



Fysisk aktivitet på recept (FaR®)

– en vägledning för implementering

*Johan Faskunger Matti Leijon
Agneta Ståhle Peter Lamming*

Fysisk aktivitet på recept (FaR[®])

– en vägledning för implementering

*Johan Faskunger Matti Leijon
Agneta Ståhle Peter Lamming*

© STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT 2007:01

ISSN 1651-8624

ISBN 978-91-7257-472-4

FÖRFATTARE: JOHAN FASKUNGER, MATTI LEIJON, AGNETA STÄHLE, PETER LAMMING

OMSLAGSFOTO: TRONS, NIELS ÅGE SKOVBO, EVA WERNLID

GRAFISK PRODUKTION: SOCIETY KOMMUNIKATIONSBYRÅ AB

TRYCK: EDITA, VÄSTRA AROS, VÄSTERÅS 2007

Innehåll

Förord	4
Författare	5
Sammanfattning	6
Summary	9
Inledning	12
Att främja fysisk aktivitet – en del av hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande arbete	15
Att främja fysisk aktivitet – en del av frivilligorganisationernas arbete	17
FaR® på olika nivåer	18
Kompetens, ansvar, uppföljning och sekretess	20
Evidensbaserade strategier för beteendeförändring och för att främja fysisk aktivitet	22
Implementeringsmodell för FaR®	25
Utvecklingsbehov	33
Ordlista	35
Referenser	37
Bilagor	40

Förord

Syftet med skriften Fysisk aktivitet på recept (FaR®) – en vägledning för implementering är att ge vägledning för ett metodiskt arbete inom sjukvården med att främja fysisk aktivitet genom FaR®, i samverkan med lokalsamhället och dess aktörer. Skriften syftar också till att tydliggöra frågor rörande rollfördelning, ansvar, kvalitet och utveckling inom FaR-arbetet.

Samtidigt som den totala mängden av fysisk aktivitet verkar ha minskat i befolkningen, ses ett stort intresse för strukturerad motion och träning på fritiden, framför allt hos högutbildade och socioekonomiskt starka grupper. Ökad motion har dock inte kompenserat för nedgången i vardaglig fysisk aktivitet i breda befolkningsgrupper. Utvecklingen mot mer inaktiva livsstilar bidrar starkt till kronisk sjukdom och ohälsa. En stillasittande livsstil ökar risken för ett stort antal sjukdomar, samtidigt som regelbunden fysisk aktivitet främjar hälsa och välbefinnande samt har en klar sjukdomsförebyggande effekt.

Fysisk aktivitet används i dag såväl inom sjukvårdande behandling som i förebyggande och hälsofrämjande arbete. Personer med en stillasittande livsstil har exempelvis en fördubblad risk för att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar jämfört med personer med en fysiskt aktiv livsstil. Regelbunden fysisk aktivitet har även en viktig roll när det gäller att förbättra den psykiska hälsan genom att öka välbefinnande och livskvalitet, minska oro/ängslan och depression samt höja humör och självkänsla.

Då en stillasittande livsstil utgör ett mycket stort folkhälsoproblem är det viktigt att utveckla metoder för att främja fysisk aktivitet. Idag finns en enighet om att dessa metoder måste implementeras på nationell, regional/lokal och individuell nivå, inom många olika arenor och i samverkan med en rad aktörer. Hälso- och sjukvården har en självklar och viktig roll i detta samarbete.

Fysisk aktivitet på recept är ett konkret och användbart verktyg för hälso- och sjukvårdens arbete med att främja fysisk aktivitet i befolkningen och representerar samtidigt en arbetsmetod som bidrar till att uppfylla målet om att hälso- och sjukvården ska bedriva ett mer sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete. Ordination av fysisk aktivitet på recept inom hälso- och sjukvården har ökat efter aktivitetsåret ”Sätt Sverige i Rörelse” 2001, och med det behovet av vägledning och tydliggörande av roller och ansvar.

Fysisk aktivitet på recept (FaR®) – en vägledning för implementering vänder sig framför allt till personer som på olika nivåer planerar, administrerar och arbetar med insatser för att främja fysisk aktivitet inom eller i anslutning till hälso- och sjukvårdens verksamhet. Det inkluderar också hälso- och sjukvårdens samverkanspartner.

Skriften beskriver både hälso- och sjukvårdens och frivilligorganisationernas del i det hälsofrämjande arbetet mot ökad fysisk aktivitet. Vidare ger skriften en inblick i de olika nivåer som används vid FaR-förskrivning samt diskuterar viktiga begrepp såsom kompetens, ansvar, uppföljning och sekretess. Skriften belyser även förslag till implementeringsmodeller för FaR® samt de utvecklingsbehov som föreligger.

