



2025-12-02

# **Fysisk aktivitet på recept (FaR) för barn och unga - en kartläggande litteraturöversikt**

Författare:  
Mathilda Lissel, ST-läkare  
Hovås Askims Familjeläkare

Rapport: 285502 (rapportnummer FoU i VGR), 2025

## Litteraturstudie 2025

FoU i VGR: <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/285502>

Utförd under ST i allmänmedicin  
inom Grundläggande forskningsmetodik för ST-A

Kursort: Göteborg

### **Handledare:**

Hálfván Pétursson, Specialist i Allmänmedicin.

Marcus Praetorius Björk, FOU strateg, FoU primär och nära vård Göteborg och  
Södra Bohuslän

### **Studierektor:**

Charlotte Annerud, Specialistläkare i allmänmedicin

# Sammanfattning

## **Bakgrund**

Barns fysiska aktivitet har minskat över tid, vilket är kopplat till flera negativa hälsoeffekter. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en metod som används i Sverige för att öka fysisk aktivitet, förebygga och behandla sjukdom hos vuxna. Dess effekt och genomförbarhet för barn är ännu oklar och nationella riktlinjer saknas. Trots detta används FaR för barn i flera regioner, vilket understryker behovet av att kartlägga och utvärdera den befintliga forskningen inom området.

## **Syfte/frågeställning**

Syftet med denna litteraturstudie är att kartlägga det aktuella kunskapsläget avseende FaR i relation till barn och ungdomar, med fokus på dess effekter, yrkesverksammas erfarenheter samt faktorer som påverkar implementering.

## **Metod**

Denna studie utfördes som en kartläggande litteraturöversikt (scoping review) enligt Arksey & O'Malley, där litteratursökning genomfördes i PubMed och Web of Science.

## **Resultat**

Totalt inkluderades sju studier. Endast en studie undersökte effekten av FaR för barn och visade ökad fysisk aktivitet samt förbättrad motorisk funktion och sociala vinster. Övriga studier belyste yrkesverksammas erfarenheter inom hälso- och sjukvård samt skola. Fysisk aktivitet på recept upplevdes främja lekfull fysisk aktivitet. Samtidigt identifierades hinder såsom organisatoriska utmaningar, socioekonomiska faktorer, språkbarriärer och bristande strukturellt stöd. Implementering bedömdes som möjlig men varierade geografiskt beroende på tillgång till utbildning, nätverk och resurser.

## **Konklusion**

Resultatet från de inkluderade studierna visar att FaR för barn är en möjlig och uppskattad insats, men att dess införande påverkas av faktorer kopplade till organisation, samhälle och geografi. Ett familjecentrerat och tvärprofessionellt arbetssätt framstår som centralt för att skapa hållbara insatser. Det saknas studier som utvärderar effekten av FaR för barn gällande förändring av fysisk aktivitet samt studier avseende vårdnadshavare och barns upplevelse av FaR. Framtida forskning bör belysa dessa aspekter för att stärka kunskapsläget.

## **Nyckelord**

Fysisk aktivitet på recept, fysisk aktivitet, barn, ungdomar.

# Bakgrund

## Barn och fysisk aktivitet

Det är väletablerat att fysisk aktivitet är hälsofrämjande och kan minska risken att drabbas av över 25 olika kroniska sjukdomar (till exempel diabetes, kardiovaskulär sjukdom och osteoporos) samt förebygger för tidig död (1–5). Caspersen et al. (6) definierar fysisk aktivitet som all form utav kroppslig rörelse producerad utav skelettmuskler som leder till energiförbrukning. Forskning har visat att fysisk aktivitet har hälsofrämjande effekter hos barn såsom minskad risk för kardiovaskulär sjukdom, lägre nivåer av ångest och minskad risk för övervikt samt ger starkare skelett (7). Fysisk aktivitet hos barn anses vara en friskfaktor som ökar kognitiva förmågor inklusive minne, uppmärksamhet, bättre impuls kontroll och minskad risk för depressiva symtom (8). Studier har också påvisat att övervikt och fysisk inaktivitet hos barn och tonåringar ökar risken för obesitas i vuxen ålder (9,10).

Världshälsoorganisationen rekommenderar att barn i åldrarna 5-17 år bör ägna sig åt måttlig fysisk aktivitet i genomsnitt 60 minuter varje dag, för att främja hälsoeffekterna utav rörelse (11,12). Det rekommenderas också att mer intensiv fysisk aktivitet utförs tre gånger per vecka. Med fysisk aktivitet för barn innefattas spontan lek, aktiv transport, sport, planerad fysisk aktivitet eller annan form utav rörelse i skolan, hemmet eller samhällsaktiviteter. Det ska främst vara utav pulshöjande karaktär på måttlig till hög intensitetsnivå (12).

Flera studier under de senaste två årtiondena har visat att barn och ungdomar i Europa inte når upp till rekommenderade nivåer av fysisk aktivitet (13–15). Studier gjorda på svenska skolbarn och tonåringar visar att mängden fysisk aktivitet minskar med åldern, ju äldre barn - desto mindre fysisk aktivitet (16,17). Det finns också en skillnad mellan könen, där pojkar är mer fysiskt aktiva än flickor (18). Vidare har det även noterats en diskrepans avseende socioekonomisk status, där barn till högutbildade föräldrar tenderar att vara mer fysiskt aktiva (18). Att främja

fysisk aktivitet hos barn är en komplex och multifaktoriell utmaning. För att insatser ska vara effektiva krävs inte enbart riktade åtgärder mot barnet, utan även ett aktivt engagemang och stöd från vårdnadshavare och andra viktiga personer i barnets omgivning (19,20).

Trots upprepade forskningsinsatser för att främja fysisk aktivitet hos barn har resultaten varit av begränsat värde. Många interventioner har visat låg eller ingen effekt på den faktiska tid barn ägnar åt fysisk aktivitet (21–23). Detta understryker behovet av fortsatt utveckling och utvärdering av effektiva metoder, då fysisk inaktivitet hos barn kvarstår som ett allvarligt folkhälsoproblem.

