fördelade svar där mer än hälften anser sig ha god kunskap enligt fördelningen: stämmer inte alls=11%, stämmer dåligt= 33%, stämmer bra= 35% och stämmer helt= 22%.

Svaren från de tre redovisade frågorna visar samtliga på en icke signifikant skillnad mellan sjuksköterskor och läkare ($p=0,646$), ($p=0,420$) och ($p=0,100$).

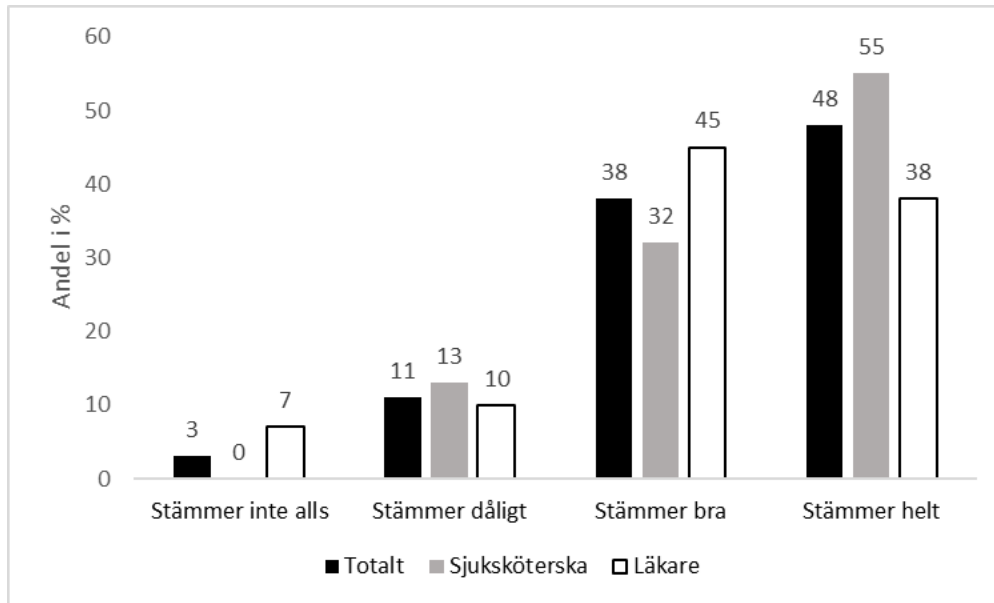


Figur 7. Ställningstagande om FaR och fysisk aktivitet i hela studiepopulationen (N=64), samt för sjuksköterskor (n=31) och läkare (n=29) separat.

Figur 8 redovisar påståendet: *“Jag har en god inställning till fysisk aktivitet på recept som alternativ behandlingsmetod”* i form av ett stapeldiagram. Diagrammet visar att en stor majoritet på 86% av deltagarna anser sig ha en god inställning enligt frågan där övriga svar fördelades enligt följande: 3% enligt ställningstagandet “stämmer inte alls” och 11% “stämmer dåligt”.

Skillnaden mellan sjuksköterskor och läkare på samma fråga visar att ingen sjuksköterska medan 7% av läkarna har angivit “stämmer inte alls”.

Resultatet visar på en förskjutning åt det positiva i frågan hos de två professionerna och skillnaden är icke signifikant ($p=0,202$).

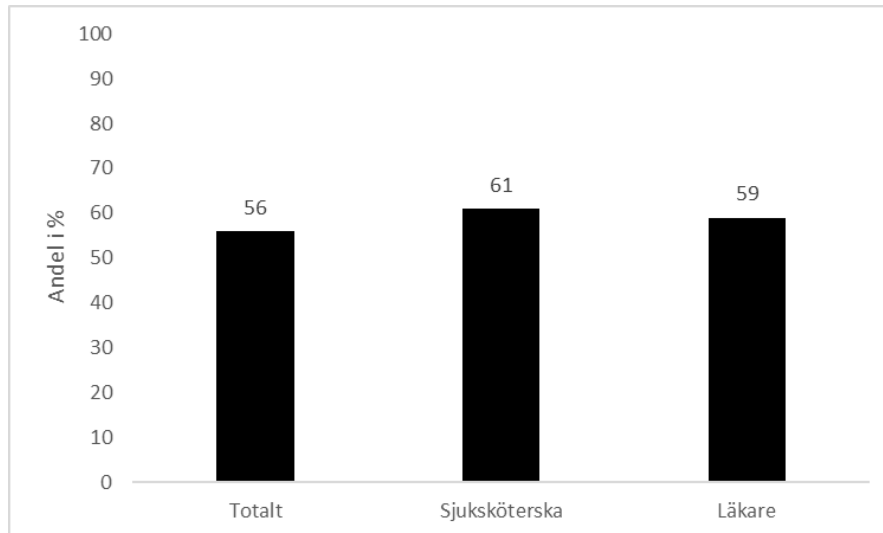


Figur 8. Har en god inställning till FaR som alternativ behandlingsmetod i hela studiepopulationen (N=64), samt för sjuksköterskor (n=31) och läkare (n=29) separat.

5.4 Möjligheter och hinder

Under kommande avsnitt redovisas de resultat kopplade till frågeställningen angående hälso- och sjukvårdens upplevda möjligheter och hinder samt frågeställningen som berör skillnaden i svaren mellan sjuksköterskor och läkare. För att undersöka detta framställs resultaten från frågorna 13, 14, 15, 16 och 17 i enkätformuläret (se bilaga 3).

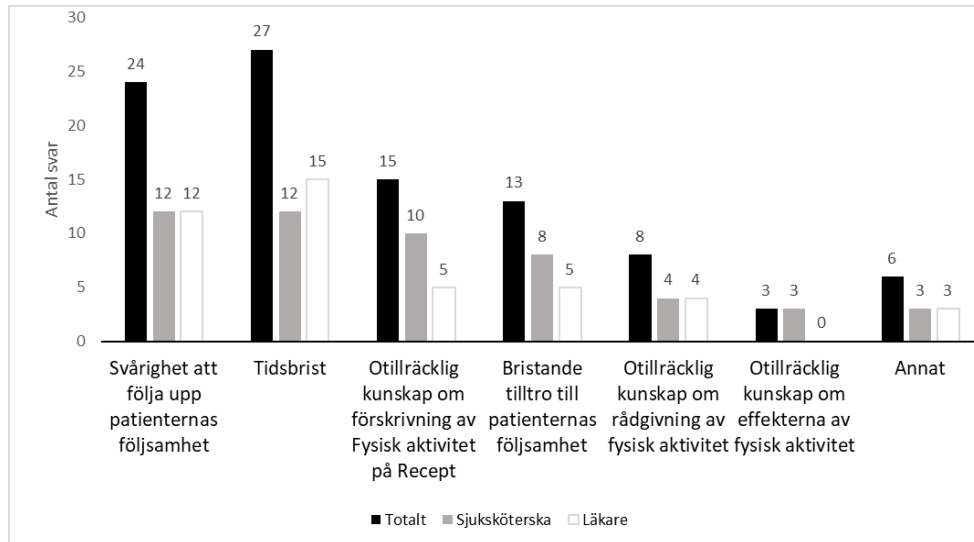
Enligt Figur 9 anser mer än hälften (56%, n=36) av studiens totala studiedeltagare att det finns hinder inom sin profession gentemot förskrivning av FaR. Vidare visar resultatet på uppdelningen mellan sjuksköterskor och läkare att det inte föreligger någon märkbar skillnad i deras uppfattning. Hos de två jämförande professionerna framställs det att 61% (n=19) av sjuksköterskorna respektive 59% (n=17) av läkarna angivit att det förekommer hinder i arbetet med FaR.



