



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

DISTRIKTSSKÖTERSORS FÖRSKRIVNING AV FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT

med fokus på innehåll och effekt

Marlene Bannies

Carolina Landerfors Jonestål

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2015
Handledare:	Helene Berglund
Examinator:	Eva Jakobsson Ung

	Distriktssköterskors förskrivning av fysisk aktivitet på recept med fokus på innehåll och effekt
Titel (svensk):	Primary health care nurses' prescription of physical activity on
Titel (engelsk):	prescription with focus on contents and effects
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2015
Handledare:	Helene Berglund
Examinator:	Eva Jakobsson Ung
Nyckelord:	fysisk aktivitet på recept, distriktssköterska, hälsopromotion, folkhälsa

Sammanfattning:

Bakgrund: Fysisk aktivitet på recept (FaR[®]) är en metod som ska användas i primärvården i Sverige, i hälsopromotivt, sjukdomspreventivt och -behandlande arbete. Distriktssköterskors FaR[®]-förskrivning har till vår kännedom inte beskrivits tidigare.

Syfte: Att beskriva distriktssköterskors förskrivning av FaR[®], inom primärvården, beträffande dess innehåll och att påvisa eventuell förändring avseende receptets innehåll samt patienters fysiska och psykiska hälsoparametrar vid uppföljning efter sex månader.

Metod: FaR[®]-samordnare vid 15 vårdcentraler i Göteborg Centrum och Väster förskrev FaR[®] till 444 fysiskt inaktiva vuxna patienter med minst ett tecken på metabolt syndrom. Aktuellt material ingår i en longitudinell studie, med målet att kartlägga och kvalitetssäkra verksamheten kring FaR[®]. Innehållet i FaR[®] samt BMI, midjemått och hälsorelaterad livskvalitet ingick i underlaget för deskriptiv statistik, som presenteras genom frekvensdata för kategoriserade variabler och medelvärde för kvantifierade data. För kvantitativa data har Wilcoxon tecken rang-test använts på relaterade variabler.

Resultat: Genomgående var promenad den vanligaste ordinerade aktiviteten med medel intensitet, 30-44 minuter per tillfälle, två till fem gånger per vecka. Kvinnornas BMI och midjemått minskade ($p=0,009$ respektive $p=0,000$) samt egenskattad allmän hälsa och psykiskt välbefinnande ökade ($p=0,000$ respektive $p=0,001$). Männens midjemått minskade ($p=0,000$) och egenskattad allmän hälsa ökade ($p=0,006$). Beträffande aktivitetsdosen i första ordinationsfältet på receptet, ökade aktivitetsstillfällena i antal minuter ($p=0,000$).

Slutsats: Resultatet påvisade flera signifikanta förändringar i aktivitetsdos och valda hälsoparametrar. Studien belyser att FaR[®] kan vara ett effektivt verktyg som bör integreras tydligare i distriktssköterskors folkhälsoarbete.

Nyckelord: fysisk aktivitet på recept, distriktssköterska, hälsopromotion, folkhälsa

Abstract

Background: Physical activity on prescription (PAP) is a method utilized in primary health care in Sweden, for work with health promotion, disease prevention, and treatment. Primary health care nurses' prescription of PAP has not been previously described, to our knowledge.

Aim: To describe primary health care nurses' PAP in terms of prescription contents, and to detect eventual change in prescription contents as well as patients' physical and mental health parameters at the 6-month follow-up.

Methods: PAP coordinators at 15 primary health care clinics in central and western Göteborg prescribed PAP for 444 physically inactive patients with at least one component of metabolic syndrome. The current material is part of a longitudinal study with the aim of systematic description and quality assurance of work with PAP. PAP contents as well as BMI, waist circumference and health-related quality of life were included in the material base for descriptive statistics, presented as frequency tables for categorical variables and mean averages for quantified data. Wilcoxon signed rank test has been used on related variables in the quantitative data.

Results: The most commonly prescribed activity overall was walking with average intensity, 30-44 minutes per episode, two to five times per week. The women's BMI and waist circumference decreased ($p=0.009$ and $p=0.000$, respectively) while self-evaluated general health and mental well-being increased ($p=0.000$ and $p=0.001$, respectively). The men's waist circumference decreased ($p=0.000$) and their self-evaluated general health increased ($p=0.006$). Regarding activity dose in the first prescription field, episodes of activity increased in length measured in minutes ($p=0.000$).

Conclusion: The results demonstrated several significant changes in activity dose and selected parameters of health. The study illustrates that PAP can be an effective tool which should be more clearly integrated in primary health care nurses' work in public health.

Key words: physical activity on prescription, primary health care nurse, health promotion, public health

Förord

Stort tack till våra kunniga och tåliga handledare och statistikkonsult i alfabetisk ordning:
Helene Berglund, Åsa Cider, Stefan Lundqvist och Lars-Olof Persson.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Folkhälsa och levnadsvanor.....	1
Folkhälsoproblemet metabolt syndrom.....	2
Fysisk aktivitet och fysisk inaktivitet	3
Fysisk aktivitet på recept (FaR [®])	5
Effekter av FaR [®]	6
Hälsopromotion och sjukdomsprevention	7
Primärvården.....	8
Lagar och styrdokument	8
Problemformulering.....	9
Syfte	10
Frågeställningar	10
Metod	10
Urval	10
Datainsamling.....	11
Dataanalys	12
Etiska överväganden.....	12
Risk/nytta analys	12
Forskningsetiska krav	12
Resultat.....	14
Bakgrundsvariabler.....	14
Innehåll i FaR [®]	14
Aktivitetsdos	15
Fysiska och psykiska hälsoparametrar	17
Diskussion	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion	19
Aktivitetsdos och hälsoparametrar.....	19
Förskrivning.....	20
Följsamhet.....	20
Hälsopromotion.....	20

Slutsatser.....	21
Referenslista	22
Bilaga 1	30
Bilaga 2	33

Inledning

Utveckling inom folkhälsa och framtidsarenor för folkhälsoarbete är omtalade diskussionsämnen. Specifikt diskuteras infektionssjukdomar med nya pandemier, åldrande befolkning, psykisk ohälsa, mångkulturellt samhälle, ojämlikheter i hälsa och inte minst den globala fetmaepidemin. Det är den sistnämnda, ofta i samband med fysisk inaktivitet och ökat stillasittande, som ökar risk för metabolt syndrom vilket i sin tur ger följsjukdomar av kardiovaskulär karaktär och diabetes. En strategi inom svensk primärvård för att främja hälsa och förebygga sjukdom är att öka fysisk aktivitet med hjälp av bland annat förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR[®]). Distriktssköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal har därmed ett verktyg som kan påverka patienters fysiska och psykiska hälsa på ett positivt sätt.

Bakgrund

Folkhälsa och levnadsvanor

Folkhälsa, *public health*, definieras av Acheson Report 1988 som: *The science and art of promoting, preventing disease, and prolonging life through the organized efforts of society* (Nutbeam, 1998, s. 3). Begreppet folkhälsa innefattar hälsotillståndet både på individnivå och på befolkningsnivå. En befolkning med god folkhälsa ska ha så bra och jämnt fördelad hälsa som möjligt (Kickbusch & McQueen, 2007). WHO definierar hälsa redan 1946 som: *Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity* (Nutbeam, 1998, s. 1). Definitionen har inte ändrats sedan 1948.

Folkhälsoarbete är ett långsiktigt arbete för att stärka och utveckla livsvillkor som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Arbetet grundar sig på kunskap om befolkningens hälsa och om sambanden mellan samhällets utformning och folkhälsa. Folkhälsoperspektivet måste finnas med i alla delar av samhällsplaneringen (Västra Götalandsregionen Folkhälsokommittén, 2010).

Levnadsvanerrelaterade sjukdomar har länge varit ett folkhälsoproblem, där människans levnadsvanor rörande bland annat fysisk aktivitet, kost, sömn, stress, tobak och alkohol utgör risk- eller skyddsfaktorer. Ohälsosamma levnadsvanor har ofta ett samband med livsmiljö och levnadsförhållande. Individer med sämre socioekonomiska förhållanden i allmänhet har mindre inflytande över sin livssituation och därigenom färre möjligheter till positiva förändringar av sina levnadsvanor än de med goda socioekonomiska förhållanden (Fritzell, Nermo & Lundberg, 2004; Eriksson & Tossander, 2008).

Fysisk inaktivitet är en ohälsosam levnadsvana hos bland annat vuxna som ökar både nationellt och internationellt. Detta medför stora konsekvenser för befolkningens allmänna hälsa och ökar prevalensen av kardiovaskulär sjukdom, diabetes, cancer och tillhörande riskfaktorer som högt blodtryck, högt blodsocker och övervikt. Fysisk inaktivitet är den fjärde

största riskfaktorn för global morbiditet, efter högt blodtryck, tobaksbruk och högt blodsocker. En tillåtande infrastruktur på samhällsnivå och policy för hälso- och sjukvård behövs för att kunna främja fysisk aktivitet, som visar sig vara både ett effektivt och kostnadseffektivt sätt att främja hälsa (Lee, Shiroma, Lobelo, Puska, Blair & Katzmarzyk, 2012; Harris et al., 2013b; Kohl et al., 2012; WHO, 2010).

Vision 2015 enligt WHO Europaregionen (2015) är att de ingående ländernas regeringar strävar mot att enhetligt möjliggöra för dess medborgare att leva bättre och längre liv, baserad på en livsstil som integrerar regelbunden fysisk aktivitet. Fysisk inaktivitet i befolkningen är en gemensam utmaning även i de nordiska länderna. Ett nordiskt nätverk bildades 2003 för att samordna arbetet att förebygga ohälsa och utveckla livsstilsinterventioner på recept. I Danmark, Finland, Norge och Sverige har det under det senaste decenniet utvecklats liknande modeller för ordination av fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården (Kallings, 2011). I Sverige har Folkhälsomyndigheten (2015) tagit fram och utvecklat elva folkhälsomål. Dessa innefattar bland annat ökad fysisk aktivitet, som anses vara en förutsättning för en god hälsoutveckling.

Folkhälsoproblemet metabolt syndrom

Fysisk aktivitet påverkar metabol hälsa och minskar risken för att utveckla bland annat metabolt syndrom, som är ett växande sjukdomstillstånd och folkhälsoproblem (WHO, 2010). Enligt International Diabetes Federation (IDF) (2014) har en fjärdedel av världens vuxna metabolt syndrom. Det metabola syndromet innefattar övervikt/fetma, hypertoni, hyperglykemi samt hyperlipidemi som är associerade med varandra samt med kardiovaskulär sjukdom, vilket är den vanligaste dödsorsaken i Västvärlden (WHO, 2015). Metabolt syndrom definieras av bland annat både IDF, WHO och National Cholesterol Education Program (NCEP) (Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults, Adult Treatment Panel III, 2001). (Se tabell 1).

En enhetlig definition på metabolt syndrom har inte fastställts och det har ingen diagnoskod i sjukdomsklassifikationen *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. Definitionen varierar något för olika etniska grupper och även en definition för barn har föreslagits. Den primära behandlingen av metabolt syndrom är ett minskat stillasittande och en ökad fysisk aktivitet tillsammans med eventuellt andra livsstilsförändringar. Alla de ingående tillstånden i det metabola syndromet är, åtminstone tidigt i förloppet, helt reversibla (Hunskår & Hovelius, 2015; WHO, 2014).