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

Olika typer av interventioner har provats, med varierande resultat, i flera länder för att främja fysisk aktivitet hos vuxna (24). I många länder har man använt modeller som innefattar fysisk aktivitet förskrivna utav vårdpersonal, oftast med ett schematiskt eller kontrollerat träningsupplägg (24). Sverige har utvecklat en egen modell för detta - Fysisk aktivitet på recept (FaR) vilken började användas inom hälso och sjukvården i början utav 2000-talet (25). Denna vetenskapliga och strukturerade modell syftar till att vårdpersonal ska kunna stödja patienter till ökad fysisk aktivitet genom ett personcentrerat förhållningssätt. Modellen vilar på tre grundpelare: individuellt rådgivande samtal, individanpassad skriftlig ordination och individanpassad uppföljning. Det individuella rådgivande samtalet mellan patienten och vårdgivaren syftar till att kartlägga tidigare och nuvarande erfarenheter av fysisk aktivitet. Därefter skrivs en individanpassad ordination som inkluderar diagnos, målsättning, hur aktiviteten skall utföras, eventuella försiktighetsåtgärder och slutligen när uppföljning ska ske. Individanpassad uppföljning är nödvändig för att kunna stödja beteendeförändringen och vid behov ändra i ordinationen. Utöver dessa tre grundpelare finns det ytterligare två metoddelar: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) som är ett evidensbaserat kunskapsstöd inkluderande diagnosspecifika rekommendationer vid användande av FaR

och samverkan med aktivitetsarrangörer och andra föreningar som syftar till att skapa stödjande förutsättningar för att bibehålla beteendeförändringen (25).

En systematisk översikt av den svenska FaR-modellen har visat att metoden sannolikt förbättrar aktivitetsnivån utan att öka risken för negativa händelser, vilket lett till rekommendationer om att FaR bör ingå som en del av ordinarie hälso- och sjukvård (26). Forskning har visat positiva effekter på kardiometabola riskfaktorer, fysisk funktion och hälsorelaterad livskvalitet (27). Samtidigt har stora variationer i tillämpning observerats både mellan och inom regioner i Sverige, vilket kan påverka metodens effektivitet och tillgänglighet (28,29). Forskningen kring FaR har huvudsakligen utvärderats på vuxna populationer, vilket begränsar generaliserbarheten till barn.

Interventioner med fysisk aktivitet riktade mot barn är ofta komplexa och involverar flera kontextuella faktorer, såsom skolmiljö och vårdnadshavares engagemang. I vissa regioner i Sverige rekommenderas FaR till barn och ungdomar från sex års ålder som har eller riskerar att utveckla sjukdom, eller inte uppnår rekommendationerna för daglig fysisk aktivitet (30). I dagsläget finns dock bara ett fåtal FaR-studier gjorda på barn. Thorén et al. (31) genomförde en webbaserad interventionsstudie på barn med obesitas där FaR var en av tre komponenter. Interventionen visade positiv effekt på body mass index (BMI) men resultatet urskilde ej betydelsen av FaR-delen i interventionen vilket gör det svårt att dra slutsatser utifrån effekten av FaR för barn.

Fysisk aktivitet på recept är således en evidensbaserad metod beprövad på vuxna, men det vetenskapliga stödet för användning av modellen hos barn är begränsat. Då FaR för barn redan används i några regioner i Sverige aktualiseras behovet av att undersöka det forskningsunderlag som finns.

Ur ett allmänmedicinskt perspektiv – där prevention, individanpassad vård och samverkan med familj och samhälle är centrala principer – framstår FaR som ett potentiellt verktyg för att främja barns hälsa. För att metoden ska kunna tillämpas effektivt i primärvården krävs dock en ökad

förståelse för hur FaR fungerar i denna målgrupp, samt vilka faktorer som påverkar följsamhet, effekt och implementering.

## **Syfte**

Syftet med denna litteraturöversikt är att kartlägga aktuellt kunskapsläge kring användningen av FaR för barn och unga.

## **Frågeställning**

För att uppnå syftet undersöks följande frågeställningar:

1. Vilka effekter på fysisk aktivitetsnivå har FaR för barn enligt befintlig forskning?
2. Vilka erfarenheter och upplevelser beskrivs av FaR för barn hos yrkesprofessionella, vårdnadshavare och barn?

## **Metod**

### **Studiedesign**

Denna studie utfördes som en kartläggande litteraturöversikt (scoping review) enligt Arksey & O'Malley (32). Denna typ av litteraturöversikt har en explorativ ansats och syftar till att identifiera och summera det befintliga kunskapsläget inom ett avgränsat forskningsområde, till skillnad från systematiska översikter som endast inkluderar randomiserade kontrollerade studier (RCT) och gör kvalitetsgranskning av ingående studier. En kartläggande litteraturöversikt innefattar en genomgång och sammanfattning av befintlig litteratur inom området, identifierar brister eller luckor i kunskapen, samt undersöker områden som kan vara relevanta för framtida forskning. En scoping review genomförs på ett systematiskt sätt där PRISMA guidelines används för att ge högsta möjliga kvalitet och ökad reproducerbarhet (33). I en kartläggande litteraturöversikt utförs inte en kvalitetsgranskning av ingående studier.