Figur 9. Gällande uppfattning om hinder inom sin profession gentemot förskrivning av FaR i hela studiepopulationen (N=64), samt för sjuksköterskor (n=31) och läkare (n=29) separat.

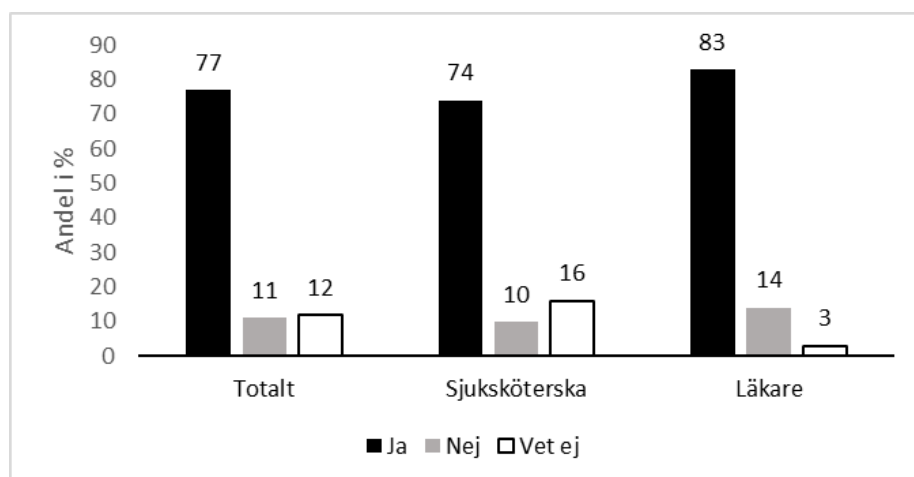
Därefter fick de som svarade “Ja” på ovanstående fråga besvara en följdfråga med syftet att identifiera *vilket* eller *vilka* typer av hinder som förekommer inom hälso- och sjukvården. I frågan fick de svarande kryssa i ett eller flera alternativ. Svaren redovisas i Figur 10 i ett stapeldiagram med totalt antal svar per påstående.

De 36 studiedeltagare som tidigare uppgav att det anser att hinder förekommer, angav tillsammans totalt 96 hinder fördelat på de sju olika alternativen. Dessa fördelades enligt följande; n=27 av de berörda studiedeltagarna angav alternativet *tidsbrist* samt n=24 uppgav *svårighet att följa upp patienternas följsamhet*. Vidare, n=15 anser sig ha *otillräcklig kunskap om förskrivning av fysisk aktivitet på recept*. n=13 upplever sig ha *bristande tilltro till patienternas följsamhet*. n=8 angav *otillräcklig kunskap om rådgivning av fysisk aktivitet* och n=3 *otillräcklig kunskap om effekterna av fysisk aktivitet*. De resterande svaren hamnade på *Annat* där individerna uppmärksammade hinder enligt noteringarna: “att det är oklart vilka anläggningar som tar emot FaR”, “möjligheten att förskriva elektroniskt”, “upplever det som mer komplicerat än tidigare” samt “att det inte motsvarar patientens förväntan på t.ex. egna kostnader”. De noterbara skillnaderna i svaren hos de olika professionerna är att dubbelt så många sjuksköterskor anser sig ha *otillräcklig kunskap om förskrivning av fysisk aktivitet på recept* jämfört med läkarna. Att 88% av läkarna jämfört med sjuksköterskornas 63% anser sig ha *tidsbrist* som ett hinder till förskrivning samt att 16% av sjuksköterskorna anser sig ha *otillräcklig kunskap om effekterna av fysisk aktivitet* till skillnad från läkarnas 0%.



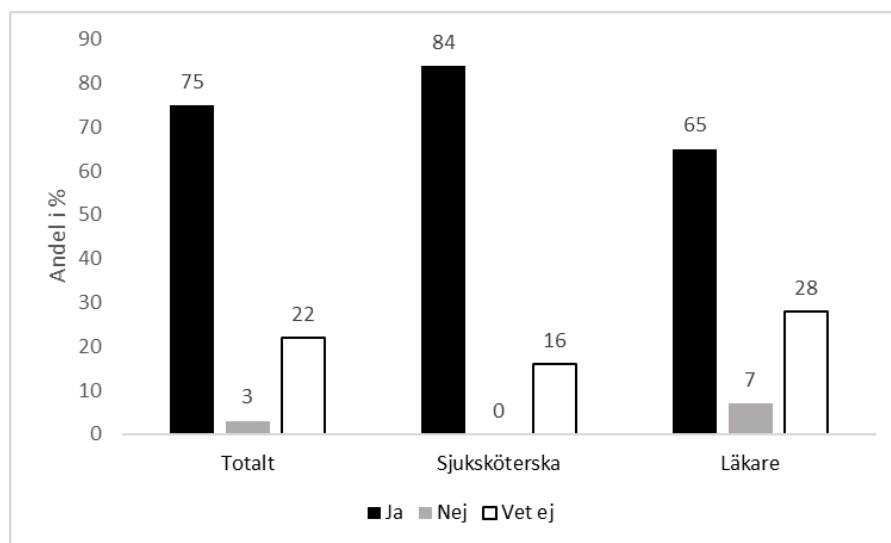
Figur 10. Upplevda hinder med förskrivning av FaR hos sjuksköterskor (n=19) och läkare (n=17).

Kommande fråga undersöker huruvida hälso- och sjukvården *upplever eventuell chans till ökad förskrivning vid möjligheten att remittera*. I Figur 11 redovisas ett resultat där 77% av studiepopulationen svarat “Ja” på frågan. Jämförelsen professionerna emellan visar att 74% av sjuksköterskorna och 83% av läkarna ser det som mer troligt att de skulle börja förskriva/ öka antalet förskrivningar om de har möjlighet att remittera patienter till någon som kan stötta patienten samt ansvara för uppföljning. Läkarna påvisar en högre tendens enligt resultaten men det föreligger ingen signifikant skillnad (p=0,251).



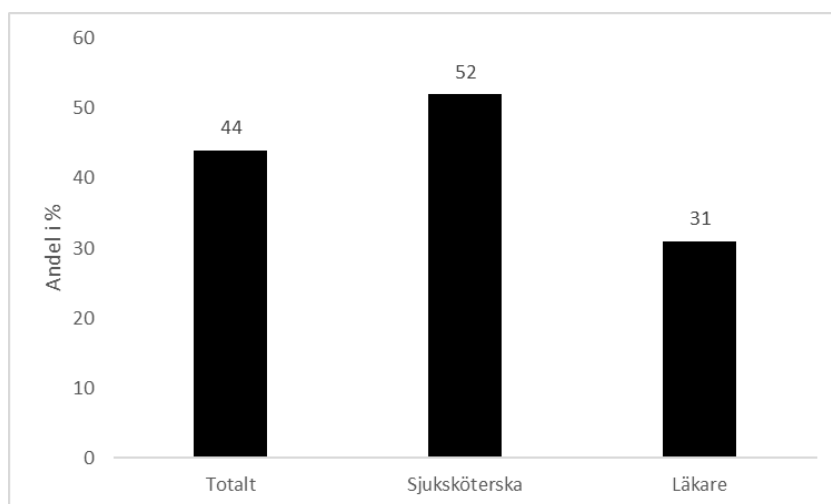
Figur 11. Upplevd sannolikhet att öka förskrivningen vid möjlighet att remittera i hela studiepopulationen (N=64), samt för sjuksköterskor (n=31) och läkare (n=29) separat.