Tabell 1. Definitioner av metabolt syndrom hos vuxna

Definitioner	WHO	NCEP/ATP III	IDF
	Nedsatt glukostolerans eller typ 2-diabetes och ytterligare minst två av följande:	Metabolt syndrom föreligger vid tre eller flera av följande delkomponenter:	Bukfetma samt ytterligare minst två av följande:
<i>BMI (kg/m²)</i>	≥30		
<i>Midja/stusskvot (cm)</i> Män Kvinnor	>90 >85		
<i>Midjemått (cm)</i> Män Kvinnor		>102 >88	>94 >80
<i>Blodtryck (mm Hg)</i>	>160/90 eller läkemedelsbehandling	≥130/85 eller läkemedelsbehandling	≥130/85 eller läkemedelsbehandling
<i>fP-glukos (mmol/l)</i>		≥5,6 eller läkemedelsbehandling	≥5,6 eller läkemedelsbehandling
<i>Triglycerider (mmol/l)</i>	≥1,7	>1,7	≥1,7 eller läkemedelsbehandling
<i>HDL (mmol/l)</i> Män Kvinnor	<0,9 <1,0	<1,03 <1,29	<1,03 <1,29 eller läkemedelsbehandling
<i>Mikroalbuminuri (µg/min)</i>	>20		

(WHO, 1998; NCEP/ATP III, 2001; IDF, 2006)

Fysisk aktivitet och fysisk inaktivitet

Människan är byggd för rörelse, det vill säga fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet påverkar kroppens organsystem på flera olika sätt. Fysisk aktivitet definieras fysiologiskt som all kroppsrörelse som är ett resultat av skelettmuskulaturens kontraktion och som resulterar i energiförbrukning utöver den energiförbrukning vi har i vila. Fysisk träning definieras som fysisk aktivitet som är planerad, strukturerad, regelbunden och har som mål att förbättra eller bibehålla fysisk kapacitet (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). Fysisk aktivitet ses som ett sammansatt beteende och inkluderar vardagsaktiviteter, transport till fots eller med cykel, friluftsliv, lek, fysisk belastning i arbetet och fysisk träning. Effekterna av fysisk aktivitet och träning avgörs framförallt av: intensitet (hur ansträngande aktiviteten är), duration (hur länge aktivitetstillfället pågår), frekvens (antal gånger/vecka), typ av aktivitet (exempelvis kondition, styrka eller balans), individens ålder och kön samt andra faktorer (exempelvis inom- utomhus, enskilt eller i grupp) (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Fysisk aktivitet i vardagen visar sig påverka kardiovaskulär hälsa och livslängd, oavsett övrig fysisk aktivitet (Hallal, Andersen, Bull, Haskell & Ekelund, 2012).

Befolkningsbaserade rekommendationer för fysisk aktivitet finns både nationellt och internationellt men saknas framförallt i låg- och mellaninkomstländer. Befintliga rekommendationer är snarlika och endast detaljer skiljer dem åt, som vilken åldersgrupp rekommendationen riktar sig till. Rekommendationer ska innefatta information om vad som behövs för att förebygga sjukdom när det gäller effekter, typ, frekvens, intensitet, duration och totalvolym av fysisk aktivitet. Det finns en direkt relation mellan fysisk aktivitet och metabol hälsa, inklusive minskad risk för att utveckla diabetes och metabolt syndrom (WHO,

2010). WHO (2010) har sammanställt rekommendationer enligt dessa riktlinjer för åldersgrupper 5-17, 18-64 och ≥ 65 år. I Sverige rekommenderas alla vuxna från 18 år och uppåt att vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 150 minuter i veckan eller ca 30 minuters daglig promenad. Intensiteten bör vara minst måttlig. Vid hög intensitet rekommenderas minst 75 minuter per vecka. Aktiviteten bör fördelas över minst tre av veckans dagar. Måttlig och hög intensitet kan även kombineras (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Dock finns studier som visar att höga träningsnivåer kan ha liknande eller färre positiva kardiovaskulära effekter jämfört med låga doser. Väldigt höga träningsdoser kan till och med associeras med ökad risk för kardiovaskulär sjukdom (Lavie, O'Keefe & Sallis, 2015). Det minimum av fysisk aktivitet som ger dokumenterade hälsovinster är aktiviteter med medel till hög intensitet och som förbrukar minst 150 kilokalorier per dag eller ca 1000 kcal i veckan (Pate et al., 1995).

För att lyckas med interventioner gällande fysisk aktivitet behövs ett systemperspektiv. Interventioner måste utformas efter samhällets förutsättningar och behov. Regeringar ska arbeta enhetligt för att öka nivåer av fysisk aktivitet hos alla medborgare genom att: uppmuntra fysisk aktivitet, bygga säkra och tillgängliga offentliga miljöer och infrastrukturer samt erbjuda möjligheter för alla att utöva fysisk aktivitet oavsett kön, ålder, inkomst, utbildning, etnicitet eller funktionshinder (WHO, 2015). Den största potentialen för att nå dagens befolkning och öka fysiska aktivitetsnivåer finns inom informations- och kommunikationsteknologi samt förändrad logistik och val av transportmedel (Pratt, Sarmiento, Montes, Ogilvie, Marcus, Perez & Brownson, 2012).

Fysisk inaktivitet definieras av Lee et al. (2012) som att inte uppfylla rekommendationerna för fysisk aktivitet. Fysisk inaktivitet bidrar till förekomst av sjukdom i höginkomstländer och ökar även i låg- och mellaninkomstländer. Determinanter som möjliggör eller försvårar fysisk aktivitet är den sociala och fysiska miljön samt arv och genetik (Bauman, Reis, Sallis, Wells, Loos & Martin, 2012). Data från 122 länder visar att en tredjedel av den vuxna befolkningen inte uppnår rekommendationerna för fysisk aktivitet. Fysisk inaktivitet är ett globalt problem med viss variation. Exempelvis är nivån högre hos kvinnor (33,9 %) än hos män (27,9 %). Det visar sig även vara högre hos äldre än yngre vuxna samt i höginkomstländer, där trenden är att fysisk aktivitet minskar inom arbetslivet men ökar något på fritiden (Hallal et al., 2012).

Stillasittande beteende definieras som tid i sittande. Forskning visar att man spenderar en stor del av vaken tid i stillasittande. Därför har forskare intresserat sig allt mer för stillasittandets effekter på ohälsa och dödlighet, oberoende av människors grad av fysisk aktivitet. Att byta ut stillasittande mot lågintensiv fysisk aktivitet i vardagen visar sig ha positiv påverkan på flera ohälsfaktorer. Detta är av stor vikt för äldre vuxna som kan ha svårt att uppnå de allmänna rekommendationerna för fysisk aktivitet. Denna kunskap kan ge positiva konsekvenser både på individ- och samhällsnivå med tanke på en ökad andel äldre i befolkningen (Hallal et al., 2012; Ekblom-Bak, Ekblom, Vikström, de Faire & Hellénus, 2014).

Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* (2011) betonar vikten av att erbjuda stöd till individer som behöver hjälp att förändra ohälsosamma levnadsvanor som fysisk inaktivitet och dålig kosthållning. Dessa individer har rätt till kunskap om möjligheter att påverka sin livsstil och minska risker för sjukdom. Stödet måste alltid individanpassas. Fysisk inaktivitet är ett större hot mot hälsan än övervikt och fetma. Genom att öka den fysiska aktivitetsnivån på fritiden, reduceras mortalitetsrisken för vuxna med övervikt och fetma. Satsning på viktning ger inte samma positiva hälsoutfall enligt McAuley och Blair (2011).

Fysisk aktivitet på recept (FaR®)

I litteraturen finns FaR® eller liknande koncept i länder som Australien, Danmark, England, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Spanien, Tyskland, USA och Vietnam. Otillräcklig fysisk aktivitet i samhället är en gemensam företeelse i de nordiska länderna. Variation verkar finnas i riktlinjer för fysisk aktivitet och i hur FaR®-modellen ser ut, men att ämnet uppmärksammas är ett steg framåt för att öka fysisk aktivitet hos världens befolkning (Kallings, 2011). År 1996 kom den första rapporten från U.S. Surgeon General som gav en omfattande kunskap och en översikt om de positiva effekterna av fysisk aktivitet på hälsoutfall (USDHHS, 1996). Detta har bidragit till ett ökat intresse för fysisk aktivitet i Sverige och för FaR®, som utvecklats från en pilotstudie som initierades 2001 (Raustorp & Sundberg, 2014; Leijon & Kallings, 2003).

Socialdepartementet har ansvar för hälso- och sjukvård samt folkhälsa och har beslutat att FaR® är en metod som ska användas i Sverige. Statens folkhälsoinstitut, nuvarande Folkhälsomyndigheten, genomför regeringsuppdrag kopplade till FaR®, stödjer införande och tillämpning av metoder, verktyg och strategier på den lokala nivån samt följer upp och utvärderar folkhälsopolitiken (där FaR® är en del). Samarbete sker med Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) som har tagit fram manualen *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (FYSS, 2015). Det är landstingen och regionerna som själva beslutar hur man ska lägga upp arbetet med FaR® utifrån de lokala förutsättningarna. Alla landsting arbetar med FaR® i varierande omfattning och med lokala anpassningar av grundmodellen för FaR®. I Sverige har all legitimerad personal möjlighet att förskriva FaR®. Gemensamt för alla varianter av FaR®-föreskrivningar är att förskrivaren är ansvarig för den medicinska uppföljningen. FaR® kan förskrivas flera gånger utifrån patientens behov, hälsostatus, möjligheter och önsningar (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

I primärvården, där distriktssköterskan förskriver flest FaR®, är patienten ofta väl känd av personalen och har återkommande besök inplanerade. Rådgivning och ordination av FaR® kan ske stegvis och uppdelat på flera besök. Uppföljning av FaR® kan göras varje gång patienten kommer för återbesök, på samma sätt som uppföljning av exempelvis en läkemedelsordination (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Bohman, Mattsson och Borglin (2015) beskriver att distriktssköterskors inställning till FaR® var mycket positiv, men att de upplevde bristande organisatoriskt stöd. Eventuella lösningar för att öka antal föreskrivningar i

primärvården som nämns var: enklare administrativa system, mer tid, möjligheter till uppföljning samt tydliga forskrivningsriktlinjer och evidensbaserade strategier. Trots distriktssköterskors positiva inställning till forskrivning, påpekades det att flera hinder fanns, i form av brist på utbildning, praktisk övning och motivation (Chan et al., 2013; Lamarche & Vallance, 2013; Turin, 2015). Harris et al. (2013a) såg en ökad FaR[®]-förskrivning hos distriktssjuksköterskor som randomiserades till interventionsgrupp och fick utbildning på sjukdomsprevention, riskfaktorer och livsstilsinterventioner såsom FaR[®].