## **Identifiering av forskningsfråga**

En PICO-modell som modifierats till en PIO-modell (P=Population, I=Intervention, O=Outcome) enligt nedan användes för att identifiera forskningsfrågan:

PIO

P – Barn och unga

I – Fysisk aktivitet på recept (FaR)

O – Effekt på fysisk aktivitet, erfarenheter, upplevelser

## **Studieurval**

### Inklusionskriterier:

- Studier gällande FaR för barn och unga 5-17 år
- Interventioner med fysisk aktivitet som baseras på individuellt samtal, individanpassad ordination och individanpassad uppföljning enligt FaR-modellen
- Peer-reviewed originalartiklar och systematiska översikter publicerade i vetenskapliga tidskrifter
- Artiklar tillgängliga på svenska eller engelska

### Exklusionskriterier:

- Artiklar publicerade innan år 2000
- Artiklar ej tillgängliga i fulltext via e-biblioteket i VGR
- Artiklar som ej särredovisar barn och unga ur statistiken

## **Datainsamling och analys**

En litteratursökning gjordes 2025-09-16 i databaserna PubMed och Web of Science. En söksträng etablerades med hjälp av en vetenskaplig bibliotekarie vid Biomedicinska biblioteket på Göteborgs Universitet. Den söksträng som användes i båda databaserna var:

```
(children OR adolescents) AND (("exercise referral schemes") OR ("physical activity referral schemes") OR ("physical activity on prescription") OR ("physical activity prescription") OR ("exercise prescription") OR ("exercise on prescription"))
```

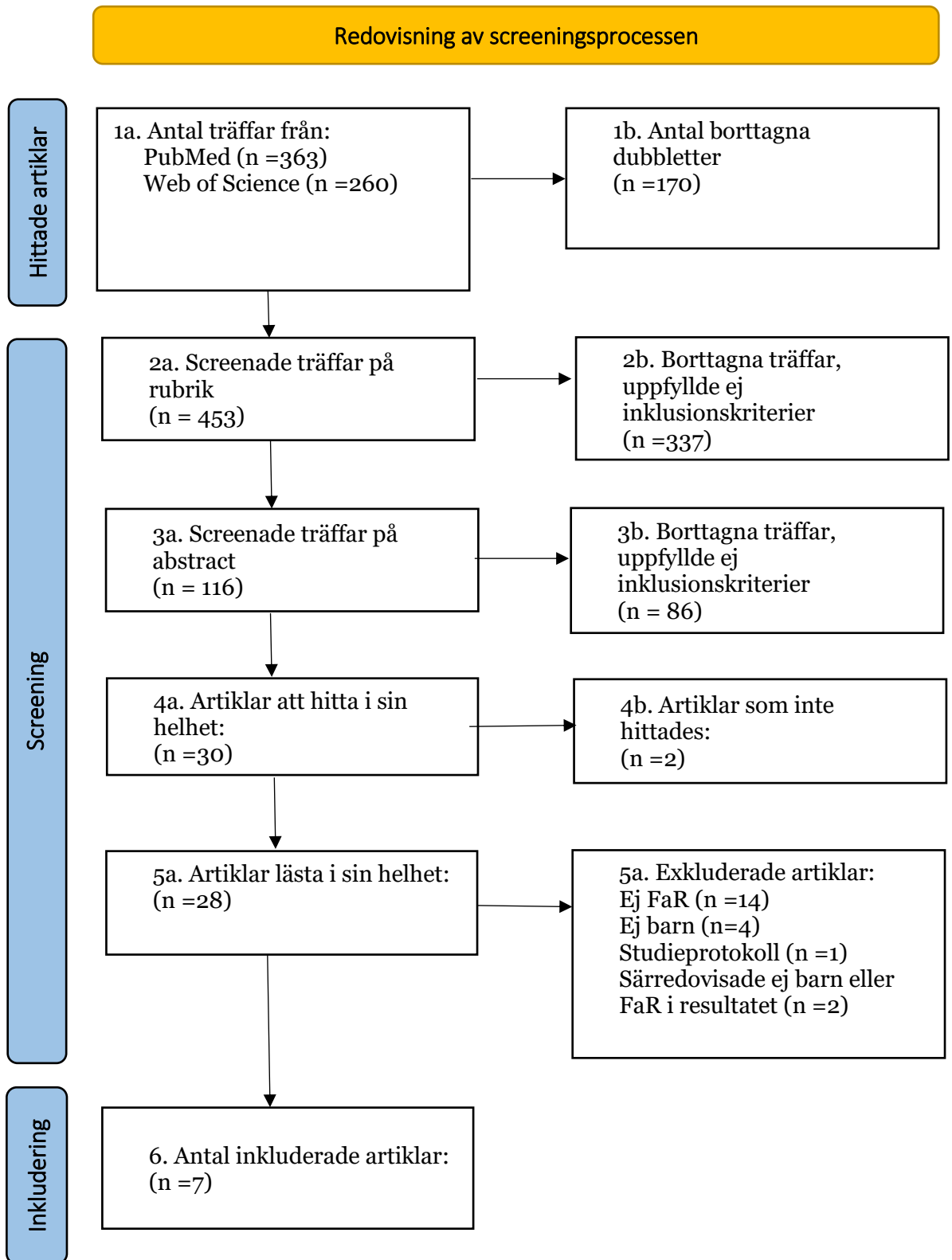
Sökträffarna analyserades och selekterades utifrån ovanstående inklusions- och exklusionskriterier. Ett PRISMA flödesschema användes för att klargöra urvalsprocessen. En kompletterande jämförelse genomfördes mot den nationella forskningssamlingen om FaR på Centrum för fysisk aktivitets webbplats (34) för att verifiera att väsentliga publikationer inkluderats. Resultaten från de olika studierna extraherades och sammanställdes i tabellform samt syntetiserades i textformat.

## **Etiska överväganden**

Etikprövning var inte aktuellt då denna litteraturöversikt baseras på redan genomförda studier. Det gjordes en genomgång av inkluderade artiklar för att säkerställa att dessa genomgått etisk prövning och godkänts.

## **Resultat**

Sökningarna i Pubmed och Web of Science gav sammanlagt 623 träffar. Efter att dubletter sorterades bort återstod 453 artiklar. Efter genomgång av rubriker och abstrakt efter förutbestämda inklusions- och exklusionskriterier återstod 30 artiklar att läsa i fulltext. Två av artiklarna gick inte att få åtkomst till i sin helhet. Efter fulltextläsning uppfyllde sju av artiklarna inklusionskriterierna. Urvalsprocessen redovisas i ett flödesdiagram enligt PRISMA, se Figur 1.



**Figur 1.** Flödesdiagram för urvalsprocessen enligt PRISMA (33)

Samtliga sju inkluderade artiklar genomfördes i Sverige och publicerades mellan 2017 och 2025. Se Tabell 1 för sammanställning av inkluderade artiklar.