Figur 12 visualiserar svaren från enkätfrågan med syftet att undersöka om hälso- och sjukvårdspersonalen upplever att ett ökat användande av FaR-metoden skulle generera i ett positivt utfall gällande den fysiska aktivitetsnivån hos befolkningen. Resultatet visar att en stor majoritet av de svarande, 75%, anser att det skulle vara ett troligt utfall medan 22% anser att det inte skulle vara troligt. Sjuksköterskorna (84%) visar på en positiv inställning i högre grad i frågan än läkarna (65%), i undersökningen har noll sjuksköterskor angivit svarsalternativ "Nej" mot läkarnas 7%. Trots detta föreligger ingen signifikant skillnad mellan de två jämförelsegrupperna ($p=0,156$).



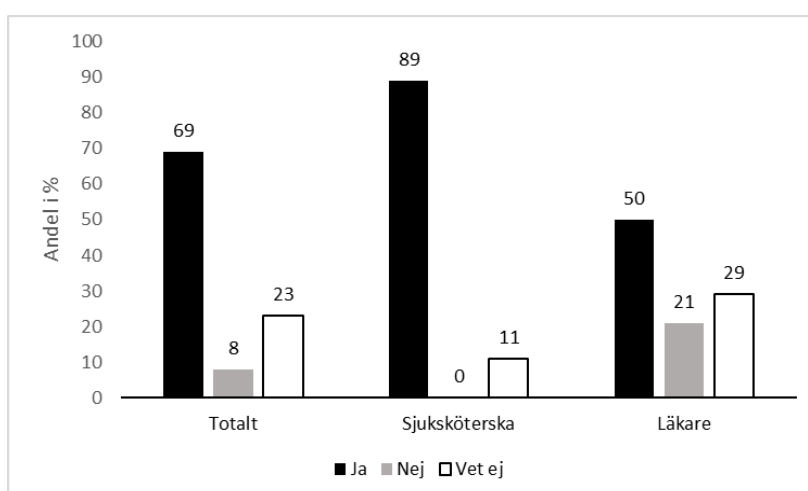
Figur 12. Tror att ett ökat användande av FaR-metoden skulle generera i ett positivt utfall gällande den fysiska aktivitetsnivån hos befolkningen i hela studiepopulationen ($N=64$), samt för sjuksköterskor ($n=31$) och läkare ($n=29$) separat.

I Figur 13 redovisas att färre än hälften (44%) av hälso- och sjukvårdspersonalen i studien känner till professionen "hälsopedagog". Svaren tyder på att sjuksköterskor (52%) har en högre tendens av kännedom till professionen än läkare (31%) men skillnaden är icke signifikant ($p=0,106$).



Figur 13. Kännedom av yrkesprofessionen hälsopedagoger i hela studiepopulationen (N=64), samt för sjuksköterskor (n=31) och läkare (n=29) separat.

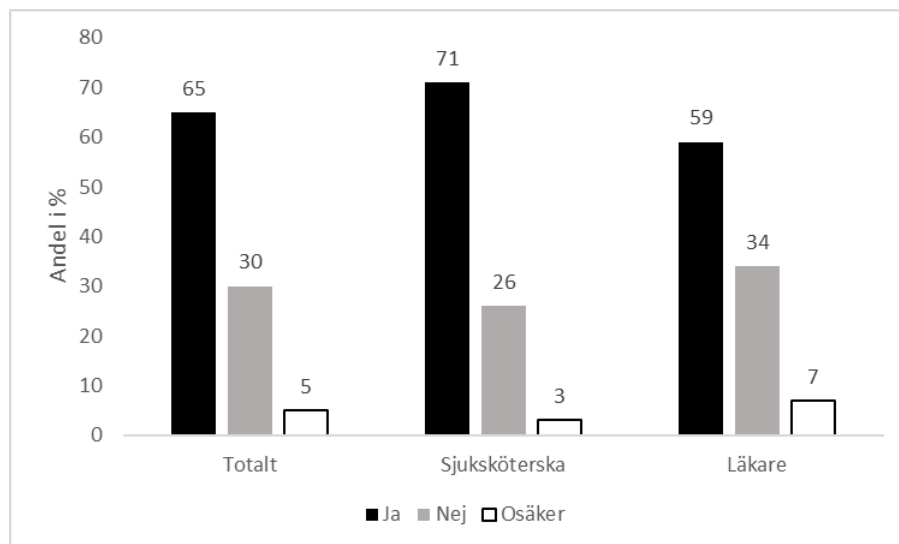
För att undersöka hälso- och sjukvårdspersonalens *inställning till nyttjande av hälsopedagoger inom hälso- och sjukvården för att öka förskrivning av FaR*, fick studiedeltagarna besvara en fråga om just detta. Resultatet presenteras i Figur 14 och visar att 69% har en positiv inställning och endast 8% en negativ. I resultatet uppmärksammas en skillnad mellan professionerna, de som anser sig ha en positiv inställning är 89% av alla sjuksköterskor medan endast 50% av läkarna. Av dessa har även 0 sjuksköterskor svarat nej på frågan medan 21% av läkarna gjort densamma. De resterande 11% sjuksköterskor respektive 29% läkare har angivit "Vet ej". Skillnaden är signifikant mellan de två professionerna (p=0,033).



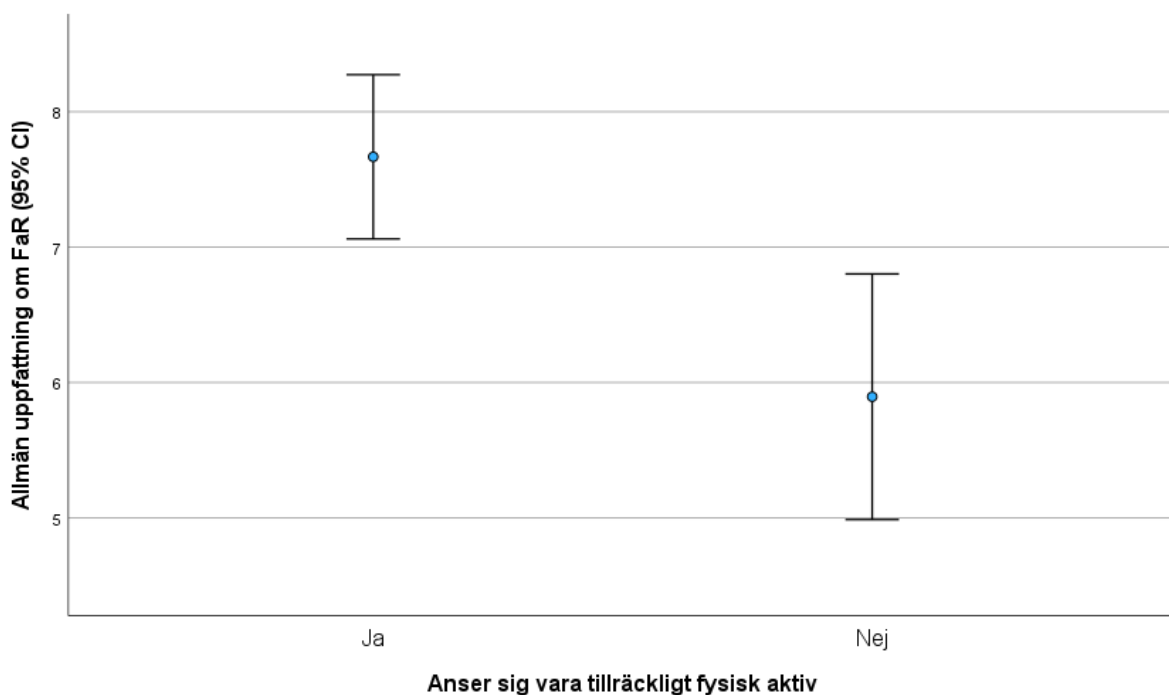
Figur 14. Inställning till nyttjande av hälsopedagoger för ökad förskrivning av FaR i hela studiepopulationen (N=64), samt för sjuksköterskor (n=31) och läkare (n=29) separat.