Förskrivning av FaR[®] visar sig variera när det gäller vem som ordinerar, vem som får ordinationen och ordinationens innehåll. I en studie av Leijon, Bendtsen, Nilsen, Ekberg och Ståhle (2008) förskrev sjuksköterskor och läkare flest antal FaR[®]. Fler kvinnor än män fick FaR[®] och patienter i åldersgrupp 45-64 år fick flest FaR[®]. Ungefär en tredjedel av patienterna uppgav att de var fysiskt inaktiva. Hälften av patienterna fick promenader ordinerat, vilket även var den vanligaste ordinerade aktiviteten oavsett kön och ålder. Enligt Hallal et al. (2012) är promenad en vanlig, tillgänglig, billig form av fysisk aktivitet och en viktig komponent i den totala fysiska aktivitetsnivån i vuxenbefolkningar.

Råd om fysisk aktivitet måste individanpassas efter att en individuell riskbedömning och adekvat utredning gjorts. Dock har patienten ett personligt ansvar för sin egenvård som inte ska ignoreras. En diskussion om rimliga mål eller delmål kan underlätta. Ett skriftligt kontrakt i form av FaR[®] skulle kunna göra målen konkreta och verkliga (Socialstyrelsen, 2011).

Effekter av FaR[®]

FaR[®] leder till ökad fysisk aktivitetsnivå vid uppföljning av patienter i primärvården. Studier visade signifikanta skillnader vid 6-månaders uppföljning av FaR[®]-interventioner. Både fysisk aktivitetsnivå och livskvalitet inklusive fysisk och mental hälsa ökade (Kallings, Lejon, Hellénus & Ståhle, 2008; Kallings, Johnson, Fisher, de Faire, Ståhle, Hemmingsson & Hellénus, 2009). Ytterligare en FaR[®]-studie visade att hälften av primärvårdspatienter ökade sin fysiska aktivitetsnivå vid både 3- och 12-månaders uppföljning (Leijon, Bendtsen, Nilsen, Festin & Ståhle, 2009). FaR[®]-interventioner visade sig leda till ökad aktivitetsnivå och livskvalitet men kunde även leda till ökad risk för fall och skador (Lawton, Rose, Elley, Dowell, Fenton & Moyes, 2008).

Spanska distriktsläkares FaR[®]-förskrivning resulterade i ökad fysisk aktivitetsnivå och gav små men kliniskt relevanta effekter för primärvårdspatienters hälsa. Även vid en mindre ökning av fysisk aktivitetsnivå uppnådde patienter kliniskt relevanta hälsoförbättringar. Trots att FaR[®] visade sig vara ett effektivt verktyg, var det vanligare att läkare gav enklare råd utan förskrivet dokument, på grund av att FaR[®] kräver mer tid, stöd och övning (Grandes, Sanchez, Sanchez-Pinilla, Torcal, Montoya, Lizarraga & Serra, 2009). FaR[®]-användning (*green prescription*) i Nya Zeeland resulterade i en ökad fysisk aktivitetsnivå som uppfyllde rekommendationsnivåerna. FaR[®] är ett kostnadseffektivt verktyg i dagens ekonomiskt styrda vårdenheter. Dessutom ökade kostnadseffektiviteten ytterligare när distriktssköterskor

förskrev och följde upp, jämfört med när läkare gjorde det (Elley, Garrett, Rose, O'Dea, Lawton, Moyes & Dowell, 2011).

En metaanalys och en systematisk litteraturoversikt undersökte fysisk aktivitet gällande skriftliga instruktioner eller recept till fysiskt inaktiva vuxna (patientens egen skattning). Dessa visade signifikanta förbättringar på fysisk aktivitetsnivå på kort sikt (< ett år) men inte på lång sikt (> ett år) (Orrow, Kinmonth, Sanderson & Sutton, 2012; Neidrick, Fick & Loeb, 2012). En annan metaanalys visade på ett ökat men icke-signifikant antal patienter som uppnådde rekommenderad fysisk aktivitetsnivå, när de fick skriftliga instruktioner eller recept jämfört med muntligt råd. Det sågs även en förbättring i depressionstillstånd hos individer med symtom (Pavey et al., 2013).

Hälsopromotion och sjukdomsprevention

Hälsopromotion och sjukdomsprevention är de omvårdnadsteoretiska begrepp som ligger till grund för hur distriktssköterskor arbetar i primärvården. *Ottawa Charter for Health Promotion* (WHO, 1986) definierar hälsopromotion enligt följande: *Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health* (s. 1). Hälsopromotion fokuserar på att uppnå jämlikhet i hälsa. Syftet är att minska skillnader i hälsostatus och erbjuda möjligheter och resurser så att individer kan uppnå bästa möjliga hälsa. Ottawa Charter förklarar att huvudstrategier i arbete med hälsopromotion är att stödja, förena och möjliggöra. Handlingsplaner ska finnas för att bygga på folkhälsopolicy, skapa miljöer som stödjer hälsa, styrka samhällsinitiativ, utveckla personliga färdigheter samt omdirigera vård. Nutbeam (1998) på uppdrag av WHO definierar sjukdomsprevention som: *Disease prevention covers measures not only to prevent the occurrence of disease, such as risk factor reduction, but also to arrest its progress and reduce its consequences once established* (s. 4).

Arbete med hälsopromotion står med på agendan hos många europeiska länder, i och med att livsstilssjukdomar och miljöproblem ökar. Ett nordiskt nätverk etablerades 2007 för samarbete kring och utveckling av hälsopromotion. Nätverksmedlemmar arbetar för att främja begreppsförståelse och forskning i hälsopromotion samt för att utöka kunskap om hälsopromotion genom utbildning (Ringsberg, 2015).

Whitehead (2004) påpekar att hälsopromotion och patientundervisning är båda viktiga inslag i hälso- och sjukvårdsarbete. Dessa begrepp är relaterade men oberoende och blandas ofta ihop. Det är viktigt att förstå skillnaden och ta hänsyn till båda perspektiv i omvårdnadsarbete. Hälsopromotion innefattar flera aspekter i samhälle, bland annat politisk policy, ekonomiska kostnader och social samverkan. Patientundervisning är huvudsakligen på individbasis. Piper (2008) bekräftar i sin studie att det finns förvirring kring begreppen hos sjukhuspersonal. I motsats till den pågående debatten upplevde sjuksköterskor att patientundervisning var ett mer omfattande, betydelsefullt fenomen och att hälsopromotionens betydelse inte var tydligt avgränsat och därmed inte lika relevant i deras arbete.

Hälsopromotionens multidisciplinära karaktär kan ses som en fördel i forskning eftersom den är användbar i varierande sammanhang. Distriktssköterskor upplevde att ett hälsofrämjande perspektiv i motiverande samtal underlättade i arbetet med patienter och livsstilsförändringar (Brobeck, Bergh, Odenrants & Hildingh, 2011). Distriktssköterskor uppgav hur viktigt det var med helhetssyn och hälsopromotion i omvårdnad av migranter. De använde sig av ett etnocentriskt tillvägagångssätt för att främja fysisk hälsa, ett empatiskt perspektiv för att främja psykisk hälsa samt ett holistiskt perspektiv för att främja familjens välbefinnande i vardagen (Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010). Holmberg och Ringsberg (2014) undersökte norska arbetsterapeuters syn på hälsopromotion. Arbetsterapeuterna menade att de arbetade salutogent och holistiskt, med individen i centrum. De förespråkade att ett hälsofrämjande arbetssätt var beroende av sammanhanget samt att mötet måste utgå från patientens situation, kultur och miljö.

Primärvården

Hälsopromotion och sjukdomsprevention är primärvårdens uppdrag. Det hälsofrämjande arbetet innebär att informera, stödja och motivera individer att ta ett eget ansvar för den personliga hälsan och förbättra den. I de sjukdomsförebyggande insatser som genomförs på vårdcentralen ska livsstilsfrågor integreras. Två grundförutsättningar för att på ett medvetet sätt arbeta hälsofrämjande är att dels definiera hälsa och dels vara medveten om hälsans determinanter samt hur de påverkar hälsan. Utifrån detta skapas en medvetenhet om vilka insatser som bidrar till bättre hälsa (Västra Götalandsregionen Folkhälsokommittén, 2010).

Distriktssköterskan har en bred kompetens och därmed ett brett arbetsfält inom primärvården: mottagningsverksamhet, barnhälsovård, skolhälsovård och hemsjukvård. Med sitt breda arbetsfält har distriktssköterskan stora möjligheter att fånga upp hälsoproblem genom sin nära kontakt med olika befolkningsgrupper i samhället. Genom fördjupade kunskaper inom folkhälsovetenskap, medicinsk vetenskap, omvårdnad/vårdvetenskap samt pedagogik och ledarskap, har distriktssköterskor förutsättningar för att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

Lagar och styrdokument

Distriktssköterskors arbete styrs av diverse lagar och dokument. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 2§ (HSL 1982:763) ska primärvården svara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusets resurser och kompetens. All sjukvårdspersonal har ansvar att förmedla kunskap och metoder om vad som främjar hälsa samt att arbeta för att förebygga ohälsa enligt HSL 2c§ (1982:763).

Primärvården utgör basen för den nära sjukvården i Västra Götalandsregionen och bedrivs utifrån HSL (1982:763). Vårdcentralens uppdrag finns preciserat i *Krav- och Kvalitetsboken*, bland annat att ha ett hälsofrämjande förhållningssätt och att erbjuda sjukdomsförebyggande insatser på både grupp- och individnivå. Insatserna ska särskilt riktas mot tobaksanvändning, alkoholkonsumtion och övervikt/fetma. Det ska erbjudas strukturerade hälsosamtal och

föreskrivning av FaR[®]. Vårdcentralen ska ha ansvar för patienter med kroniska sjukdomar och bör ge råd, stöd och utbildning i egenvård samt arbeta för att tidigt upptäcka hälsorisker (Västra Götalandsregionen, 2015).

I Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* (2011) presenteras metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja vuxna i att skapa och upprätthålla hälsosamma levnadsvanor. Riktlinjerna tar upp flera ohälsosamma levnadsvanor som medför en ökad hälsorisk: tobaksbruk, riskbruk för alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Åtgärder innefattar någon form av rådgivning eller samtal som har delats upp i tre nivåer: enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Samtliga åtgärder förutsätter att det konstaterats av hälso- och sjukvården att individen har ohälsosamma levnadsvanor.

Vid otillräcklig fysisk aktivitet bör det erbjudas rådgivande samtal med möjligt tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet (FaR[®]), aktivitetsdagbok, stegräknare samt särskild uppföljning. Hälso- och sjukvården kan erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till dessa individer och i undantagsfall erbjuda fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram. Motiverande samtal (MI) används i vårdkontexter för att stödja den enskilda individen i sin motivation till att göra en livsstilsförändring (Letourneau & Goodman, 2014; Noordman, de Vet, van der Weijden & Dulmen, 2013; Perry & Butterworth, 2011; Tse, Vong & Tang, 2013). Interventioner baserade på transteoretisk modell (TTM) främjade fysisk aktivitet hos kvinnor med metabolt syndrom. TTM är en individbaserad modell som används för att utvärdera hur motiverad och mottaglig individen är samt att anpassa interventionen därefter (Mostafavi, Ghofranipour, Feizi & Pirzadeh, 2015). TTM är en relevant och framgångsrik modell i promotion av fysisk aktivitet (Nigg, Geller, Motl, Horwath, Wertin & Dishman, 2011).