Avslutningsvis riktas ett stort tack till samtliga personer som varit involverade i framtagandet av denna värdefulla skrift för att kvalitetssäkra begreppet FaR® samt för att underlätta framtida användande.

GUNNAR ÅGREN
GENERALDIREKTÖR
STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT

Författare

Denna skrift är framtagen på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut (FHI) och Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA) och utvecklades med synpunkter från den Nationella samrådsgruppen för FaR®. Deltagare i samrådsgruppen är förutom FHI och YFA, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Riksidrottsförbundet (RF), Friluftorganisationer i samverkan (FRISAM), Svensk företagshälsovård, Apoteket, Sveriges Läkaresällskap, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR), Svensk sjuksköterskeförening samt speciellt inbjudna.

Dokumentet skrevs och utvecklades av Johan Faskunger, filosofie doktor och utredare, FHI, Matti Leijon, folkhälsovetare, doktorand, Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland, Agneta Ståhle, lektor, specialistsjukgymnast, Karolinska Institutet och styrelsemedlem i YFA, båda inom ramen för YFA:s uppdrag från FHI, samt Peter Lamming, ordförande för den Nationella samrådsgruppen för FaR®, utredare Statens folkhälsoinstitut.

Utvecklandet av skriften har även skett i samverkan med andra myndigheter och ett stort antal organisationer och aktörer som bidragit med innehåll och värdefulla synpunkter inom sina respektive kompetensområden.

Sammanfattning

Bakgrund

Utvecklingen mot mer inaktiva livsstilar bidrar starkt till välfärdssjukdomar och ohälsa. Det är numera väletablerat att en stillasittande livsstil ökar risken för ett stort antal sjukdomar och åkommor, samtidigt som regelbunden fysisk aktivitet främjar hälsa och välbefinnande. Fysisk aktivitet används i dag såväl i sjukvårdande behandling som i förebyggande och hälsofrämjande arbete. Regelbunden fysisk aktivitet påverkar hälsan genom att bland annat minska total dödlighet och för tidig död samt motverka olika sjukdomsförlopp. Regelbunden fysisk aktivitet har även en viktig roll i att förbättra den mentala hälsan genom att bland annat öka välbefinnande och livskvalitet, minska oro/ängslan och depression samt höja humör och självkänsla.

Den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" visar att 42 procent av männen och 46 procent av kvinnorna är otillräckligt fysiskt aktiva, det vill säga inte når upp till minst 30 minuter av måttligt intensiv fysisk aktivitet varje dag. Internationella studier beräknar att cirka 60 procent av befolkningen i västvärlden inte är tillräckligt fysiskt aktiv vilket beräknas årligen orsaka nästan 2 miljoner dödsfall, och svarar samtidigt för ungefär 10 procent av den totala sjukdomsördan. WHO har beräknat att kostnaden för en nation av Sveriges storlek, om hälften av befolkningen inte är tillräckligt fysiskt aktiv, uppgår till cirka 800 miljoner euro per år.

Eftersom en stillasittande livsstil utgör ett mycket stort folkhälsoproblem är det viktigt att utveckla metoder för att främja fysisk aktivitet. Det är nödvändigt att dessa metoder riktar in sig på den nationella, regionala/lokala och individuella nivån, med flertalet arenor inkluderade och i samverkan med flera aktörer.

Hälso- och sjukvården har en självklar och viktig roll i denna mångfacetterade utmaning, bland annat därför att den speciellt når de grupper i samhället som är mest stillasittande. Det handlar exempelvis om socioekonomiskt svaga grupper, äldre människor och sjukskrivna personer som sällan eller svårligen nås genom andra arenor. Läkare och sjukvårdspersonal anges ofta som trovärdiga källor till hälsoinformation och patienter förväntar sig hälsovägledning vid besök.

Fysisk aktivitet på recept (FaR®)

FaR® är en arbetsmetod för att främja fysisk aktivitet, vars användning ökat i Sverige de senaste åren. Utvecklingen har medfört att arbetsmodeller, beskrivningar och erfarenheter av "vad som fungerar" efterfrågas. Förskrivningen av FaR® inom hälso- och sjukvården representerar ett förändrat förhållningssätt där både personal och organisation på ett tydligare sätt integrerar förebyggande insatser i det dagliga arbetet. En annan grundläggande del i FaR-arbetet är den samverkan som sker mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer i samhället, till exempel frivilligorganisationer, som har långvarig erfarenhet av att arbeta med fysisk aktivitet, motion och träning.