5.5 Skillnad mellan de som är tillräckligt fysiskt aktiva vs de som inte är det

Under denna rubrik presenteras resultatet angående om deltagarna själva anser sig vara tillräckligt fysiskt aktiva. Sedan jämförs grupperna i deras inställning mot FaR som behandlingsmetod för att besvara frågeställningen *Påvisar "tillräckligt" fysiskt aktiva personer inom hälso- och sjukvården en bättre inställning till FaR?* 65% av den totala studiepopulationen anser sig vara tillräckligt fysiskt aktiva enligt de nationella rekommendationerna, detta presenteras i Figur 15. När vi sedan delar in de som svarat "Ja" (65%) respektive "Nej" (30%) i subgrupper och jämför dessa, redovisas ett resultat i Figur 16. Enligt studieresultatet har de personer som anser sig vara tillräckligt fysiskt aktiva en signifikant högre ($p=0,001$) och således bättre uppfattning om FaR-metoden, med ett medianvärde på 8 mot jämförelsegruppens 6.



Figur 15. Anser sig vara tillräckligt fysiskt aktiv enligt nationella rekommendationerna i hela studiepopulationen (N=64), samt för sjuksköterskor (n=31) och läkare (n=29) separat.



Figur 16. Skillnad i allmän uppfattning om FaR beroende på aktivitetsnivån i hela studiepopulationen (N=64), samt för sjuksköterskor (n=31) och läkare (n=29) separat. Punkten anger medelvärdet och Y-axeln visar svaret från frågan Vilken är Din allmänna uppfattning om Fysisk aktivitet på Recept (FaR) som behandlingsmetod?

6. Diskussion

Studiens övergripande syfte var att undersöka hälso- och sjukvårdspersonalens inställning och användandet av FaR-metoden, samt om hälsopedagoger kan vara en samverkande profession och således öka FaR-förskrivningen. Studiedeltagarnas användande av FaR-metoden har därför undersökts, vidare vad de upplever som möjligheter och hinder samt deras inställning till metoden som behandlingsmetod. I diskussionen redovisas studiepopulationens resultat för att sedan jämföra resultaten mellan sjuksköterskor och läkare.

6.1 Övergripande resultat

En stor majoritet av studiedeltagarna påvisar en positiv inställning till användandet av FaR som alternativ behandlingsmetod och anser att metoden är nödvändig inom sin profession. Däremot upplever majoriteten att hinder med FaR-förskrivning förekommer och påverkar användandet, något som med hjälp av hälsopedagogens kompetens kan åtgärdas. Detta

bekräftas i studien där deltagarna upplever det som mer troligt att kunna öka antal förskrivningar via remittering och ökat nyttjande av hälsopedagoger. Vidare visar resultaten att nästan hälften av studiedeltagarna inte besitter någon utbildning om FaR, däremot att 72% någon gång har förskrivit FaR på sin nuvarande arbetsplats. Studiepopulationen besitter en varierad bakgrund och kunskap om FaR-metoden och således också ett varierat användande av den. Resultaten visar att det inte föreligger någon statistisk signifikant skillnad mellan sjuksköterskor och läkare i de flesta frågor, men där vissa trender kan tydas enligt studiens undersökning. Troligen beror avsaknaden av signifikanta skillnader på grund av för få studiedeltagare i varje grupp, vilket orsakar låg power och typ 2-fel. Signifikanta skillnader mellan jämförelsegrupperna påvisas i frågorna gällande: allmän uppfattning om fysisk aktivitet på recept och inställning till nyttjande av hälsopedagoger för ökad förskrivning av FaR. Med sjuksköterskorna påvisande ett signifikant bättre omdöme av de två professionerna.

6.2 Inställning gällande användandet av FaR-förskrivning

Undersökningen visar att majoriteten av studiepopulationen förskriver mellan 0–3 recept i månaden och det är därmed noterbart att de flesta förskriver ett lågt antal recept varje månad eller inte alls. Således finns det stor möjlighet och utrymme att öka nyttjandet av metoden. Med det bekräftar studien att antalet förskrivningar bör öka från det redovisade låga antalet, för att metoden ska kunna påverka folkhälsan positivt (Kallings, 2011). Trots det låga antalet förskrivningar visar studieresultaten att 72% av hälso- och sjukvårdspersonalen betraktar FaR-metoden som en nödvändig behandlingsmetod inom sin profession. Den positiva inställningen i kombination med lågt antal förskrivningar indikerar på att det finns omständigheter som hindrar hälso- och sjukvårdspersonalen att förskriva FaR. Det framgår att sjuksköterskorna är mer positiva till FaR som behandlingsmetod samtidigt som de ser metoden som mer nödvändig än läkarna.

Det är en icke signifikant skillnad gällande antalet utbildade inom metoden. Totalt har 61% av sjuksköterskorna och 57% av läkarna har genomfört någon typ av utbildning i FaR-metoden och det finns en möjlighet att utbildningsgraden påverkar deltagarnas inställning till FaR-metoden. Enligt Kallings (2011) har rådgivning gällande fysisk aktivitet en stark evidens förutsatt att samtalen sker inom hälso- och sjukvården. Med det i avseende, ser vi det som ett viktigt åtagande att inkludera FaR-utbildning i deltagarnas grundutbildning för att förbättra inställningen till metoden som därmed ökar chansen till ett mer nyttjande förhållningssätt av behandlingsmetoden. 77% av studiedeltagarna angav sig tro att ett ökat användande av

FaR-metoden skulle generera i positivt utfall gällande den fysiska aktivitetsnivån hos befolkningen. Vilket överensstämmer med tidigare observationer i studier av Kallings et al. (2008) och Leijon et al. (2009). Enligt dessa har behandlingsmetoden visats leda till en ökad aktivitetsnivå i kombination med att en större del av befolkningen uppnår den rekommenderade nivån. Då studiedeltagarna är positiva till effekterna av förskrivningen finns en förhoppning att de ser de positiva effekterna som ett incitament till ökat antal förskrivningar framöver.