### **Studiedesign**

Fem av artiklarna var av kvalitativ studiedesign (19,35–38), en studie kombinerade både kvalitativ och kvantitativ metod (39) och en var en interventionsstudie med pre-post design (40). I de kvalitativa studierna varierade deltagarantalet mellan 16 och 125 (19,35–39), medan den kvantitativa studien inkluderade 11 deltagare (40).

Sex studier analyserade yrkesverksammas roller kring FaR för barn, varav två fokuserade på skolmiljö. Wiklund et al. (36) intervjuade 24 skolsjuksköterskor med FaR-utbildning, verksamma i varierande kontexter. En annan studie (37) undersökte erfarenheter hos skolpersonal, inklusive lärare, sjuksköterskor, kuratorer och fysioterapeuter, via intervjuer och fokusgrupper med 21 deltagare.

Två studier analyserade implementeringen av FaR för barn med obesitas inom pediatrik öppenvård i Västra Götalandsregionen. En tvärsnittsstudie med 125 deltagare kombinerade kvantitativa och kvalitativa data för att belysa faktorer som påverkar integreringen av FaR i klinisk praxis (39). En annan studie med 26 deltagare undersökte erfarenheter av arbetet med FaR för barn med obesitas, genom semistrukturerade fokusgrupper (35).

Två av de inkluderade artiklarna beskriver erfarenheter av FaR för barn med neuropsykiatriska diagnoser och intellektuell funktionsnedsättning (19,38). En av artiklarna utvärderade ett samarbete för att främja fysisk aktivitet hos barn med Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) och autism mellan barn- och ungdomspsykiatrin (BUP), idrottsrörelsen och lokala tränare. Upplevelser av samarbetet dokumenterades genom intervjuer och fokusgrupper med 11 medarbetare från BUP och 10 tränare (38). En annan studie undersökte hur personal inom barn- och ungdomsmedicin och habilitering uppfattade arbetet med fysisk aktivitet

för barn och unga med intellektuell funktionsnedsättning, baserat på semistrukturerade fokusgrupper med 16 deltagare (19).

Lauruschkus et al. (40) genomförde en interventionsstudie med pre-post-design för att undersöka genomförbarheten och effekten av FaR hos barn med cerebral pares. Totalt deltog 11 barn, som under 3–6 månader engagerade sig i 1–3 självvalda fysiska aktiviteter med stöd från fysioterapeut.

### **Perspektiv och erfarenheter av FaR för barn och unga i skolmiljö**

Två studier belyser skolpersonalens erfarenheter av FaR för barn och framhäver utmaningen att främja fysisk aktivitet utan att riskera stigmatisering eller medikalisering, särskilt vid obesitas (36,37). Skolsjuksköterskor rapporterade positiva effekter när insatsen individualiserades och integrerades i barnets sociala kontext, vilket upplevdes stärka lekfull aktivitet, socialt stöd och familjens engagemang samt främja interprofessionell samverkan (36). Identifierade hinder relaterade främst till faktorer utanför skolmiljön, såsom begränsad tillgång till aktiviteter, avgifter och språkbarriärer, vilket särskilt drabbade socioekonomiskt utsatta familjer (36). Organisatoriska strukturer inom skolan beskrevs som ett centralt hinder för implementering, där motstånd mot samverkan och upplevd tidsbrist bidrog till negativ inställning till metoden (37). Ett gemensamt engagemang och konsensus inom personalgruppen framhölls som en möjliggörande faktor (37).

### **Vårdpersonals upplevelser av FaR för barn och unga**

Fyra av studierna granskade vårdpersonals upplevelser av FAR för barn. I tre av studierna framkom att majoriteten av deltagarna hade en positiv inställning till FaR för barn (19,38,39). Vanliga hinder som återkom i flera studier var bristande utbildning, tidsbrist, otillräcklig samverkan med aktivitetsorganisatörer samt avsaknad av forskning och riktlinjer kring FaR för barn (19,35,38,39).

Boman et al. (39) fann att majoriteten av deltagarna (81%) uppgav att de var bekanta med FaR, med en högre andel i Göteborgsområdet jämfört med övriga delar av regionen. Fysioterapeuter rapporterade högre kännedom om FaR än andra yrkesgrupper, medan sjuksköterskor beskrev metoden som integrerad i deras arbetsvardag. Majoriteten (77 %) ansåg att FaR har ett potentiellt värde för barn, oberoende av yrkesroll eller geografiskt område. FaR bedömdes som acceptabel och genomförbar, men hinder relaterades till praktisk implementering och anpassning över tid. Användandet av FaR för barn och unga var mer etablerat i Göteborg, vilket tillskrevs stödstrukturer som utbildning, nätverk och remissmöjligheter, vilka saknades i övriga delar av regionen. Möjliggörande faktorer inkluderade förståelse för metoden, tydligt ansvar för förskrivning och upplevd användarvänlighet (39).

En kvalitativ studie betonade att arbetet med FaR för barn med obesitas bör fokusera på att främja fysisk aktivitet snarare än viktnedgång och att ett familjecentrerat arbetssätt är viktigt (35). Samverkan mellan vård och aktivitetsorganisatörer framhölls som avgörande men samtidigt utmanande, vilket även noterades i studien om intellektuell funktionsnedsättning där FaR användes informellt och beroende av individuella initiativ, trots begränsad erfarenhet (19). Både vårdpersonal som arbetar med barn med obesitas och med intellektuell funktionsnedsättning upplevde att utfärdandet av FaR-recept ofta är tidskrävande och förknippat med dubbelarbete (19,35). Det fanns också svårigheter att se skillnader mellan FaR och deras övriga arbete med fysisk aktivitet för barn.

Studien om samarbete mellan vårdpersonal och aktivitetsledare visade gemensamma mål men lyfte kommunikationssvårigheter, osäkerhet kring resursfördelning och frågor om långsiktig hållbarhet. Initial tveksamhet hos både vårdpersonal och tränare minskade efter positiva erfarenheter och återkoppling från föräldrar (38).