Problemformulering

Fysisk aktivitet påverkar både den fysiska och den psykiska hälsan på ett positivt sätt samt minskar risken för levnadsvanorelaterade sjukdomar. Avsikten med införandet av FaR[®] är att det, tillsammans med stöd av distriktssköterskor, kan hjälpa patienter att etablera fysisk aktivitet som en ny livsstilsvana. Stöd på individnivå har på sikt positiva konsekvenser för samhället. I ett vidare perspektiv kan distriktssköterskornas potential att förskriva FaR[®] uppmärksammas. Distriktssköterskor har i och med FaR[®] ett verktyg för att påverka patienters hälsa. De har rätt att förskriva FaR[®] till personer där behov av fysisk aktivitet föreligger, i hälsopromotivt eller sjukdomspreventivt syfte. Det finns till vår kännedom ingen som studerat hur distriktssköterskor förskriver FaR[®] avseende dess innehåll.

Syfte

Att beskriva distriktssköterskors förskrivning av FaR[®], inom primärvården, beträffande dess innehåll och att påvisa eventuell förändring avseende receptets innehåll samt patienters fysiska och psykiska hälsoparametrar vid uppföljning efter sex månader.

Frågeställningar

Vad ordinerades i FaR[®] gällande aktivitet, intensitet, duration, frekvens och begränsningar, vid baslinje och vid uppföljning efter sex månader?

Hur var patienternas BMI, midjemått, egenskattad allmän hälsa och psykiskt välbefinnande för män respektive kvinnor vid baslinje och vid uppföljning efter sex månader?

Metod

Underlaget för detta arbete baseras på en studie som initierades 2010 för att öka kunskap om behandling med FaR[®] i klinisk praktik. Målet var att kartlägga och kvalitetssäkra verksamheten med FaR[®]-behandling vid vårdcentraler. Aktuell studie hade en kvantitativ ansats med en kvasiexperimentell design (ingen kontrollgrupp och ej randomiserad) och omfattade två mätningar av FaR[®]-innehåll samt utvalda fysiska och psykiska parametrar, vid baslinje och vid uppföljning efter sex månader. Detta material ingår i en större studie med en planerad fem-års uppföljning, inklusive en randomiserad kontrollerad studie för *non-responders* (individer med utebliven effekt av FaR[®]) och en hälsoekonomisk analys. (Se bilaga 1).

Urval

FaR[®]-samordnare från 15 vårdcentraler i Göteborg Centrum och Väster, huvudsakligen distriktssköterskor och sjuksköterskor, förskrev FaR[®] i studien. Samtliga hade fått utbildning om effekter av fysisk aktivitet enligt FYSS, förskrivning och uppföljning av FaR[®] samt motiverande samtal.

Patienter som bedömdes kunna ha nytta av fysisk aktivitet, tillfrågades om deltagande. Patienter screenades och selekterades icke-konsekutivt (2010-2014) enligt följande inklusionskriterier: 30-80 år, svensktalande, fysiskt inaktiva (egenskattad fysisk aktivitetsnivå) samt med minst en riskfaktor för metabolt syndrom. Ett icke-konsekutivt urval innebär att alla patienter som uppfyllde kriterierna ändå inte kom med i studien av olika anledningar, bland annat tids- eller informationsbrist hos personalen (Polit & Beck, 2012). Vid baslinjen ingick 444 patienter och av dessa gjorde 347 patienter (78 %) 6-månaders uppföljning.

Datainsamling

Data gällande fysisk och psykisk hälsa samlades in. Kliniska mått inkluderande vikt, längd, midjemått, blodtryck samt blodprover (fP-glukos, triglycerider och HDL) togs från deltagande patienter både vid baslinje och 6-månaders uppföljning. Möjlighet till stöd mellan planerade besök erbjöds i form av besök och/eller telefonsamtal. I samband med mätning av metabola parametrar fick patienten ett motiverande samtal och förskrivning av FaR[®].

För att undersöka förändring i fysisk aktivitetsdos (intensitet, duration, frekvens) över tid, användes alla FaR[®] som förskrevs vid baslinje och 6-månaders uppföljning. På varje recept finns möjlighet att skriva två ordinationer med plats för information om bland annat aktivitet, intensitet (låg, medel, hög), duration (minuter/tillfälle), frekvens (antal gånger/vecka) och begränsningar (försiktig, undvik, inga). Begränsningar kan anges om patienten har tidigare sjukdomstillstånd eller nedsättningar. (Se bilaga 2).

Fysisk hälsa studerades via effektmåtten BMI och midjemått. BMI beräknades utifrån uppmätt vikt och längd (kg/m^2). Från 25-30 kg/m^2 i BMI räknas som övervikt och $>30 \text{ kg/m}^2$ räknas som fetma. Midjemått bedömdes med patienten stående och vid utandning registrerades midjemått med måttband (cm) mellan nedersta revbensbågen och bäckenkammen. Ett midjemått över 80 cm för kvinnor och över 84 cm för män ökar risken för metabola konsekvenser, medan midjemått över 88 cm för kvinnor och över 102 cm för män leder till mycket ökad risk (Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: executive summary, 1998; WHO, 2011).

Hälsorelaterad livskvalitet studerades via två domäner i enkäten Short Form 36 (SF-36): allmän hälsa och psykiskt välbefinnande (se tabell 2). Domänerna mättes vid baslinje och uppföljning med hjälp av den svenska versionen av SF-36 (Sullivan, Karlsson & Ware, 1995; Sullivan, Karlsson & Taft, 2002). Den innehåller trettiosex frågor som täcker åtta hälsodomäner: fysisk funktion, fysisk rollfunktion, smärta, allmän hälsa, vitalitet, social funktion, emotionell rollfunktion samt psykiskt välbefinnande. Svaren poängsätts där ett högre antal poäng indikerar en bättre hälsorelaterad livskvalitet (poängsättning 0-100). Instrumentet används internationellt och bedöms ha god validitet och reliabilitet.

Tabell 2. SF-36, frågor som ingår i allmän hälsa och psykiskt välbefinnande

SF-36 frågor	
Allmän hälsa	Psykiskt välbefinnande
Hälsan är: utmärkt, mycket god, god, någorlunda, dålig	Känt Dig mycket nervös
Jag verkar ha lite lättare att bli sjuk än andra människor	Känt Dig så nedstämd att ingenting kunnat muntra upp dig
Jag är lika frisk som vem som helst av dem jag känner	Känt Dig lugn och harmonisk
Jag tror min hälsa kommer att bli sämre	Känt Dig dyster och ledsen
Min hälsa är utmärkt	Känt Dig glad och lycklig

(Sullivan, Karlsson & Taft, 2002)

Dataanalys

Analys av materialet sker per protokoll. Deskriptiv statistik presenteras genom frekvensdata för kategoriserade variabler samt medelvärde och standardavvikelse för kvantitativa data. Vid hypotes-testningar har icke-parametriska metoder använts. Nollhypotesen (H_0) är att det inte finns någon skillnad mellan baslinje och uppföljning. För kvantitativa data har Wilcoxon tecken rang-test använts för test av relaterade variabler (förändring över tid) (Altman, 1991). Wilcoxon används med fördel för analys av ordinal data med parvisa observationer (exempelvis hos samma individ över tid) som inte är normalfördelade samt för ett relativt litet stickprov (Polit & Beck, 2012). Signifikansnivån bestämdes till $\alpha=0,05$. Vid samtliga analyser användes statistikprogrammet IBM SPSS 22.0 (IBM Corp., 2013).

Etiska överväganden

Risk/nytta analys

Den longitudinella studien, där aktuellt material ingår, utförs som en kartläggning av befintlig verksamhet. Eventuella risker och komplikationer för patienten bedöms som mycket små. Göteborgs etiska prövningsnämnd ansåg det inte nödvändigt med en ansökan för studien enligt svenskt lag, däremot blev ansökan för studiens dataregister godkänt av Primärvården, Göteborg (Lundqvist, Börjesson, Larsson, Hagberg & Cider, 2013).

Ambitionen var att patienterna inte skulle uppleva något obehag av studien. Dock kunde de uppfatta det känsligt eller besvärligt att svara på frågor som relaterar till sin livsstil samt att bli undersökta. Studien medförde inga allvarliga risker. Dock finns det alltid risk för muskeloskeletal skador vid fysisk aktivitet, vilket undveks genom att FaR[®] individanpassades samt genom att patienterna erbjöds möjlighet till kontakt mellan planerade besök, om så önskades.

Fysisk aktivitet visar sig ha positiva effekter på fysisk och psykisk hälsa. Förskrivning av FaR[®] och individanpassat stöd av distriktssköterskan kan hjälpa patienten att upprätta fysisk aktivitet som en ny hälsosam levnadsvana. Förbättrad hälsa på individnivå kan i ett vidare perspektiv leda till förbättrad hälsa på samhällsnivå.

Forskningsetiska krav

Forskning är angelägen för den enskilda individen och för samhällets utveckling. De grundläggande etiska frågorna rör frivillighet, integritet, konfidentialitet och anonymitet för de personer som är direkt inblandade i forskningen. Forskningsetiska krav som gäller för svensk forskning innefattar information, samtycke, konfidentialitet samt nyttjande (Vetenskapsrådet Codex, 2002).

Enligt Lagen om etikprövning om forskning som avser människor (SFS 2003:460) ska forskningen etiskt prövas och får bara utföras efter information till och samtycke från forskningspersonen. Undantaget är forskning som utförs inom ramen för högskoleutbildning

på avancerad nivå som denna studie. Enligt Personuppgiftslagen 1 § (SFS 1998:204) är syftet att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks genom behandling av personuppgifter. Personuppgiftsförordning 1 § (SFS 1998:1191) ger kompletterande föreskrifter beträffande sådan behandling av personuppgifter som omfattas av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

Data som analyserats i aktuellt arbete var redan inmatade och avkodade. Inga namn eller personnummer fanns redovisade, varje patient hade istället ett löpnummer. Patienter som ingick i studien har inte kunnat identifieras, detta i enlighet med det etiska huvudkravet på konfidentialitet (Vetenskapsrådet Codex, 2002). Samtyckeskravet uppfylldes genom att patienterna gav sitt samtycke till att data lagrades i databas. Informationskravet gick inte att uppnå, då det inte fanns möjlighet att informera patienterna om aktuellt arbete. Hantering av materialet har skett med sekretess.

Resultat

Vid baslinjen ingick 444 patienter och vid uppföljningen sex månader senare återstod 347 (78 %), medan 97 (22 %) patienter utgick av olika anledningar eller har ännu inte gjort uppföljning.

Bakgrundsvariabler

Demografisk data vid baslinjen visar att fler kvinnor än män ingick i studien och medelvärdet på åldern var 57 år. Majoriteten var födda i Sverige, drygt hälften var gifta eller sambo. Mindre än hälften hade gått en högskoleutbildning och mer än hälften upplevde en god ekonomi. En dryg tiondel rökte medan en dryg tiondel snusade. (Se tabell 3).