Studiedeltagarnas inställning gentemot användandet av FaR var positivt, vilket kan vara gynnsamt förutsatt att det bidrar till en ökad fysisk aktivitetsnivå hos befolkningen. Huruvida deltagarna anser att metoden är viktig eller inte inom sin yrkesprofession baseras med stor sannolikhet på flera skilda faktorer. Det finns en risk att studiedeltagarna inte ser FaR-metoden som en del av sitt dagliga arbete och att det inte tillfaller deras ansvar. En tidigare studie utförd av Hébert et al. (2012) visar att metoden anses vara av låg status och irrelevant i arbetet med patienter, vilket stödjer en möjlig orsaken till att studiedeltagarna inte ser behandlingsmetoden som viktig inom sin yrkesprofession. Ytterligare orsak till utebliven förskrivning kan tänkas vara tidspressade arbetsdagar med många patientbesök där krav på akuta åtgärder erfordras. Det kan vara en grundande orsak till ett bristande långsiktigt och förebyggande förhållningssätt. En nyligen publicerad artikel från Dutra et al. (2022) visar att fysisk aktivitet och en aktiv livsstil har positiva effekter. Vilket bidrar till immunförsvaret och skyddar kroppen mot infektioner och folksjukdomar som fetma, diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Dessa påvisade effekter bör bidra till ett större nyttjande av metoden då den leder till en ökad aktivitetsnivå (Kallings 2011).

6.3 Upplevda möjligheter och hinder

Studieresultaten visar att mer än hälften i de båda jämförelsegrupperna upplever hinder med FaR-metoden inom sin profession. 61% av sjuksköterskorna respektive 59% av läkarna angav hinder som problem och det finns därmed en liknande uppfattning gällande utmaningar som orsakar utebliven förskrivning hos båda grupperna. Enligt Ek et al. (2020) är det endast 11–23% av hälso- och sjukvårdspersonalen som erbjuder rådgivning av levnadsvanor, vilket styrker att de upplevda hindren inom metoden bidrar till lågt nyttjande av metoden. Sjuksköterskorna betraktar: svårighet att följa upp patienternas följsamhet, tidsbrist och otillräcklig kunskap om förskrivning av FaR som de mest upplevda hindren. Läkarna anser att svårighet att följa upp patienternas följsamhet, tidsbrist och otillräcklig kunskap om

förskrivning av FaR och bristande tilltro till patienternas följsamhet är de mest upplevda hindren med förskrivning. Den individualiserade rådgivningen och uppföljningen är två viktiga komponenter för patientens engagemang gällande fysisk aktivitet (Andersen, 2022). Båda jämförelsegrupperna upplever således de två viktigaste delarna i metoden som hinder, vilket bör ses över i framtiden för ett ökat nyttjande av metoden. Tidigare forskning avseende upplevda hinder med FaR-metoden visar att kunskapsbrist, tidsbrist och brist på erfarenhet är de primära anledningarna till varför hälso- och sjukvårdspersonal upplever hinder med metoden (Graham et al., 2007). Denna studie styrker därmed tidigare studieresultat. Jämförelsegrupperna har en överensstämmande uppfattning gällande vad de bedömer som de största hindren med FaR. Utifrån tidigare forskning menar Kallings (2011) att det finns ett tidigare identifierat behov av tydligare riktlinjer och rutiner för hur metoden ska användas för att underlätta arbetet. I dagsläget saknas en tydlig struktur för ansvarsområden, som i sin tur står till grund som hinder för hälso- och sjukvårdspersonal.

De hinder studiedeltagarna anger som största anledning till påverkad förskrivning, kan begränsas med hjälp av ytterligare en yrkesprofession. Hälsopedagoger har ett helhetstänk både kort- och långsiktigt gällande hälsa (Gymnastik- och Idrottshögskolan, 2023). Detta innebär att hälsopedagoger besitter en kompetens som sjuksköterskor och läkare upplever sig sakna kopplat till FaR-metoden. Hälsopedagoger riktar sig mot att hålla människor vid god hälsa samt förebygga ohälsa genom fysisk aktivitet och andra livsstilsfaktorer. Således kan hälsopedagoger vara lösningen genom att arbeta som samverkande profession inom hälso- och sjukvården. Detta ses som en god möjlighet för hälsopedagoger att nyttja sin kompetens samtidigt som de täcker upp och reducerar tidsbristen som orsakas på grund av metoden. Med tanke på hälsopedagogens goda kunskaper inom FaR kan denna överta ansvar för uppföljning av patienternas följsamhet. Vidare kan hälsopedagogens kompetens bidra med individanpassad stöttning av fysiska aktivitetsvanor och därmed reducera läkare och sjuksköterskors arbetsbelastning.

Då 77% av studiedeltagarna angav en ökad chans till förskrivning vid remittering bekräftar det hälsopedagogens möjlighet till nyttjande i en mer använd och välfungerande FaR-metod. I dagsläget har utbildade hälsopedagoger ingen behörighet till att förskriva FaR. I få av landets regioner finns möjligheten för hälsopedagoger att förskriva FaR på delegation av läkare. Delegationen är möjlig om ansvarig läkare gjort bedömningen att hälsopedagogen besitter;

tillräcklig kunskap om patientens hälsostatus, god kunskap om hälsofrämjande fysisk aktivitet samt kan identifiera eventuella kontraindikationer hos individen.

6.4 Möjligheten att nyttja hälsopedagoger inom eller utanför vården

Av studiedeltagarna är det 44% som känner till yrkesprofessionen hälsopedagog sedan tidigare. Av dem tror 69% att ett ökat nyttjande av hälsopedagoger skulle leda till ökat antal förskrivningar av FaR. Således ges en förutsättning att samarbete mellan primärvården och hälsopedagoger skulle kunna generera i ett ökat antal förskrivningar. Med en ytterligare profession inom hälso- och sjukvården skulle personalkostnaderna med stor sannolikhet höjas och utgifterna öka en period framöver, däremot skulle det löna sig långsiktigt enligt dess studerade effekter.

Studien visar att befintlig personal inom hälso- och sjukvården ser fördelar med hälsopedagoger inom primärvården och detta kan stå till grund för en utökad budget som omfattar hälsopedagoger. Tidigare forskning stödjer att majoriteten av hälso- och sjukvårdspersonalen anser att det är viktigt att diskutera levnadsvanor, men att endast 11–23% erbjuder rådgivning (Ek et al., 2020). Det finns en medvetenhet om de positiva effekterna rådgivningen bidrar till, trots det hindras rådgivningen i det dagliga arbetet. Detta skapar förutsättningar för hälsopedagogen att implementera FaR som en regelbunden behandlingsmetod.

6.5 Samband mellan fysisk aktivitetsnivå och inställning till FaR

Studiedeltagarna vilka angav att de uppnådde den rekommenderade fysiska aktivitetsnivån visade en signifikant bättre allmän uppfattning om FaR som metod jämfört med de som inte ansåg sig uppfylla den rekommenderade fysiska aktivitetsnivån. Tidigare forskning styrker att det finns positiva samband mellan fysiskt aktiva läkare och en positiv inställning till FaR-metoden. Sambandet mellan uppnådd fysisk aktivitetsnivå och den positiva inställningen till metoden saknar orsakssamband (Bize et al., 2007). Har förskrivaren goda erfarenheter av fysisk aktivitet kan chansen att deras syn på FaR som alternativ behandlingsmetod förbättras och att de därmed förskriver fler FaR.

6.6 Metoddiskussion

Det går att antyda skillnader mellan de två jämförelsegrupperna i majoriteten av studiens frågor. Större delen av resultaten visar på en icke signifikant skillnad, vilket kan bero på det

låga deltagarantalet. Troligtvis hade skillnaden mellan de två grupperna varit signifikanta i fler frågor om studien haft högre studiedeltagarantal vilket i sin tur kunnat skapat en högre power och reducerat risken för typ-2 fel.