## **Utvärdering av fysisk aktivitet, stillasittande och hälsa vid FaR för barn**

En FaR-interventionsstudie utvärderade förändring av fysisk aktivitet, stillasittande och hälsa hos barn med cerebral pares (40). Lauruschkus et al. (40) visade att interventionen var genomförbar och att fysisk aktivitetsnivå ökade hos barnen. Flera barn rapporterade även sociala vinster, såsom nya vänskapsrelationer. Studien fann kliniskt relevanta förbättringar vid skattning av tillfredsställelse och utförande via Canadian Occupational Performance Measure (COPM), individuella mål via Goal Attainment Scaling (GAS) för hela gruppen, samt motorisk funktion via Gross Motor Function Measure (GMFM) hos sex av deltagarna. Den uppskattade tiden i olika aktivitetsnivåer (stillasittande, lätt, måttlig och hög intensitet) varierade kraftigt mellan individer. Medianen för måttlig till hög intensiv fysisk aktivitet för hela gruppen var 84 minuter/dag vid baslinjen och 106 minuter/dag efter åtta månader. Studien utvärderade också kostnadseffektivitet vilket varierade mellan de deltagande familjerna.

**Tabell 1. Presentation av ingående studier**

<b>Författare, år</b>	<b>Syfte</b>	<b>Studiedesign</b>	<b>Studiepopulation</b>	<b>Huvudresultat</b>
<i>Lauruschkus et al.</i> (40) 2017	Att undersöka möjligheter och effekter av FaR för barn med cerebral pares, med fokus på fysisk aktivitet och stillasittande	Interventionsstudie med pre-post design	Barn med cerebral pares. n=11 Ålder 7-11 år.	Klinisk relevant förbättring observerades avseende COPM och GAS. Medianen för fysisk aktivitet ökade från 86 minuter/dag till 106 minuter/dag efter 8 månader.
<i>Boman et al.</i> (39) 2022	Att undersöka medarbetares uppfattningar om FaR för barn med obesitas samt identifiera främjande faktorer och hinder för implementering.	Tvärsnittsstudie av mixed design. Kvantitativa och kvalitativa data samlades in genom ett webbaserat frågeformulär.	125 medarbetare på pediatrika mottagningar i Västra Götalands regionen	Majoriteten ansåg att FaR var familjärt och en del utav vardagen i deras arbete. Medarbetarna ansåg att FaR var acceptabelt, möjligt och genomförbart, oavsett profession och erfarenhet.
<i>Lydell et al.</i> (38) 2022	Att beskriva ett hälsofrämjande samverkansinitiativ för att främja fysisk aktivitet för barn med autism eller ADHD.	Kvalitativ studiedesign. Individuella intervjuer och fokusgrupper	Medarbetare på Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar (n=11) och lokala idrottsföreningar (n=10).	Gemensamma värdegrunder kring fysisk aktivitet för barn med ADHD och autism identifierades, men osäkerhet fanns kring resursdelning och projektets långsiktiga hållbarhet.
<i>Boman et al.</i> (19) 2023	Att undersöka pediatrika vårdgivares upplevda behov, hinder och möjliggörande faktorer för att främja fysisk aktivitet hos barn med intellektuella funktionsnedsättningar.	Kvalitativ studiedesign. Semistrukturerade intervjuer i fokusgrupper	Medarbetare på pediatrik öppenvårdsmottagning och habiliteringsmottagning. (n=16)	Föräldraengagemang framkom som viktigt. Det fanns också ett behov av tydliga rutiner och samverkan mellan pediatrik verksamhet och externa aktivitetsorganisatörer.

<i>Boman et al.</i> (35) 2024	Att utforska erfarenheter av att arbeta med FaR för barn med obesitas bland medarbetare och chefer inom barnsjukvården.	Kvalitativ studiedesign. Semistrukturerade intervjuer i fokusgrupper	Medarbetare på pediatrika mottagningar i Västra Götalandsregionen (n=26).	FaR för barn tillämpas oenhetligt; behov finns av ökad förståelse för dess komponenter och riktlinjer. FaR ses främst som ett verktyg för att främja fysisk aktivitet, inte för viktnedgång.
<i>Wiklund et al.</i> (37) 2024	Att utforska möjliga faktorer och barriärer gällande interprofessionell samverkan avseende FaR i skolmiljö.	Kvalitativ studiedesign. Semistrukturerade intervjuer i fokusgrupper och individuella intervjuer.	Medarbetare som arbetar med FaR inom skolan (n=21)	Organisatoriska och strukturella hinder inom skolverksamhet utgör hinder för interprofessionell samverkan, medan ett gemensamt åtagande för FaR, präglad av konsensusorienterade processer, verkar som en möjliggörande faktor.
<i>Wiklund et al.</i> (36) 2025	Att studera skolsjuksköterskors erfarenheter av att använda FaR för barn i grundskolan.	Kvalitativ studiedesign. Semistrukturerade intervjuer.	Skolsjuksköterskor som var utbildade och kvalificerade för att förskriva FaR (n=24).	FaR beskrevs som ett hälsofrämjande och motiverade redskap för att uppmuntra till fysisk aktivitet men uppfattas också som utmanande och komplext.

Förkortningar: FaR= Fysisk aktivitet på recept; COPM= Canadian Occupational Performance Measure; GAS= Goal Attainment Scaling; ADHD= Attention Deficit/Hyperactivity Disorder.

## Diskussion

Syftet med denna kartläggande litteraturöversikt var att kartlägga det befintliga kunskapsläget avseende FaR för barn och unga. Sex av de inkluderade studierna visar att både skolpersonal och vårdpersonal generellt är positiva till FaR för barn, men att interventionen är komplex och begränsas av organisatoriska hinder, tidsbrist, bristande utbildning och otillräcklig samverkan (19,35–39). Individualiserade och familjecentrerade insatser samt etablerade stödstrukturer framhålls som viktiga för att öka genomförbarheten, medan samarbete med aktivitetsorganisatörer beskrivs som avgörande men utmanande (35,36,38,39). En studie visade att FaR ökade den fysiska aktiviteten hos barn med cerebral pares och bedömdes vara genomförbar som intervention (40).