Tabell 3. Demografisk data vid baslinjen

Demografisk data		Baslinje <i>n (valid %)</i>	Medelvärde/ standardavvikelse <i>(m ± s)</i>
<i>Kön</i>	Män	193 (43,5)	
	Kvinnor	251 (56,5)	
	Total	444 (100)	
<i>Ålder</i>	27-39	28 (6)	57 ± 11,3
	40-59	202 (46)	
	60-85	213 (48)	
	Total	443 (100)	
<i>Födelseland</i>	Sverige	374 (85,5)	
	Nordiskt	24 (5,5)	
	Europeiskt	16 (3,7)	
	Övriga världen	22 (5,0)	
	Total	436 (100)	
<i>Social situation</i>	Ensamstående	170 (39,9)	
	Gift/sambo	238 (55,6)	
	Annat	20 (4,7)	
	Total	428 (100)	
<i>Utbildning</i>	Grundskola	83 (19,2)	
	Gymnasium/yrkesskola	162 (37,5)	
	Högskola/universitet	182 (42,1)	
	Annat	5 (1,2)	
	Total	432 (100)	
<i>Upplevd ekonomi</i>	Bra	249 (57,9)	
	Dålig	55 (12,8)	
	Varken bra eller dålig	126 (29,3)	
	Total	430 (100)	
<i>Rökning</i>	Ja	44 (10,2)	
	Nej	270 (62,6)	
	Tidigare men inte längre	117 (27,1)	
	Total	431 (100)	
<i>Snus</i>	Ja	51 (12,6)	
	Nej	353 (87,4)	
	Total	404 (100)	

Innehåll i FaR®

Innehållet i de 415 FaR® som förskrevs vid baslinjen gällande första ordinationen, visade att den vanligaste aktivitet som ordinerades var promenader (62 %). Vanligast förekommande dos var 30-44 minuter per träningstillfälle på medel intensitetsnivå, två till fem gånger per

vecka. Begränsningar gällande aktivitetens utförande ordinerades i ca 41 % av fallen. Andra ordinationen vid baslinjen var ifylld i 264 av totalt 415 förskrivna FaR[®], där mest förekommande ordinerad aktivitet var promenad (33 %) respektive gymträning (33 %). Ordinerad intensitetsnivå och antal minuter per tillfälle liknade dem i första ordinationen. Vanligast förekommande frekvens var en till två gånger i veckan. Begränsningar beträffande aktivitetens utförande ordinerades i 37 % av fallen. (Se tabell 4).

Innehållet i de 321 FaR[®] som förskrevs vid uppföljning gällande första ordinationen, visade att promenader var den vanligaste aktiviteten och ordinerades i samma utsträckning som vid baslinje (62 %), följt av gymträning (21 %). Vanligast förekommande dos var 30-44 minuter per träningstillfälle på medel intensitetsnivå, två till fem gånger per vecka. Begränsningar avseende aktivitetens utförande ordinerades i ca 38 % av fallen. Andra ordinationen vid uppföljning var ifylld i 220 av totalt 321 förskrivna recept, där mest förekommande ordinerade aktivitet var gymträning (38 %) följt av promenad (31 %). Vanligast ordinerades medelintensitet (83 %) och 30-44 minuter per tillfälle (49 %). Den mest frekventa ordinationen var en till två gånger per vecka. Begränsningar beträffande utförande ordinerades i 42 % av fallen. (Se tabell 4).

Antal begränsningar i första ordinationen minskade över tid från ca 41 % till ca 38 %. Däremot vid andra ordinationen ökade antal begränsningar över tid från ca 37 % till ca 42 %.

Aktivitetsdos

Data för aktivitetsdosen, bestående av intensitetsnivå (låg, medel, hög), duration (minuter/tillfälle) och frekvens (gångar/vecka), rangordnades och testades över tid. En hypotesprövning gjordes med hjälp av Wilcoxons tecken rang-test för att undersöka om doskomponenterna visade på statistiskt signifikanta förändringar från baslinje till uppföljning. Gällande första ordinationen påvisades en statistiskt signifikant ökning av duration över tid. Gällande andra ordinationen fanns en tendens till ökad duration men förändringen nådde ej signifikans. (Se tabell 4).

Tabell 4. FaR[®]-innehåll vid baslinje och uppföljning

		Baslinje <i>n (valid %)</i>	Uppföljning 6 månader <i>n (valid %)</i>	<i>p-värde</i> $\alpha=0,05$
Ordination 1				
<i>Aktivitet</i>	Promenad	257 (61,9)	198 (61,7)	
	Gym	77 (18,6)	66 (20,6)	
	Cykel	18 (4,3)	15 (4,7)	
	Bassäng	29 (7,0)	17 (5,3)	
	Dans och gympa	16 (3,9)	13 (4,0)	
	Övrig aktivitet	12 (2,9)	11 (3,4)	
	FaR [®] -grupp	6 (1,4)	1 (0,3)	
	Total	415 (100)	321 (100)	
<i>Intensitet</i>	Låg	39 (9,7)	14 (4,8)	0,384
	Medel	330 (81,9)	249 (85,9)	
	Hög	34 (8,4)	27 (9,3)	
	Total	403 (100)	290 (100)	
<i>Duration</i> <i>(minuter/tillfälle)</i>	0-29	35 (8,6)	21 (6,8)	0,000
	30-44	285 (70,2)	195 (62,9)	
	45-60	48 (11,8)	41 (13,2)	
	≥60	38 (9,4)	53 (17,1)	
	Total	406 (100)	310 (100)	
<i>Frekvens</i> <i>(gångar/vecka)</i>	1	55 (13,3)	46 (14,6)	0,646
	2	85 (20,6)	65 (20,6)	
	3	105 (25,5)	62 (19,7)	
	4	21 (5,1)	19 (6,0)	
	5	94 (22,8)	83 (26,3)	
	6	8 (1,9)	6 (1,9)	
	7	44 (10,7)	34 (10,8)	
	Total	412 (100)	315 (100)	
<i>Begränsningar</i>	Försiktig/undvik	55 (41,4)	36 (37,5)	
	Inga	78 (58,6)	60 (62,5)	
	Total	133 (100)	96 (100)	
Ordination 2				
<i>Aktivitet</i>	Promenad	88 (33,3)	68 (30,9)	
	Gym	87 (33,0)	84 (38,2)	
	Cykel	19 (7,2)	14 (6,4)	
	Bassäng	29 (11,0)	23 (10,5)	
	Dans och gympa	27 (10,2)	15 (6,8)	
	Övrigt	12 (4,5)	15 (6,8)	
	FaR [®] -grupp	2 (0,8)	1 (0,5)	
	Total	264 (100)	220 (100)	
<i>Intensitet</i>	Låg	19 (7,9)	8 (4,2)	0,068
	Medel	197 (81,7)	159 (83,2)	
	Hög	25 (10,4)	24 (12,6)	
	Total	241 (100)	191 (100)	
<i>Duration</i> <i>(min/tillfälle)</i>	0-29	22 (9,1)	17 (8,1)	0,051
	30-44	150 (61,7)	103 (48,8)	
	45-60	32 (13,2)	38 (18,0)	
	≥60	39 (16,0)	53 (25,1)	
	Total	243 (100)	211 (100)	
<i>Frekvens</i> <i>(gångar/vecka)</i>	1	92 (37,2)	67 (31,6)	0,872
	2	75 (30,4)	71 (33,5)	
	3	35 (14,2)	39 (18,4)	
	4	15 (6,1)	15 (7,1)	
	5	21 (8,5)	12 (5,7)	
	6	1 (0,4)	2 (0,9)	
	7	8 (3,2)	6 (2,8)	
	Total	247 (100)	212 (100)	
<i>Begränsningar</i>	Försiktig/undvik	28 (36,8)	31 (41,9)	
	Inga	48 (63,2)	43 (58,1)	
	Total	76 (100)	74 (100)	

Fysiska och psykiska hälsoparametrar

Fysiska och psykiska hälsoparametrar vid baslinje och 6-månaders uppföljning beskrivs i tabell 5. BMI och psykiskt välbefinnande skiljer sig signifikant för hela gruppen och för kvinnorna. Midjemått och allmän hälsa skiljer sig signifikant för alla, för män och för kvinnor.

Tabell 5. BMI, midjemått, allmän hälsa och psykiskt välbefinnande vid baslinje och uppföljning

		Baslinje	Uppföljning 6 månader	
		Medelvärde/standardavvikelse (<i>m ± s</i>)	Medelvärde/standardavvikelse (<i>m ± s</i>)	<i>p</i> -värde <i>α</i> =0,05
<i>BMI (kg/m²)</i>	Alla	32,2 ± 5,3	31,6 ± 5,4	0,002
	Män	32,2 ± 5,0	31,9 ± 5,2	0,096
	Kvinnor	32,1 ± 5,6	31,4 ± 5,5	0,009
<i>Midjemått (cm)</i>	Alla	108,1 ± 13,2	106,1 ± 13,6	0,000
	Män	113,0 ± 12,4	111,4 ± 12,0	0,000
	Kvinnor	104,2 ± 12,5	101,6 ± 13,2	0,000
<i>SF 36 (0-100)</i>				
<i>Allmän hälsa (poäng)</i>	Alla	59,3 ± 20,5	64,1 ± 20,8	0,000
	Män	59,4 ± 19,5	63,1 ± 20,7	0,006
	Kvinnor	59,2 ± 21,4	64,9 ± 20,9	0,000
<i>Psykiskt välbefinnande (poäng)</i>	Alla	71,0 ± 20,3	74,2 ± 19,0	0,032
	Män	73,2 ± 19,2	73,7 ± 18,5	0,584
	Kvinnor	69,3 ± 21,1	74,5 ± 19,4	0,001

Diskussion

Metoddiskussion

En kvantitativ ansats, som i denna studie, har fördel att forskaren inte påverkar data från deltagaren och anses därmed vara mer objektiv (SBU, 2014). Studien utgick från verkligheten och avspeglade den kliniska vardagen. Styrkan med studieupplägget var att urvalet var förhållandevis stort och bortfallet var begränsat. Interventionen FaR[®] orsakade minimalt med risk för patienterna och positiva hälsoeffekter kunde noteras.

Den aktuella studien har dock vissa begränsningar. Urvalet var icke-konsekutivt och inte randomiserat. Distriktssköterskorna förskrev inte till alla som uppfyllde inklusionskriterierna av olika anledningar, såsom tids- och informationsbrist. Det fanns ingen kontrollgrupp att jämföra urvalsgruppen med och mäta effekter av interventionen mot. Resultaten analyserades per protokoll och inte med intention-to-treat. Per protokoll innebär att endast resultat från de individer som fullföljde interventionen analyseras. En nackdel är att det kan leda till bias, eftersom gruppen som är kvar blir mindre representativ och mer homogen när bortfallet blir större (Spineli, Fleming & Pandis, 2015). Intention-to-treat är standard vid datahantering i randomiserade kontrollerade studier där data från alla randomiserade individer analyseras, även de som inte fullföljer studien (Polit & Beck, 2012). Aktuell studie hade en kvasiexperimentell design men ingår i en longitudinell studie med en randomiserad kontrollerad uppföljning, där intention-to-treat analys är att föredra.