Valet av kvantitativ metod grundades utefter studiens syfte och frågeställningar. Den efterföljande analysen baserades på svaren från den digitala enkäten. Tidsperioden för studien var begränsad och därmed fanns ingen möjlighet att testa enkäten genom en pilotstudie, vilket påverkar reliabiliteten negativt. Pilotstudier möjliggör chansen att undersöka enkäten under en begränsad tidsperiod för att därefter ha möjligheten att korrigera för förbättrade och mer tillförlitliga resultat (Hassmén & Hassmén, 2008). Vid skapandet av enkäten var tydliga och konkreta frågor av yttersta vikt. Antalet frågor begränsades för att minimera risken för missstolkning. Majoriteten av frågorna var kryssfrågor och fåtal var flervalsoalternativ eller fritextsvar. Enkäten bestod av delvis subjektiva svarsalternativ, vilka har en negativ inverkan på validiteten (Hassmén & Hassmén, 2008). Orsaken till att vi inte fick in fler svar kan bero på flera faktorer. Vi tror att en av de primära orsakerna kan vara det kritiska läget inom vården under perioden för datainsamlingen då personalen med stor sannolikhet inte hade tid att besvara vår enkät. Ytterligare orsak kan vara att ämnet inte var intressant nog och att de därav avstod sitt deltagande. Det finns även en risk att andelen studiedeltagare påverkades av att vi inte besökte primärvårdsenheterna för att presentera studien och samla in data fysiskt.

På grund av att enkäten delades på sociala medier finns en risk att enkäten har nått fram till personer som inte är legitimerade och arbetar inom primärvården i Region Stockholm. De personerna uppfyller därmed inte kraven för att delta i studien. Det genomfördes ingen kontroll för att säkerställa att alla studiedeltagare var legitimerade och arbetande inom primärvården i Region Stockholm. Vi förutsätter att alla personer som har besvarat enkäten är legitimerade och arbetar inom hälso- och sjukvården i Region Stockholm. Skulle det mot förmodan vara individer vars enkätsvar är inkluderande i studien så påverkar det reliabiliteten och är negativt för studiens slutgiltiga resultat. "FaR too slow!" är en liten studie i jämförelse till hur många som är legitimerade och arbetar inom hälso- och sjukvården i Region Stockholm. Det finns en risk att de personer som besvarat studiens enkät besatt en positivare inställning av FaR och till fysisk aktivitet än de som valt att inte medverka och således påverka studiens validitet med en icke rättvis representativ bild av det faktiska läget. Med det sagt understryks att de redovisade svaren indikerar på att alla studiedeltagare inte varit positiva inför metoden, och därmed väljer vi att bortse från den hypotesen.

Studien har endast inkluderat hälso- och sjukvårdspersonal i Region Stockholm, vilket gör urvalet för studien representativt för specifikt hälso- och sjukvårdspersonal i den benämnda regionen. Förutsättningarna är varierande i alla regioner och därmed bör studiens resultat inte generaliseras till vad all hälso- och sjukvårdspersonal inom hela landet anser. I region Stockholm finns vägledning gällande aktiviteter genom FaR-ledare och de varierande förutsättningarna för ett lyckat arbete med FaR-metoden har en påverkan på den externa validiteten.

6.6 Förslag till framtida forskning

Vår förhoppning är att det kommer mer forskning gällande användandet av FaR i framtiden. Det är önskvärt med mer forskning där det undersöks närmare hur metoden kan användas mer frekvent inom vården. Tidigare forskning visar att FaR-metoden bidrar till ökad fysisk aktivitetsnivå hos patienter efter 6 och 12 månader, och att metoden även bidrar till signifikanta upptäckter gällande fysiska begränsningar, fysisk smärta, allmänt hälsotillstånd och energi. Tidigare forskning visar att det skiljer sig runtom i landet hur metoden används och det skulle även vara önskvärt att forskning tittar på orsakerna till det för att skapa en större förståelse inför vilka insatser som bör sättas in för att öka nyttjandet av FaR-metoden. En förhoppning är att hälsopedagoger blir behöriga att förskriva FaR i framtiden. Skulle det inträffa finns en önskan inför att framtida forskning undersöker vad det har för betydelse för folkhälsan.

7. Slutsats

Studien bekräftar vår hypotes gällande att hälso- och sjukvården besitter en positiv inställning gällande användandet av FaR och allmän uppfattning om metoden, detta både i sin helhet och i användandet av metoden inom respektive profession. Studien visar dock att det förekommer hinder i arbetet inom respektive profession som begränsar användandet och framfarten av metoden. Således finns en möjlighet och potential i ett ökat användande. De uppmärksammade hinder och avsaknaden av kompetens som studiepopulationen uppger sig ha, är något en hälsopedagog kan bidra med och besitter. Således kan hälsopedagogen vara lösningen på problemet genom att fungera som en samverkande profession inom hälso- och sjukvården. Resultaten visar att det finns ett uppmärksammat intresse och behov hos både sjuksköterskor och läkare att ett ökat användande av FaR-metoden skulle generera i en ökad fysisk aktivitetsnivå hos befolkningen och således generera i dess positiva effekter.

Med tidigare nämnda ord anser författarna av denna studie att det finns en plats för hälsopedagogen i hälso- och sjukvården. Att med sin kunskap och möjlighet kunna nyttja sina resurser genom att stötta, motivera och följa upp patienter med ett förskrivet FaR. Vidare kunna vara en samverkande profession i det främjande hälsoarbetet och bidra med sin kompetens på individ- och folkhälsonivå.

Käll- och litteraturförteckning

Andersen, P. (2022). *Physical activity on prescription with access to counsellor support implemented in routine care: Healthcare and patient perspectives*. [Doktorsavhandling, Linköpings Universitet] Linköping University Medical Dissertations No. 1828.

<https://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1711046/FULLTEXT02.pdf>

Bize, R., Surbeck, R., Padlina, O., Peduzzi, F., Cornuz, J., & Martin, B. (2007). Promotion de l'activité physique au cabinet médical: où en sommes-nous en Suisse? [Promotion of physical activity in the primary care setting: what is the situation in Switzerland?]. *Revue medicale suisse*, 3(135), 2731–2736.

Borg, E. & Westerlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare*. Stockholm: Liber.

Börjesson, M., Onerup, A., Lundqvist, S., & Dahlöf, B. (2016). Physical activity and exercise lower blood pressure in individuals with hypertension: narrative review of 27 RCTs. *British journal of sports medicine*, 50(6), 356–361. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095786>

Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J. P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., Lambert, E., ...

Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*, 54(24), 1451–1462.

<https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>

Dinas, P. C., Koutedakis, Y., & Flouris, A. D. (2011). Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish journal of medical science*, 180(2), 319–325.

<https://doi.org/10.1007/s11845-010-0633-9>

Dohrn, I.-M., Jansson, E., Börjesson, M., & Hagströmer, M. (2021) Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). (Eds.). FYSS 2021: *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (4 uppl.). Läkartidningen förlag AB.

Dutra, P. M. L., Da-Silva, S. A. G., Mineo, J. R., & Turner, J. E. (2022). Editorial: The Effects of Physical Activity and Exercise on Immune Responses to Infection. *Frontiers in immunology*, 13, 842568. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.842568>

Ekelund, U., Dalene, K. E., Tarp, J., & Lee, I. M. (2020). Physical activity and mortality: what is the dose response and how big is the effect? *British journal of sports medicine*, 54(19), 1125–1126. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101765>

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

Faskunger, L. (2013). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Studentlitteratur.