Både inom skolans verksamhet och hälso- och sjukvården framkommer uppfattningar om att arbetet med FaR upplevs som tidskrävande, samt att det saknas tydliga riktlinjer för hur metoden bör tillämpas. Detta aktualiserar en central fråga: Vem har det övergripande ansvaret för att främja barns fysiska aktivitet? Givet att barns aktivitetsnivå påverkas av en komplex samverkan mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer, indikerar resultaten från denna litteraturöversikt att ett tvärprofessionellt samarbete är nödvändigt (36,38,40). Ett sådant samarbete bör omfatta aktörer inom både skola och hälso- och sjukvård, samt involvera idrottssektorn. Detta för att skapa hållbara och effektiva insatser för att främja fysisk aktivitet hos barn (41).

Sammantaget kan konstateras att de inkluderade studierna skiljer sig åt avseende studiepopulation och design, men att antalet artiklar är begränsat. Det leder till svårigheter att dra slutsatser av det sammanvägda resultatet. De identifierade hinder som framkommer av resultaten i studierna, såsom klinikers bristande kunskap om FaR och brist på organisatorisk struktur, är sedan tidigare kända hinder för implementeringen av FaR för vuxna (42–44). Studierna är genomförda på olika platser i Sverige, men flera av dem saknar specifik information om

geografisk kontext. Denna brist begränsar möjligheten att tolka resultaten i relation till lokala förutsättningar. Tidigare forskning visar att användningen av FaR varierar både mellan och inom regioner, vilket gör det relevant att förstå var interventionerna äger rum (28). En tydligare beskrivning av den geografiska kontexten hade kunnat bidra till en mer nyanserad analys av implementeringsförutsättningarna.

Eftersom FaR för barn ännu inte är implementerat i någon av regionerna i Sverige och det saknas nationella riktlinjer, är resultatet från denna översikt särskilt värdefull för att identifiera potentiella hinder och möjliggörande faktorer inför en eventuell nationell implementering. Tidigare systematiska översikter från andra länder visar varierande resultat av interventioner för fysisk aktivitet hos barn – från försumbara till positiva effekter (45). En australiensisk studie från 2004 (46) visade att insatser med familjecentrerat fokus gav bättre resultat, vilket överensstämmer med uppfattningarna hos deltagarna i de inkluderade studierna i denna översikt. Ett familjecentrerat förhållningssätt har tidigare visat sig vara avgörande vid interventioner riktade till barn, särskilt inom området fysisk aktivitet (20).

Resultaten från några av de inkluderade studierna tyder på att både skolpersonal och vårdpersonal främst ser FaR som ett verktyg för att öka fysisk aktivitet hos barn, snarare än som en metod för viktminskning. Detta överensstämmer med tidigare forskning om FaR för vuxna, där interventionerna i huvudsak har resulterat i ökad fysisk aktivitet medan effekterna på vikt och midjeomfång varit begränsade (26). Eftersom flera systematiska översikter har visat att interventioner med fysisk aktivitet hos barn har liten påverkan på BMI, kan det ifrågasättas om BMI bör användas som primärt utfallsmått (22,23). Samtidigt finns forskning som indikerar att minskad stillasittande tid – vilket inte enbart handlar om ökad medel- till högintensiv aktivitet – kan ha positiv effekt på BMI hos barn med obesitas (47). Det är möjligt att FaR kan bidra till detta genom att främja mer rörelse i vardagen, men denna potentiella effekt är ännu inte beforskad och bör undersökas vidare.

Majoriteten av de inkluderade studierna fokuserar på skol- och vårdpersonals perspektiv, vilket innebär att viktiga aktörers röster – såsom föräldrar, vårdnadshavare och barn själva – saknas. Studier avseende barns och föräldrars upplevelser finns inte representerat i dagsläget. För att möjliggöra en mer heltäckande utvärdering av FaR som metod bör framtida forskning inkludera barns perspektiv, då de är den primära målgruppen för interventionen. Det är även av vikt att belysa vårdnadshavares erfarenheter, eftersom deras engagemang och praktiska stöd, exempelvis i form av transport eller uppmuntran, kan vara avgörande för barnets deltagande.

Endast en av de inkluderade studierna har undersökt om FaR för barn och unga ökar fysisk aktivitet. Denna studie rapporterade ökad fysisk aktivitet hos barn med cerebral pares som deltog i FaR-interventionen och är dessutom den enda som har beaktat interventionen ur ett kostnadsperspektiv. Studien hade endast 11 deltagare vilket gör det svårt att dra generella slutsatser av resultatet. I nuläget saknas ytterligare forskning som specifikt utvärderar om FaR har effekt på fysisk aktivitetsnivå hos barn, vilket gör att inga slutsatser kan dras om metodens effekt. Även om det finns omfattande evidens för att fysisk aktivitet generellt har positiva hälsoeffekter för barn, kvarstår en kunskapslucka kring FaR som metod i denna målgrupp (7–10). För att möjliggöra en nationell implementering, liknande den som startats för vuxna, behövs fler studier som undersöker både effekt och kostnadseffektivitet.

### **Styrkor och svagheter**

Denna studie är den första i sitt slag som kartlägger studier avseende FaR för barn och unga. En styrka är att det är flera frågeställningar som belyses, så som om FaR för barn ökar fysisk aktivitet men också främjande faktorer och hinder som kan möjliggöra en implementering av FaR för barn. Litteraturöversiktens utformning är också en styrka då det möjliggör en bred överblick över ett forskningsfält som ännu är under utveckling och ger möjlighet att inkludera olika sorters studiedesigner. Detta är särskilt relevant för barn, där insatser ofta är multidimensionella och involverar

både sjukvården och skolan. Den kartläggande ansatsen bidrar därmed med värdefull kontextuell förståelse och kan fungera som underlag för framtida forskning och praktisk tillämpning.