Bortfall finns i materialet och kan medföra problem i resultatet eftersom man inte har komplett data att analysera. Dessutom blir det svårare att dra slutsatser och generalisera resultat. Bortfall kan ha flera orsaker. En patient kan: anmäla sig, uppfylla kriterier och sedan välja att inte vara med; anmäla sig, uppfylla kriterier och inte dyka upp; börja studien men sedan dra sig ur efter att ha börjat; vara med i hela studien men inte fylla i alla blanketter/frågor eller lämna alla mått/värden, antingen av misstag eller eget val (internt bortfall). Bortfall kan även bero på att forskaren har gjort något misstag i hanteringen av materialet, exempelvis vid dokumentation (Polit & Beck, 2012). Andra anledningar till bortfall i aktuellt material kan spekuleras kring. Det kan vara så att de som valde att inte börja var sjuka och inte orkade; de som började vid baslinje men uteblev vid uppföljning kan vara de som mådde sämre eller hade ont och inte orkade fortsätta; de som inte fyllde i all dokumentation ville möjligen vara anonyma; de kan ha flyttat under studiens gång. Ytterligare anledningar till att inte delta eller fullfölja skulle kunna vara brist på tid, motivation eller beredskap till att göra en livsstilsförändring.

En svårighet i materialet var hur aktivitetsdosen i FaR[®] skulle redovisas och analyseras. Ibland var endast ett av de två ordinationsfälten ifyllda, ibland båda. Avsikten var att jämföra alla ordinationer vid baslinje med alla ordinationer vid uppföljning, men att slå ihop båda ordinationsfälten i receptet visade sig öka kombinationerna av ordinationer än mer samt göra

resultaten svårtolkade och osäkra. Därför jämfördes första ordinationen vid baslinje mot första vid uppföljning, och andra ordinationen vid baslinje mot andra vid uppföljning. Ofta användes första ordinationsfältet för att ordinera promenader som var den mest ordinerade aktiviteten, och andra ordinationsfältet för att ordinera annan aktivitetsform.

Resultatdiskussion

Resultatet tyder på att FaR[®]-föreskrivning under ordnade former medförde positiva effekter på både fysisk och psykisk hälsa för fysiskt inaktiva patienter med metabola riskfaktorer, sett ur ett halvårsperspektiv. Genomgående var promenad den vanligaste ordinerade aktiviteten med medel intensitet, 30-44 minuter per tillfälle och två till fem gånger per vecka. Resultatet visade flera signifikanta skillnader över tid. Kvinnornas BMI och midjemått minskade medan egenskattad allmän hälsa och psykiskt välbefinnande ökade. Männens midjemått minskade och egenskattad allmän hälsa ökade. Beträffande aktivitetsdosen i första ordinationsfältet, ökade tillfällena i antal minuter från baslinje till uppföljning.

Aktivitetsdos och hälsoparametrar

Richards och Cai (2015) beskriver bland annat fyra interventionsstudier som inte ökade fysisk aktivitetsnivå hos deltagarna. Interventionerna bestod huvudsakligen av muntligt råd och motiverande samtal. De anger anledningar som att en del patienter redan hade tillräckliga aktivitetsnivåer vid baslinjen, aktuell sjukdom, låg interventionsdos, låg följsamhet, inkonsekvent rekrytering och otillräcklig individanpassning av interventioner. Några av dessa orsaker kan ha påverkat resultatet i aktuell studie samt ge förklaring till varför det ej fanns flera statistiskt signifikanta förändringar i aktivitetsdos över tid.

Utfallet av utvalda psykiska effektmått visar att människans egenskattade psykiska välbefinnande inte förbättrades över tid utan låg stabilt. Det skulle kunna innebära att männen redan mådde bra eller att de inte skattade sanningsenligt. Om så var fallet, kan fysisk aktivitet möjligen hjälpa dem på längre sikt. Vissa studier visar att stämningsläget vid exempelvis depressionstillstånd förbättras av fysisk aktivitet (Pavey et al., 2013). Enkätresponser (SF-36) skulle eventuellt kunna ge någon förklaring om man vidare undersökte specifika frågor och svar, som ingick i domänen psykiskt välbefinnande. Det är svårt att utläsa vad oförändrat psykiskt välbefinnande beror på utan tillgång till människans livssammanhang eller sjukdomsanamnes.

Bouchard och Rankinen (2001) påpekar att mätbara effekter av fysisk aktivitet kan ta tid. Det är en process som påverkar vissa funktioner och effektmått direkt, medan andra tar veckor till månader innan de uppvisar effekter, som exempelvis midjemått och BMI. Ofta kan fysisk aktivitet ha positiva effekter på till exempel midjemått eller metabola variabler relativt tidigt i processen. Midjemått är ett enkelt mått att använda i klinik och är en delkomponent i metabolt syndrom. Därför valdes att undersöka utfall på midjemått i materialet (Janssen, Katzmarzyk & Ross, 2004). BMI valdes av den orsaken att det, i forskningssammanhang, är ett vanligt

förekommande redovisat mått, dock omdiskuterat eftersom det inte skiljer på muskelvikt eller fettvikt (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000).

Interventioner visade kortsiktiga (< ett år) öknings i patienters fysiska aktivitetsnivå, men det saknas forskning som utvärderar om långsiktiga effekter kan uppnås och behov finns av longitudinella studier (Neidrick et al., 2012). Aktuellt studiematerial täcker en 6-månaders period men ingår i en longitudinell studie på fem år. Förhoppningen är att det slutgiltiga resultatet kan ge vägledning om FaR[®]-interventioner kan bidra till ökade fysisk aktivitetsnivåer och hälsofrämjande effekter på längre sikt.

Förskrivning

Patel, Schofield, Kolt och Keogh (2011) menar att det är lämpligt att använda FaR[®] för att främja fysisk aktivitet hos friska fysiskt inaktiva individer i preventivt syfte. Dock upplevde distriktssköterskor att hinder fanns för att kunna arbeta med livsstilsinterventioner. Om inte riktlinjer, rutiner och stöd från ledning finns, försvåras arbetet och motivationen för att förskriva brister. För att underlätta och öka antal FaR[®]-förskrivningar behövs insatser på både system- och individnivå. Stöd och riktlinjer behövs från beslutsfattare inom politik, hälso- och sjukvård, fack- och yrkesföreningar. Utbildning och motivation behövs för förskrivare (Chan et al., 2013; Raustorp & Sundberg, 2014; Simmons, Sinning, Pearson & Hendrix, 2013).

Det är oklart om kön och ålder eventuellt kan ha haft betydelse i materialet, när det gäller vem som fått FaR[®] förskrivet. Urvalet var som nämnts icke-konsekutivt och i materialet finns fler kvinnor och medelålders individer, som Leijon et al. (2008) bekräftade var de vanligaste patientkategorier som fick FaR[®]. Vidare beskriver Zhu, Norman och While (2011) studier som uppmärksammar frågan om vårdpersonalens egen erfarenhet av fysisk aktivitet och egen kropps-konstitution samt huruvida det kan påverka arbetsrutinerna beträffande prevention och behandling av övervikt hos patienter. De menade att det fanns en större tendens för normalviktig personal att aktivt driva dessa frågor, jämfört med överviktiga kollegor.

Följsamhet

Aktuell studie innefattade individer som själva skattade sig som fysiskt inaktiva. Var de positivt inställda till FaR[®]-interventionen som erbjöds, så kan det ha haft positiv påverkan på deras följsamhet med medföljande hälsokonsekvenser. Självs-kattad följsamhet till FaR[®] vid sex månader överensstämde med följsamhet för läkemedel, i en studie som omfattade patienter i primärvården (Raustorp & Sundberg, 2014; Kallings et al., 2009). Interventioner med fysisk aktivitet som FaR[®] brukar välkomnas av patienter med störst behov av att öka sin aktivitetsnivå. Detta är mycket positivt i och med att även små öknings av fysisk aktivitetsnivå bland stillasittande individer har potential att påverka folkhälsa (Leijon, Stark-Ekman, Ekberg, Walter, Stähle & Bendtsen, 2010).

Hälsopromotion

Det bör reflekteras över hur dagens hälso- och sjukvård ser ut och hur hälsopromotiva insatser bäst kan integreras i vardagen. Utgångspunkten är aktuell vardagskontext i samhället, som har

sett stora förändringar i och med teknikutveckling. Teknikutvecklingen går snabbt framåt och det påverkar hur både distriktssköterskor arbetar och patienter skaffar sig kunskap. Ökad tillgång till information och evidens har sina fördelar men även sina nackdelar i brist på kritisk granskning och reflektion. Det finns en utmaning i dagens samhälle i och med att fysisk aktivitet konkurreras ut av förändringar i infrastrukturen. Tillgänglighet till de många välfärdstjänsterna inom informations- och kommunikationsteknologi, logistik och transportmedel ger konsekvenser för hälsan. Teknikutvecklingen är värdefull men i folkhälsoarbetet är det ändå svårt att ersätta det personliga mötet. Det är i relationen mellan människor som förtroende skapas, vilket kan ge individen bekräftelse, självförtroende och verktyg som möjliggör en beteendeförändring. Det kan i sin tur leda till en bestående hälsosam levnadsvana som fysisk aktivitet.

Slutsatser

Studien belyser ett ordnat arbete med FaR[®]-föreskrivning samt följer förändringar i aktivitetsdos och hälsoutfall hos patienter som är fysiskt inaktiva och har metabola riskfaktorer. Resultatet påvisar flera signifikanta förändringar i aktivitetsdos och valda hälsoparametrar, vilket stödjer att FaR[®] kan vara ett effektivt verktyg som bör integreras tydligare i distriktssköterskors hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och sjukdomsbehandlande arbete. Distriktssköterskan har ett ansvar att utgå från patientens kontext, resurser och behov av att öka fysisk aktivitetsnivå samt att utvärdera och anpassa FaR[®] vid uppföljning. FaR[®] ska följa patientens utveckling för att denna ska kunna och vilja bibehålla sin nya hälsosamma levnadsvana. Både på individnivå och på samhällsnivå är det livsviktigt att satsa på fysisk aktivitet för hälsopromotion och sjukdomsprevention.