Fiuza-Luces, C., Garatachea, N., Berger, N. A., & Lucia, A. (2013). Exercise is the real polypill. *Physiology* (Bethesda, Md.), 28(5), 330–358. <https://doi.org/10.1152/physiol.00019.2013>

Folkhälsomyndigheten. (2010). *Folkhälsopolitisk rapport 2010 Framtidens folkhälsa – allas ansvar* (R 2010:16). Statens folkhälsoinstitut. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5d2edf20c6f846cd91a2f7d20361e200/r2010-16-folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2017). *Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens modosamma konst – En rapport om implementering av metoder inom folkhälsoområdet, version 2.0* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/af0381a876fb42c994da860be9692aba/fran-nyhet-var dagsnytta-implementeringens-modosamma-konst-00393-2017-webb.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2022). *Fysisk aktivitet*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/levnadsvanor/fysisk-aktivitet/>

Folkhälsomyndigheten. (2022). *Rekommendationer för fysisk aktivitet och stillasittande*. Statens folkhälsoinstitut.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet-och-stillasittande/>

Folkhälsomyndigheten. (2022). *Vad är folkhälsa, jämlik hälsa och folkhälsoarbete?* Statens folkhälsoinstitut.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa/vad-ar-folkhalsa/folkhalsa-och-jamlik-halsa/>

Gymnastik- och Idrottshögskolan. (2023) *Hälsopromotionsprogrammet*.

https://www.gih.se/utbildning/varautbildningar/halsopromotionsprogrammet?gclid=CjwKCAiAwc-dBhA7EiwAxPRylGrBI3A6HIso9m_WxR-6uTG6FxCdPbnz-6bcAfDe7bs38maQ4h6fxoCvyYQAvD_BwE

Graham, R. C., Dugdill, L., & Cable, N. T. (2007). Health professionals' perspectives in exercise referral: implications for the referral process. *Ergonomics*, 48(11–14), 1411–1422.
<https://doi.org/10.1080/00140130500101064>

Hassmén, N. & Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder*. SISU Idrottsböcker.

Hébert, E. T., Caughy, M. O., & Shuval, K. (2012). Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *British journal of sports medicine*, 46(9), 625–631. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090734>

Hultgren, S. (2002) *Folkhälsokunskap* (1 uppl.). Bonniers.

Joyner MJ & Green DJ. (2009) *Exercise protects the cardiovascular system: effects beyond traditional risk factors*. *J Physiol*. 2009;587:5551-8.

Kallings, L. (Statens folkhälsoinstitut) (2011). *FaR®: individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Kallings, L. (2009). *Fysisk aktivitet på recept (FaR) en fungerande metod!* Svensk Idrottsforskning 4–2009. <https://www.idrottsforskning.se/wp-content/uploads/2014/04/Fysisk-aktivitet-recept.pdf>

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. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 18(2), 154–161. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00678.x>

Kallings, L.V, (2010) På uppdrag av Nordisk Nettverk for fysisk aktivitet mat og sunnhet. Fysisk aktivitet på recept i Norden – erfarenheter och rekommendationer. NHV rapport 2010:12 R. Göteborg: NHV – Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:734094/FULLTEXT01.pdf>

Kallings, L. V, (2016). The Swedish approach on physical activity on prescription. *Clinical health promotion*, Volume (6), 31-33. http://clinhp.org/iframe/Vol6_Supplement2_HEPA_p31_p33.pdf

Kallings, L. V., Sierra Johnson, J., Fisher, R. M., Faire, U.d, Ståhle, A., Hemmingsson, E., & Hellénus, M. L. (2009). Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body composition and cardiometabolic risk factors: results from a randomized controlled trial. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation: official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology*, 16(1), 80–84. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e32831e953a>

Kramer, A. F., Erickson, K. I., & Colcombe, S. J. (2006). Exercise, cognition, and the aging brain. *Journal of applied physiology (Bethesda, Md.: 1985)*, 101(4), 1237–1242. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00500.2006>

Lautenschlager, N. T., Cox, K. L., Flicker, L., Foster, J. K., van Bockxmeer, F. M., Xiao, J., Greenop, K. R., & Almeida, O. P. (2008). Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA*, *300*(9), 1027–1037. <https://doi.org/10.1001/jama.300.9.1027>

Leijon, M. E., Bendtsen, P., Nilsen, P., Festin, K., & Ståhle, A. (2009). Does a physical activity referral scheme improve the physical activity among routine primary health care patients? *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, *19*(5), 627–636. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2008.00820.x>

McLeod, J. C., Stokes, T., & Phillips, S. M. (2019). Resistance Exercise Training as a Primary Countermeasure to Age-Related Chronic Disease. *Frontiers in physiology*, *10*, 645. <https://doi.org/10.3389/fphys.2019.00645>

Miko, H. C., Zillmann, N., Ring-Dimitriou, S., Dorner, T. E., Titze, S., & Bauer, R. (2020). Auswirkungen von Bewegung auf die Gesundheit [Effects of Physical Activity on Health]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, *82*(S 03), S184–S195. <https://doi.org/10.1055/a-1217-0549>

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>

Department of health & human services, USA. (2018) Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Washington, DC: US. https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf

Region Stockholm. (2017). *Policy Folkhälsa 2017-2021*. [Broschyr] <https://www.regionstockholm.se/globalassets/6.-om-landstinget/styrande-dokument/3-karnverksamhet/halso--och-sjukvard/policy-folkhalsa.pdf>

Rödger, L., H Jonsdottir, I., & 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. *Scandinavian journal of primary health care*, 34(4), 443–452.

<https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1253820>

Sharif, K., Watad, A., Bragazzi, N. L., Lichtbroun, M., Amital, H., & Shoenfeld, Y. (2018). Physical activity and autoimmune diseases: Get moving and manage the disease.

Autoimmunity reviews, 17(1), 53–72. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2017.11.010>

Socialstyrelsen. (2010). *Sjukdomsförebyggande metoder. Vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer*.

Todd, J. S., Shurley, J. P., & Todd, T. C. (2012). Thomas L. DeLorme and the science of progressive resistance exercise. *Journal of strength and conditioning research*, 26(11), 2913–2923. <https://doi.org/10.1519/JSC.0b013e31825adcb4>

World Health Organization. (2022). *Department of Health Promotion. Global status report on physical activity 2022*. Geneva: World Health Organization; 2022.

World health organization. (1948). *Constitution of WHO: principles*

<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

World Health Organization. (2022). *Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Web Annex. Evidence profiles*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336657/9789240015111-eng.pdf?utm_medium=email&utm_source=transaction

Bilagor

Bilaga 1: Litteratursökning

I bilagan Litteratursökning ska du återge de sökningar du har gjort för att hitta tidigare forskning inom ditt ämnesområde. Se Uppsatsguiden för exempel på hur bilagan kan fyllas i.

Syfte och frågeställningar:

Syfte:

Studiens övergripande syfte var att undersöka hälso- och sjukvårdspersonalens inställning och användandet av FaR-metoden samt om hälsopedagoger kan vara en samverkande profession och således öka FaR-förskrivningen.

Frågeställningar

- Vilken är hälso- och sjukvårdspersonalens inställning gällande användandet av FaR-förskrivning?
- Vilka möjligheter och hinder upplever hälso- och sjukvårdspersonalen för FaR-förskrivning?
- Skulle möjligheten att nyttja hälsopedagoger inom eller utanför vården vara ett alternativ för hälso- och sjukvårdspersonalen för att öka FaR förskrivningen?
- Skiljer sig ovan beroende på yrkesprofession inom hälso- och sjukvården? (läkare jämfört med sjuksköterskor)
- Påvisar tillräckligt fysiskt aktiva personer inom hälso- och sjukvården en bättre inställning till FaR?