Det begränsade antalet inkluderade artiklar i denna översikt bör beaktas, då detta påverkar resultatens generaliserbarhet och de slutsatser som kan dras. Litteratursökningen genomfördes endast i två databaser, vilket kan ha medfört att relevanta studier utelämnades. Även om sökningen gjordes bred med intention att inte utelämnas studier lämpliga för forskningsfrågan, finns en risk att vissa relevanta studier inte fångades upp, vilket kan ha påverkat översiktens omfattning. Eftersom endast interventioner benämnda som FaR inkluderades i studien finns en risk att relevanta insatser med liknande innehåll, men med annan terminologi, inte identifierades. Dessutom kunde vissa artiklar inte granskas i fulltext, vilket ytterligare kan ha påverkat översiktens omfattning och kvalitet. Urval och dataextraktion genomfördes av en ensam granskare, vilket kan medföra en risk för snedvridning i urvalet och påverka studiens objektivitet. Ytterligare en begränsning är att artiklar på endast svenska och engelska ingick i studiens urval.

Då majoriteten av de inkluderade artiklarna i denna studie var av kvalitativ studiedesign, påverkar det resultatets generaliserbarhet. Då kvalitativa studier ofta är kontextbundna och bygger på litet urval, speglar resultatet från dessa studier främst upplevelser vilket leder till svårigheter att dra generella slutsatser. De kvalitativa studier som inkluderats i denna översikt uppvisar variation avseende metodologi och analys, vilket komplicerar möjligheten att systematiskt jämföra och sammanfatta resultaten. Därtill föreligger en risk för subjektiv tolkning, då det ofta finns ett stort tolkningsutrymme i kvalitativa studier, vilket kan påverka översiktens objektivitet.

## Konklusion

Denna kartläggande litteraturöversikt visar att forskningen om FaR för barn är begränsad och i huvudsak fokuserar på vård- och skolpersonals perspektiv. Resultaten indikerar att FaR uppfattas som en potentiellt användbar metod för att främja fysisk aktivitet hos barn, men att implementeringen påverkas av organisatoriska, socioekonomiska och strukturella faktorer. Ett familjecentrerat och tvärprofessionellt arbetssätt framstår som centralt för att skapa hållbara insatser. Identifierade hinder, såsom bristande kunskap om FaR och avsaknad av tydliga riktlinjer, överensstämmer med tidigare identifierade hinder för implementering av FaR för vuxna.

Innan FaR eventuellt kan implementeras nationellt för barn och unga, krävs ytterligare forskning som utvärderar interventionens effekt och kostnadseffektivitet samt studier som inkluderar barns och vårdnadshavares perspektiv. Framtida studier bör även beakta geografiska kontexter och lokala förutsättningar för att bättre förstå implementeringsmöjligheter.

## Referenslista

1. Blair SN, Brodney S. Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. *Med Sci Sports Exerc.* 1999 Nov;31(11):S646.
2. Colberg SR, Sigal RJ, Yardley JE, Riddell MC, Dunstan DW, Dempsey PC, et al. Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care.* 2016 Nov;39(11):2065–79.
3. Thompson PD, Buchner D, Piña IL, Balady GJ, Williams MA, Marcus BH, et al. Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease. *Circulation.* 2003 June 24;107(24):3109–16.
4. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol.* 2017 Sept;32(5):541.
5. Ekelund U, Tarp J, Steene-Johannessen J, Hansen BH, Jefferis B, Fagerland MW, et al. Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. *BMJ.* 2019 Aug 21;366:l4570.
6. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985;100(2):126–31.
7. Van Der Horst K, Paw MJCA, Twisk JWR, Van Mechelen W. A Brief Review on Correlates of Physical Activity and Sedentariness in Youth. *Med Sci Sports Exerc.* 2007 Aug;39(8):1241.
8. World Health Organization. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2025 Oct 22]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566045/>
9. Simmonds M, Burch J, Llewellyn A, Griffiths C, Yang H, Owen C, et al. The use of measures of obesity in childhood for predicting obesity and the development of obesity-related diseases in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2015 June;19(43):1–336.
10. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2016;17(2):95–107.

11. Janssen I, LeBlanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010 May 11;7(1):40.
12. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2025 Sept 10] p. 58. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/44399>
13. Guinhouya BC, Samouda H, C de Beaufort. Level of physical activity among children and adolescents in Europe: a review of physical activity assessed objectively by accelerometry - ClinicalKey. *Public Health.* 2013;127(4):301–11.
14. Samdal O, Tynjälä J, Roberts C, Sallis JF, Villberg J, Wold B. Trends in vigorous physical activity and TV watching of adolescents from 1986 to 2002 in seven European Countries. *Eur J Public Health.* 2007 June 1;17(3):242–8.
15. Steene-Johannessen J, Hansen BH, Dalene KE, Kolle E, Northstone K, Møller NC, et al. Variations in accelerometry measured physical activity and sedentary time across Europe – harmonized analyses of 47,497 children and adolescents. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020 Mar 18;17:38.
16. Raustorp A, Fröberg A. Comparisons of pedometer-determined weekday physical activity among Swedish school children and adolescents in 2000 and 2017 showed the highest reductions in adolescents. *Acta Paediatr.* 2019;108(7):1303–10.
17. Barns och ungas rörelsemönster – Resultat från objektivt uppmätt fysisk aktivitet, Skolbarns hälsovanor 2017/2018 [Internet]. 2019 [cited 2025 Sept 10]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/b/barns-och-ungas-rorelsemonster/>
18. Elinder LS, Heinemans N, Zeebari Z, Patterson E. Longitudinal changes in health behaviours and body weight among Swedish school children - associations with age, gender and parental education – the SCIP school cohort. *BMC Public Health.* 2014 June 23;14(1):640.
19. Boman C, Bernhardsson S. Exploring needs, barriers, and facilitators for promoting physical activity for children with intellectual developmental disorders: A qualitative focus group study. *J Intellect Disabil.* 2023;27(1):5–23.
20. Remmers T, Broeren SM, Renders CM, Hirasing RA, van Grieken A, Raat H. A longitudinal study of children’s outside play using family environment and perceived physical environment as predictors. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014 June 16;11(1):76.
21. Mead E, Brown T, Rees K, Azevedo LB, Whittaker V, Jones D, et al. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment

- of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 June 22;2017(6):CD012651.
22. Metcalf B, Henley W, Wilkin T. Effectiveness of intervention on physical activity of children: systematic review and meta-analysis of controlled trials with objectively measured outcomes (*EarlyBird 54*). *BMJ.* 2012 Sept 27;345:e5888.
  23. Nooijen CFJ, Galanti MR, Engström K, Möller J, Forsell Y. Effectiveness of interventions on physical activity in overweight or obese children: a systematic review and meta-analysis including studies with objectively measured outcomes. *Obes Rev.* 2017;18(2):195–213.
  24. Arsenijevic J, Groot W. Physical activity on prescription schemes (PARS): do programme characteristics influence effectiveness? Results of a systematic review and meta-analyses. *BMJ Open.* 2017 Feb 1;7(2):e012156.
  25. Kallings LV, Eriksson M, Lundqvist S, Dohrn IM. 1.9 Fysisk aktivitet på recept – FaR®. In: *FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA); 2021.
  26. Onerup A, Arvidsson D, Blomqvist Å, Daxberg EL, Jivegård L, Jonsdottir IH, et al. Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2019 Mar 1;53(6):383–8.
  27. Kallings LV, Leijon M, Hellénus ML, Ståhle A. Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scand J Med Sci Sports.* 2008 Apr;18(2):154–61.
  28. Folkhälsomyndigheten. *FaR i Sverige – En beskrivning av regionernas arbete med metoden Fysisk aktivitet på recept*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022 Mar p. 19.
  29. Brorsson Lundqvist E, Praetorius Björk M, Bernhardsson S. Physical activity on prescription in Swedish primary care: a survey on use, views, and implementation determinants amongst general practitioners. *Scand J Prim Health Care.* 2024 Jan 2;42(1):61–71.
  30. 1177 Vårdguiden. 1177 Vårdguiden. 2025 [cited 2025 Sept 24]. Barn kan få fysisk aktivitet på recept FaR. Available from: <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/liv--halsa/fysisk-aktivitet-och-traning/barn-kan-fa-fysisk-aktivitet-pa-recept/>
  31. Thorén A, Janson A, Englund E, Silfverdal SA. Development, implementation and early results of a 12-week web-based intervention targeting 51 children age 5-13 years and their families. *Obes Sci Pract.* 2020 Oct;6(5):516–23.

32. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005 Feb;8(1):19–32.
33. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Oct 2;169(7):467–73.
34. Västra Götalandsregionen. Centrum för fysisk aktivitet [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 2]. Available from: <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/levnadsvanor-och-sjukdomsforebyggande-metoder/fysisk-aktivitet/forskning/>
35. Boman C, Bernhardsson S, Lundqvist S, Melin K, Lauruschkus K. Physical activity on prescription for children with obesity: a focus group study exploring experiences in paediatric healthcare. *Front Health Serv*. 2024;4:1306461.
36. Wiklund E, Wiklund M, Hedenborg S. Physical Activity on Prescription 'Not a Quick Fix': School Nurses' Experiences of Promoting and Tailoring Physical Activity to Children in Swedish Compulsory School. *J Sch Nurs Off Publ Natl Assoc Sch Nurses*. 2025 June;41(3):316–24.
37. Wiklund E, Vikman J, Wiklund M, Hedenborg S. Facilitators and barriers in interprofessional collaboration around physical activity on prescription-a focus group study in a Swedish school setting. *Front Sports Act Living*. 2024;6:1431786.
38. Lydell M, Kristén L, Nyholm M. Health promotion partnership to promote physical activity in Swedish children with ASD and ADHD. *Health Promot Int*. 2022 Dec 1;37(6).
39. Boman C, Bernhardsson S, Lauruschkus K, Lundqvist S, Melin K. Prerequisites for implementing physical activity on prescription for children with obesity in paediatric health care: A cross-sectional survey. *Front Health Serv* [Internet]. 2023 Jan 30 [cited 2025 Oct 22];2. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/health-services/articles/10.3389/frhs.2022.1102328/full>
40. Lauruschkus K, Hallström I, Westbom L, Tornberg Å, Nordmark E. Participation in physical activities for children with cerebral palsy: feasibility and effectiveness of physical activity on prescription. *Arch Physiother*. 2017;7:13.
41. World Health Organization. Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030: More Active People for a Healthier World. Geneva: World Health Organization; 2019 Jan.
42. Bohman DM, Mattsson L, Borglin G. Primary healthcare nurses' experiences of physical activity referrals: an interview study. *Prim Health Care Res Dev*. 2015 May;16(3):270–80.

43. Gustavsson C, Nordqvist M, Bröms K, Jerdén L, Kallings LV, Wallin L. What is required to facilitate implementation of Swedish physical activity on prescription? – interview study with primary healthcare staff and management. *BMC Health Serv Res*. 2018 Mar 21;18:196.
44. Persson G, Brorsson A, Ekvall Hansson E, Troein M, Strandberg EL. Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective – a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2013 Aug 29;14:128.
45. McGoey T, Root Z, Bruner MW, Law B. Evaluation of physical activity interventions in children via the reach, efficacy/effectiveness, adoption, implementation, and maintenance (RE-AIM) framework: A systematic review of randomized and non-randomized trials. *Prev Med*. 2016 Jan;82:8–19.
46. Timperio A, Salmon J, Ball K. Evidence-based strategies to promote physical activity among children, adolescents and young adults: review and update. *J Sci Med Sport*. 2004 Apr;7(1 Suppl):20–9.
47. Liao Y, Liao J, Durand CP, Dunton GF. Which Type of Sedentary Behavior Intervention is More Effective at Reducing Body Mass Index in Children? A Meta-Analytic Review. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2014 Mar;15(3):159–68.