Referenslista

- Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman and Hall.
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J., & Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet*, 380(9838), 258-271. doi:10.1016/s0140-6736(12)60735-1
- Bohman, D. M., Mattsson, L., & Borglin, G. (2015). Primary healthcare nurses' experiences of physical activity referrals: an interview study. *Prim Health Care Res Dev*, 16(3), 270-280. doi:10.1017/s1463423614000267
- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *J Clin Nurs*, 20(23-24), 3322-3330. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x
- Bouchard, C., & Rankinen, T. (2001). Individual differences in response to regular physical activity. *Med Sci Sports Exerc*, 33(6 Suppl), S446-451; discussion S452-443.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, 100(2), 126-131.
- Chan, B. C., Jayasinghe, U. W., Christl, B., Laws, R. A., Orr, N., Williams, A., . . . Harris, M. F. (2013). The impact of a team-based intervention on the lifestyle risk factor management practices of community nurses: outcomes of the community nursing SNAP trial. *BMC Health Serv Res*, 13, 54. doi:10.1186/1472-6963-13-54
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320(7244), 1240-1243.
- Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: executive summary. Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults. (1998). *Am J Clin Nutr*, 68(4), 899-917.
- Distriktssköterskeföreningen. (2008). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Retrieved from [file:///C:/Users/Carolina/Downloads/kompetensbeskrivning_for_distriktsskoterskor%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Carolina/Downloads/kompetensbeskrivning_for_distriktsskoterskor%20(3).pdf)
- Eklom-Bak, E., Eklom, B., Vikstrom, M., de Faire, U., & Hellénus, M. L. (2014). The importance of non-exercise physical activity for cardiovascular health and longevity. *Br J Sports Med*, 48(3), 233-238. doi:10.1136/bjsports-2012-092038

- Elley, C. R., Garrett, S., Rose, S. B., O'Dea, D., Lawton, B. A., Moyes, S. A., & Dowell, A. C. (2011). Cost-effectiveness of exercise on prescription with telephone support among women in general practice over 2 years. *Br J Sports Med*, *45*(15), 1223-1229. doi:10.1136/bjism.2010.072439
- Erikson, R., & Torssander, J. (2008). Social class and cause of death. *Eur J Public Health*, *18*(5), 473-478. doi:10.1093/eurpub/ckn053
- Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). (2001). *JAMA*, *285*(19), 2486-2497.
- Folkhälsomyndigheten. (2015). *Folkhälsans utveckling - 11 målområden. Fysisk aktivitet*. Retrieved from <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/fysisk-aktivitet/>
- Fritzell, J., Nermo, M., & Lundberg, O. (2004). The impact of income: assessing the relationship between income and health in Sweden. *Scand J Public Health*, *32*(1), 6-16. doi:10.1080/14034950310003971
- FYSS 2015: *Fysisk aktivitet i sjukomsprevention och sjukomsbehandling*. Stockholm: Socialstyrelsen. Retrieved from <http://www.fyss.se/om-fyss-2/fyss-2015/>
- Grandes, G., Sanchez, A., Sanchez-Pinilla, R. O., Torcal, J., Montoya, I., Lizarraga, K., & Serra, J. (2009). Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. *Arch Intern Med*, *169*(7), 694-701. doi:10.1001/archinternmed.2009.23
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., & Ekelund, U. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*, *380*(9838), 247-257. doi:10.1016/s0140-6736(12)60646-1
- Harris, M. F., Chan, B. C., Laws, R. A., Williams, A. M., Davies, G. P., Jayasinghe, U. W., . . . Milat, A. (2013a). The impact of a brief lifestyle intervention delivered by generalist community nurses (CN SNAP trial). *BMC Public Health*, *13*, 375. doi:10.1186/1471-2458-13-375
- Harris, T., Kerry, S. M., Victor, C. R., Shah, S. M., Iliffe, S., Ussher, M., . . . Cook, D. G. (2013b). PACE-UP (Pedometer and consultation evaluation--UP)--a pedometer-based walking intervention with and without practice nurse support in primary care patients aged 45-75 years: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, *14*, 418. doi:10.1186/1745-6215-14-418
- Holmberg, V., & Ringsberg, K. C. (2014). Occupational therapists as contributors to health promotion. Previously published in *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2014; 21: 82-89. *Scand J Occup Ther*, *21 Suppl 1*, 108-115. doi:10.3109/11038128.2014.952913

- Hunskår, S., & Hovelius, B. (2015). *Allmänmedicin*. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur.
- IBM Corp. (Released 2013). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp. Retrieved from <http://www-01.ibm.com/support/docview.wss?uid=swg21476197>
- International Diabetes Federation. (2006). *The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome*. Retrieved from http://www.idf.org/webdata/docs/MetS_def_update2006.pdf
- International Diabetes Federation. (2014). *IDF worldwide definition of the metabolic syndrome*. Retrieved from <http://www.idf.org/metabolic-syndrome>
- Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., & Ross, R. (2004). Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. *Am J Clin Nutr*, 79(3), 379-384.
- Kallings, L. V., Leijon, M. E., Hellénus, M. L., & Ståhle, A. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scand J Med Sci Sports*, 18(2), 154-161. doi:10.1111/j.1600-0838.2007.00678.x
- Kallings, L. V., Sierra Johnson, J., Fisher, R. M., Faire, U., Stahle, A., Hemmingsson, E., & Hellenius, M. L. (2009). Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body composition and cardiometabolic risk factors: results from a randomized controlled trial. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 16(1), 80-84. doi:10.1097/HJR.0b013e32831e953a
- Kallings, L. V. (2011). *Fysisk aktivitet på recept i Norden: erfarenheter och rekommendationer. På uppdrag av Nordisk nätverk för fysisk aktivitet, mat og sunnhet*. [Elektronisk resurs].
- Kickbusch, I., & McQueen, D. V. (2007). *Health and modernity: the role of theory in health promotion*. New York: Springer.
- Kohl, H. W., 3rd, Craig, C. L., Lambert, E. V., Inoue, S., Alkandari, J. R., Leetongin, G., & Kahlmeier, S. (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet*, 380(9838), 294-305. doi:10.1016/s0140-6736(12)60898-8
- Lamarche, K., & Vallance, J. (2013). Prescription for physical activity a survey of Canadian nurse practitioners. *Can Nurse*, 109(8), 22-26.
- Lavie, C. J., O'Keefe, J. H., & Sallis, R. E. (2015). Exercise and the heart--the harm of too little and too much. *Curr Sports Med Rep*, 14(2), 104-109. doi:10.1249/jsr.0000000000000134
- Lawton, B. A., Rose, S. B., Elley, C. R., Dowell, A. C., Fenton, A., & Moyes, S. A. (2008). Exercise on prescription for women aged 40-74 recruited through primary care: two year randomised controlled trial. *BMJ*, 337, a2509. doi:10.1136/bmj.a2509

- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, *380*(9838), 219-229. doi:10.1016/s0140-6736(12)61031-9
- Leijon, M. E., Bendtsen, P., Nilsen, P., Ekberg, K., & Ståhle, A. (2008). Physical activity referrals in Swedish primary health care - prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions, and prescribed activities. *BMC Health Serv Res*, *8*, 201. doi:10.1186/1472-6963-8-201
- 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? *Scand J Med Sci Sports*, *19*(5), 627-636. doi:10.1111/j.1600-0838.2008.00820.x
- Leijon, M. E., & Kallings, L. V. (2003). *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept - FaR*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Retrieved from http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/hsskansli/hskgbg/FaR_Erfarenheter.pdf
- Leijon, M. E., Stark-Ekman, D., Nilsen, P., Ekberg, K., Walter, L., Ståhle, A., & Bendtsen, P. (2010). Is there a demand for physical activity interventions provided by the health care sector? Findings from a population survey. *BMC Public Health*, *10*, 34. doi:10.1186/1471-2458-10-34
- Letourneau, K., & Goodman, J. H. (2014). A patient - centered approach to addressing physical activity in older adults: motivational interviewing. *J Gerontol Nurs*, *40*(11), 26-33; quiz 34-25. doi:10.3928/00989134-20140819-01
- Lundqvist, S., Börjesson, M., Larsson, M. E. H., Hagberg, L., & Cider, Å. (2013). *Physical activity on prescription as a method for treatment in primary - Identifying non-responders at 6- month follow-up* (Master's thesis). Göteborg: Institute of Neuroscience and Physiology Physiotherapy, University of Gothenburg.
- McAuley, P. A., & Blair, S. N. (2011). Obesity paradoxes. *J Sports Sci*, *29*(8), 773-782. doi:10.1080/02640414.2011.553965
- Mostafavi, F., Ghofranipour, F., Feizi, A., & Pirzadeh, A. (2015). Improving physical activity and metabolic syndrome indicators in women: a transtheoretical model-based intervention. *Int J Prev Med*, *6*, 28. doi:10.4103/2008-7802.154382
- Neidrick, T. J., Fick, D. M., & Loeb, S. J. (2012). Physical activity promotion in primary care targeting the older adult. *J Am Acad Nurse Pract*, *24*(7), 405-416. doi:10.1111/j.1745-7599.2012.00703.x

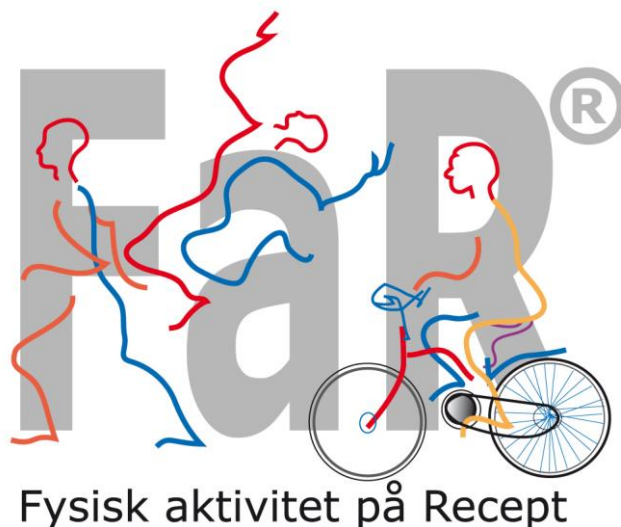
- Nigg, C. R., Geller, K. S., Motl, R. W., Horwath, C. C., Wertin, K. K., & Dishman, R. K. (2011). A Research Agenda to Examine the Efficacy and Relevance of the Transtheoretical Model for Physical Activity Behavior. *Psychol Sport Exerc*, 12(1), 7-12. doi:10.1016/j.psychsport.2010.04.004
- Noordman, J., de Vet, E., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2013). Motivational interviewing within the different stages of change: an analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle. *Soc Sci Med*, 87, 60-67. doi:10.1016/j.socscimed.2013.03.019
- Nutbeam, D. (1998). *Health promotion glossary*. Sydney: WHO Collaborating Centre for Health Promotion. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/1/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf
- Orrrow, G., Kinmonth, A. L., Sanderson, S., & Sutton, S. (2012). Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 344, e1389. doi:10.1136/bmj.e1389
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., . . . et al. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, 273(5), 402-407.
- Patel, A., Schofield, G. M., Kolt, G. S., & Keogh, J. W. (2011). General practitioners' views and experiences of counselling for physical activity through the New Zealand Green Prescription program. *BMC Fam Pract*, 12, 119. doi:10.1186/1471-2296-12-119
- Pavey, T. G., Taylor, A. H., Fox, K. R., Hillsdon, M., Anokye, N., Campbell, J. L., . . . Taylor, R. S. (2013). Republished research: Effect of exercise referral schemes in primary care on physical activity and improving health outcomes: systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 47(8), 526. doi:10.1136/bjsports-2012-e6462rep
- Perry, C. K., & Butterworth, S. W. (2011). Commitment strength in motivational interviewing and movement in exercise stage of change in women. *J Am Acad Nurse Pract*, 23(9), 509-514. doi:10.1111/j.1745-7599.2011.00637.x
- Piper, S. (2008). A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. *Nurse Educ Today*, 28(2), 186-193. doi:10.1016/j.nedt.2007.03.010
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9:e uppl. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pratt, M., Sarmiento, O. L., Montes, F., Ogilvie, D., Marcus, B. H., Perez, L. G., & Brownson, R. C. (2012). The implications of megatrends in information and communication technology and transportation for changes in global physical activity. *Lancet*, 380(9838), 282-293. doi:10.1016/s0140-6736(12)60736-3