Vilka sökord har du använt?

Ämnesord och synonymer svenska	Ämnesord och synonymer engelska
Fysisk aktivitet på recept* FaR* Kallings* Fysisk inaktivitet * WHO * Fysisk aktivitet och hälsa *Folkhälsa *förskrivning * * hälsovård *friskvård	Physical activity on prescription* PAP-S* Physical activity* Physical inactivity* World health report* Physical activity and health *public health *health care

Var och hur har du sökt?

Databaser och andra källor	Sök Kombination
<ul style="list-style-type: none">- PubMed- Google Scholar	Fysisk aktivitet på recept OR PAP-S OR förskrivning OR FaR OR physical activity on prescription **** physical activity on prescription AND public health AND health care ***** physical activity on prescription AND public health AND health maintenance ***** ((((PAP-s)) OR (prescription)) AND (public health)) OR (general health)) AND (physical activity)

Kommentarer

Då fysisk aktivitet på recept (FaR) är en metod som utvecklas och därmed inte är helt utspridd finns det dessvärre en begränsad forskning sedan tidigare. Vi har använt övergripande studier som undersöker FaR ur olika synvinklar och studier som berör inställning hos hälso- och sjukvården, vilka har bidragit till påverkan för använda källor.

Till grund för detta arbete har Folkhälsomyndighetens hemsida och böckerna FaR och FYSS varit till hjälpmedel för att finna vetenskapliga artiklar. I tidigare studier som berört metoden FaR har referenslistor varit till vägledning för att hitta relevant litteratur.

Bilaga 2: Informationsbrev till Verksamhetschef och på sociala medier



FaR too slow!

- En studie om Hälso pedagogens outnyttjade kunskaper inom primärvården

Detta är en studie som genomförs inom ramen för Hälso pedagogutbildningen på Gymnastik- och idrottshögskolan i Stockholm, och kommer ligga till grund för examensarbete för kandidatexamen.

Vårt övergripande syfte är att undersöka hälso- och sjukvårdspersonals attityder till förskrivning av Fysisk aktivitet på recept (FaR), och om hälso pedagoger kan vara en samverkande profession som skulle kunna öka FaR förskrivningen.

Detta frågeformulär behandlar förskrivning av FaR. Svaren på frågorna ger en bild av din inställning till metoden, erfarenheter av förskrivning samt tankar kring möjligheter och svårigheter gällande FaR-metoden. Frågorna besvaras via kryssrutor och i vissa fall ges även möjlighet till egna kommentarer. Svaren på frågorna i frågeformuläret utgör en bra grund för att utvärdera det faktiska läget gällande förskrivning av FaR och möjligheterna framöver.

Enkäten besvaras anonymt och uppgifterna behandlas i enlighet med personuppgiftslagen. Avsikten är att informationen i detta formulär ska användas för sammanställningar av olika slag. I dessa sammanhang kan aldrig den enskilde personen identifieras.

Samtycke till att delta i studien:

[**"FaR too slow!** - En studie om Hälso pedagogens outnyttjade kunskaper inom primärvården]

Jag har skriftligen informerats om studien och samtycker till att delta. Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och jag kan avbryta mitt deltagande i studien utan att ange något skäl.

Jag väljer att delta i studien och godkänner att Gymnastik- och idrottshögskolan, GIH behandlar mina personuppgifter i enlighet med gällande dataskyddslagstiftning och lämnad information. **(Besvaras genom fråga 1 i enkäten)**

Kontaktuppgifter för studenterna och handledaren:

Handledare: Elin Ekblom Bak, Högskolelektor. elin.ekblombak@gih.se
Telefonnummer: 08-120 538 61

Studenter: Matilda Flyborg, matilda.flyborg@student.gih.se
Simon Sindemark, simon.sindemark@student.gih.se

Bilaga 3: Digital enkät



Studie om Hälso pedagogens outnyttjade kunskaper inom primärvården

Syftet med den här studien är att undersöka attityden hos anställda inom primärvården gentemot Fysisk aktivitet på Recept (FaR) som behandlingsmetod.

* Obligatoriskt

1. Jag väljer att delta i studien och godkänner att GIH (Gymnastik- och Idrottshögskolan), behandlar mina personuppgifter i enlighet med gällande dataskyddslagstiftning och lämnad information. *

Ja

2. Kön *

Man

Kvinna

Annat

Föredrar att inte säga

3. Ålder *

Ange ditt svar

4. Namn på arbetsplats *

Ange ditt svar

5. Profession *

Läkare

Sjuksköterska

Annat

6. Anser Du dig vara tillräckligt fysiskt aktiv?

Enligt de nationella rekommendationerna för fysisk aktivitet bör alla individer vara fysiskt aktiva sammanlagt minst 150–300 minuter per vecka med måttlig intensitet (motsvarande rask promenad) *

Ja

Nej

Osäker

12. Anser Du att förskrivning av Fysisk aktivitet på Recept (FaR) är en nödvändig behandlingsmetod inom din profession? *

- Ja
- Nej
- Varken eller

13. Anser Du att det finns några hinder för dig inom din profession att förskriva Fysisk aktivitet på Recept (FaR)? *

- Ja
- Nej

14. OM du svarat "Ja" på fråga 13, vilket av dessa alternativ passar bäst in som identifierat hinder?

Frågeinstruktioner: Välj ett eller flera svar

- otillräcklig kunskap om effekterna av fysisk aktivitet
- otillräcklig kunskap om rådgivning av fysisk aktivitet
- otillräcklig kunskap om förskrivning av Fysisk aktivitet på Recept (FaR)
- bristande tilltro till patienternas följsamhet
- svårighet att följa upp patienternas följsamhet
- tidsbrist
- Annat

15. Skulle Du uppleva det mer troligt att du börjar förskriva/ ökar antalet förskrivningar om Du hade möjligheten att remittera patienter som fått FaR av dig, till någon som kan stötta patienten till mer fysisk aktivitet enligt receptet samt ansvara för uppföljning? *

- Ja
- Nej
- Vet ej

16. Känner du till yrkesprofessionen "Hälsopedagoger"? *

- Ja
- Nej

17. OM du svarat "Ja" på fråga 16, tror Du att ett ökat nyttjande av hälsopedagoger inom hälso- och sjukvården kan öka förskrivningen av FaR?

- Ja
- Nej
- Vet ej

18. Tror Du att en ökning av antal förskrivningar av FaR har positiv effekt gällande den fysiska aktivitetsnivån hos befolkningen? *

- Ja
- Nej
- Vet ej

19. Stort tack för du tog dig tiden att besvara vår enkät. Det uppskattas verkligen!

Vänliga hälsningar,

Matilda (matilda.flyborg@student.gih.se) & Simon (simon.sindemark@student.gih.se)

Skicka

Det här innehållet skapas av ägaren till formuläret. De data du skickar skickas till formulärägaren. Microsoft ansvarar inte för sina kunders sekretess- eller säkerhetsrutiner, inklusive de som gäller för den här formulärägaren. Lämna aldrig ut ditt lösenord.

Drivs med Microsoft Forms |

Ägaren av detta formulär har inte lämnat någon sekretesspolicy för hur de kommer att använda dina svarsdata. Lämna inte personlig eller känslig information.

| [Användningsvillkor](#)