- Raustorp, A., & Sundberg, C. J. (2014). The evolution of physical activity on prescription (FaR[®]) in Sweden. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 62(2), 23-25.
- Richards, E. A., & Cai, Y. (2015). Integrative Review of Nurse-Delivered Physical Activity Interventions in Primary Care. *West J Nurs Res*. doi:10.1177/0193945915581861
- Ringsberg, K. C. (2015). The Nordic Health Promotion Research Network (NHPRN). *Scand J Public Health*, 43(16 Suppl), 51-56. doi:10.1177/1403494814568596
- Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *Int Nurs Rev*, 57(2), 224-231. doi:10.1111/j.1466-7657.2009.00790.x
- SBU. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården. En handbok. 2:a uppl.* Stockholm: SBU. Retrieved from <http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUHandbok.pdf>
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- SFS 1998:204 1§. *Personuppgiftslagen - PUL*. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- SFS 1998:1191 1§. *Personuppgiftsförordning*. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Simmons, K. R., Sinning, M. A., Pearson, J. A., & Hendrix, C. (2013). Implementing a home-based exercise prescription for older patients with peripheral arterial disease and intermittent claudication: a quality improvement project. *J Vasc Nurs*, 31(1), 2-8. doi:10.1016/j.jvn.2012.06.005
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spineli, L. M., Fleming, P. S., & Pandis, N. (2015). Addressing missing participant outcome data in dental clinical trials. *J Dent*, 43(6), 605-618. doi:10.1016/j.jdent.2015.03.007
- Statens folkhälsoinstitut. (2011). *FaR® Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Sullivan, M., Karlsson, J., Taft, C., & Ware, J. E. (2002). *SF-36 hälsoenkät: svensk manual och tolkningsguide (Swedish manual and interpretation guide)*. Göteborg: Sahlgrenska sjukhuset, Sektionen för vårdforskning.

- Sullivan, M., Karlsson, J., & Ware, J. E., Jr. (1995). The Swedish SF-36 Health Survey--I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Soc Sci Med*, 41(10), 1349-1358.
- Tse, M. M., Vong, S. K., & Tang, S. K. (2013). Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study. *J Clin Nurs*, 22(13-14), 1843-1856. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04317.x
- Turin, R. (2015). Physical activity prescriptions in healthy populations: resources for Canadian nurse practitioners. *Nurse Pract*, 40(2), 45-54. doi:10.1097/01.NPR.0000459731.77403.c1
- USDHHS. (1996). *Physical activity and health: A Report from the Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services USDHHS, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*. Atlanta: USDHHS.
- Vetenskapsrådet Codex. (2002). *Forskningsetiska principer*. Retrieved from http://lincs.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf
- Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: advancing the concepts. *J Adv Nurs*, 47(3), 311-320. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03095.x
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- WHO. (1998). *Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO consultation*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf
- WHO. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Retrieved from http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/
- WHO. (2011). *Waist circumference and waist-hip ratio. Report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44583/1/9789241501491_eng.pdf
- WHO. (2014). *ICD-10 version: 2014*. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2014/en#/>
- WHO. (2015). *Regional Committee for Europe 65th Session, Vilnius, Lithuania. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025*. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/282961/65wd09e_PhysicalActivityStrategy_150474.pdf?ua=1

- Västra Götalandsregionen Folkhälsokommittén. (2010). *Att tänka och arbeta hälsofrämjande*. Retrieved from http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/rapporter/slutrapp_hogskolanvast_hgnatverk.pdf
- Västra Götalandsregionen. (2015). *Krav- och kvalitetsbok. Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård*. Retrieved from <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/VG%20Prim%c3%a4rv%c3%a5rd/KoK/Krav->
- Zhu, D. Q., Norman, I. J., & While, A. E. (2011). The relationship between doctors' and nurses' own weight status and their weight management practices: a systematic review. *Obes Rev*, 12(6), 459-469. doi:10.1111/j.1467-789X.2010.00821.x

Bilaga 1



Just nu pågår en kartläggning och kvalitetssäkring här på vårdcentralen av vår verksamhet kring Fysisk aktivitet på Recept, FaR®.

Aktuella deltagare kommer i samband med förskrivning av FaR® att mätas vad gäller BMI, midjemått och blodtryck samt blodprover (blodfetter och blodsocker). Man får även svara på ett frågeformulär.

All data kommer att förvaras i ett avidentifierat register.

Efter 6 månader kommer vi att göra en ny mätning/ provtagning.

All medverkan är frivillig och kan när som helst avbrytas utan att det påverkar vidare vård.

Om du undrar över något så fråga gärna din läkare eller sjuksköterska.

| Med vänlig hälsning från oss på Vårdcentralen.

Forskningspersonsinformation

FaR-studieregistret

Fysisk aktivitet på recept (FaR) i primärvården – en behandlingsmetod vid metabol förändring

Bakgrund och syfte

Just nu pågår en kartläggning och kvalitetssäkring här på vårdcentralen kring arbetet med FaR som behandlingsmetod. Är du mellan 30-80 år, fysiskt inaktiv och har någon metabol förändring (övervikt, förhöjt blodtryck, förhöjda blodsocker- och blodfettsvärden) så erbjuds du FaR-behandling av din vårdgivare. I samband med FaR-förskrivningen görs mätning av metabola värden, fysisk aktivitetsnivå och du får även svara på ett frågeformulär. Dessa data sparas i FaR-studieregistret som är ett godkänt kvalitetsregister inom primärvården Göteborg centrum/väster. Syftet med registret är att samla data som kan analyseras för att förbättra FaR-behandlingen i primärvården då vi vet att ökad fysisk aktivitet kan ha positiva hälsoeffekter vid metabola förändringar.

Förfrågan om deltagande

Då du som patient på vårdcentralen blir erbjuden FaR-behandling så undrar vi om du godkänner att dina mätresultat registreras i FaR-studieregistret. Mätning kommer att utföras vid start av FaR-behandling och vid uppföljning efter 6-månader, 1,5 år, 2,5 år, 3,5 år respektive 5 år.

Hur går registreringen till?

Om du godkänner att dina mätresultat får registreras kommer de att registreras i en databas som finns i primärvården, Närhälsan rehabmottagning Frölunda.

Hantering av data och sekretess

Dina svar och mätresultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Dina mätresultat kommer att koderas och endast den person som analyserar resultaten kommer att kunna identifiera enskilda individer. All data är sekretessbelagd och förvaras i ett låst skåp och inmatade datauppgifter finns i ett av primärvården godkänt dataregister. Anmälan om tillstånd för behandling av personuppgifter enligt 39§ i personuppgiftslagen har lämnats in till primärvården Göteborg. Utdrag av dina resultat i detta register kan begäras av patientuppgiftsansvarige, Per Hamngren Personuppgiftsombud VGR IT Västra Götalandsregionen, telefon 031-345 01 17. Sedvanlig journalanteckning kommer också att göras i din journal vid vårdcentralen.

De blodprover som tas kommer att lagras i en biobank. Proverna kommer att förvaras kodade, vilket innebär att de inte direkt kan härledas till dig som person. Proverna liksom en tillhörande identifieringslista förvaras på ett säkert sätt och åtskilda. Proverna får endast användas på det sätt som du gett ditt samtycke till. De kan endast bli aktuella för ett nytt forskningsprojekt efter det att du lämnat ett nytt samtycke och/eller godkännande skett av Etikprövningsnämnden. Du har full rätt att utan närmare förklaring begära att dina prover

skall förstöras eller aidentifieras (dvs. de kan inte spåras till din person). Biobankslagen (SFS 2002:297).

De kodade mätresultaten kommer att sammanställas och utgöra underlag vid uppföljning av resultat för FaR-behandling och som publikation i vetenskaplig tidskrift.

Hur får jag information om resultat av insamlad registerdata?

Om du önskar få ta del av sammanställningen av dina egna data eller resultat av hela studien så kan du kontakta projektansvarig. Du kan också välja att slippa ta del av resultaten.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att delta och du kan när som helst be om att få dina uppgifter borttagna ur registret utan att ange orsak. Detta påverkar inte ditt framtida omhändertagande eller din framtida vård inom sjukvården.

Ytterligare information

Om du vill få mer information om FaR-studieregistret och hur det används för att förbättra vården avseende fysisk aktivitet som behandlingsmetod kan du vända dig till:

Stefan Lundqvist
Leg sjukgymnast, FaR-utvecklare
FaR-teamet HSN 5 Göteborg centrum/väster
Näverlursgatan 34B
421 44 Västra Frölunda
Telefon: 0762-276179
Mail: stefan.lundqvist@vgregion.se

Åsa Cider
Med dr, leg sjukgymnast
Sjukgymnastiken SU/Sahlgrenska och Institutionen för Neurovetenskap o
Fysiologi/Fysioterapi, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet
Telefon: 031-342 11 95, 031-786 57 41
Mail: asa.cider@gu.se

Bilaga 2

RECEPT/FYSISK AKTIVITET

Receptutfärdaren anger genom signum vilka speciella försiktighetsmått som kan behöva iaktas vid genomförandet av de fysiska aktiviteterna

F = Försiktig start
U = Undvik vissa aktiviteter
O = Inga speciella försiktighetsmått

Patient (namn, födelseid, adress och telefon)

.....

.....

.....

Om endast en aktivitet skrivs snedstreckas ruta ②	①	<p>Träningsform</p> <p><input type="checkbox"/> Kondition <input type="checkbox"/> Styra <input type="checkbox"/> Uthållighet <input type="checkbox"/> Underhåll</p> <p>Aktivitet</p>	Förskrivningsmål	Sign	F U O
	<p>Intensitet</p> <p><input type="checkbox"/> Hög <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Lätt</p> <p>Dosering, användning, ändamål</p> <p>D.S Minst minuter ggr/vecka för/vid/mot</p> <p>..... undvik</p>	<p>Antal ggr/behandlingsggr</p> <p>Preskription</p>			
	②	<p>Träningsform</p> <p><input type="checkbox"/> Kondition <input type="checkbox"/> Styra <input type="checkbox"/> Uthållighet <input type="checkbox"/> Underhåll</p> <p>Aktivitet</p>	Förskrivningsmål	Sign	F U O
		<p>Intensitet</p> <p><input type="checkbox"/> Hög <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Lätt</p> <p>Dosering, användning, ändamål</p> <p>D.S Minst minuter ggr/vecka för/vid/mot</p> <p>..... undvik</p>			
		<p>Receptutfärdarens namnförtydligande, yrke, adress, telefonnr, Sjukvårdsenhet, klinik</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			Åkerbesök
		<p>Ort</p> <p>Receptutfärdarens namnteckning</p>		Datum	
		<p>Gäller mån. från detta datum.</p>			
		<p>Receptet löses lämpligen in hos <small>(Namn och telefon)</small></p>			

641 002 - © Copyright SKL Kommunerna 11-03