Fyra nivåer finns beskrivet avseende främjande av fysisk aktivitet, inklusive FaR®, inom hälso- och sjukvården och frivilligorganisationerna. Dessa baseras på individens

hälsotillstånd, för att klargöra roller och åtaganden för olika aktörer eller arenor. Nivå 1 är relevant för patienter med redan utvecklad sjukdom/skada, mycket förhöjd risk för sjukdom eller som på annat sätt bedöms som olämpliga att delta i FaR-aktiviteter utanför hälso- och sjukvårdens regi. Nivå 2 är relevant för patienter med förhöjd risk, men som kan delta i speciellt anpassade FaR-program eller aktiviteter. Nivå 3 och 4 däremot är lämpliga om patienten anses kapabel att delta i det ordinarie utbudet av aktiviteter i föreningslivet eller bedöms klara av att upprätthålla egen aktivitet.

Kompetens, ansvar, uppföljning och sekretess

Ordination av fysisk aktivitet är inte en regelstyrd arbetsuppgift och kan därför utföras av legitimerad personal, förutsatt att vederbörande har den kunskap som behövs för att utföra uppgiften på ett korrekt sätt. Verksamhetschefen ansvarar för att den personal som skall utföra arbetsuppgiften har behövlig kompetens. Vidare ansvarar verksamhetschefen för att utse och förteckna vem eller vilka av den behöriga hälso- och sjukvårdspersonalen som skall fullgöra uppgiften att självständigt ordinera fysisk aktivitet. Legitimerad personal som ordinerar fysisk aktivitet bär eget ansvar, och ordination (såväl muntlig som skriftlig) på fysisk aktivitet skall dokumenteras i patientjournalen.

Uppföljning av ordination av fysisk aktivitet skiljer sig inte från uppföljning av annan behandling inom hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsen skall ledningssystemet säkerställa att det finns rutiner för hur nya behandlingsmetoder skall tas fram, provas ut och introduceras så att patientsäkerheten säkerställs. Vidare skall det finnas rutiner för hur fastställda metoder skall tillämpas, kontinuerligt följas upp samt vid behov revideras. Rutiner behövs också för vilka åtgärder som skall vidtas när tillämpningen av metoderna behöver förändras.

Om fysisk aktivitet på recept exempelvis skickas för kännedom till en organisation utanför sjukvården, skall patienten med andra ord först ha samtyckt till detta. Sekretesslagen är inte tillämplig utanför det allmännas verksamhet. Då exempelvis ett privat företag tar emot fysisk aktivitet på recept, bör företaget upprätta kontrakt gällande tystnadsplikt.

Evidensbaserade strategier för beteendeförändring och för att främja fysisk aktivitet

Den mesta forskningen om metoder för att främja fysisk aktivitet är ännu så länge från engelskspråkiga länder. Trots att antalet publicerade studier inom området har ökat markant de senaste åren, råder det inte konsensus kring vad som är effektivt och hur man organiserar arbetet med att främja fysisk aktivitet inom sjukvården på bästa sätt. Eftersom FaR® är en relativt ny metod i Sverige finns det ännu endast ett fåtal svenska studier och uppföljningar av hur FaR® eller liknande metoder fungerar under svenska förhållanden.

Ett recept på fysisk aktivitet leder inte automatiskt till förändrat beteende och ökad fysisk aktivitet på lång sikt hos en patient. Idag används bland annat olika samtalstekniker som kan användas vid ett kort råd på någon minut eller för en serie längre samtal i syfte att nå en beteendeförändring. En, i den internationella litteraturen, alltmer flitigt förekommande ”struktur” för livsstilsrådgivning är en modell som kallas 5A (Assess,

Advise, Agree, Assist, Arrange). Denna modell är utvecklad för att på ett snabbt och enkelt sätt strukturera ett livsstilssamtal och kan dessutom användas i arbetet med andra livsstilsområden.

Syftet med Fysisk aktivitet på recept (FaR®) – en vägledning för implementering är att presentera en kontext för hur den svenska hälso- och sjukvården på ett systematiskt sätt kan arbeta med att främja fysisk aktivitet genom FaR® i samverkan med lokalsamhället och dess aktörer. Skriften syftar vidare till att, för FaR-arbetet, tydliggöra frågor rörande rollfördelning, ansvar, kvalitet och utveckling och vänder sig till personer som på olika nivåer planerar, administrerar och arbetar med insatser för att främja fysisk aktivitet inom eller i anslutning till hälso- och sjukvårdens verksamhet. Vilket även inkluderar samverkanspartner som hälso- och sjukvården kan tänkas ha i dessa frågor.

Summary

Introduction

A sedentary lifestyle strongly contributes to chronic diseases and ill health such as coronary heart disease, cancer, type II diabetes, hypertension, osteoporosis, while regular physical activity promotes physical, mental and functional health status and well-being. Despite the positive health effects of physical activity, a large proportion of the Swedish population is insufficiently active: The Swedish National Survey of Public Health shows that 42 percent of men and 46 percent of women do not reach the national recommendation of at least 30 minutes per day of at least moderate intensity. International studies estimate that approximately 60 percent of the population in the western world is insufficiently physically active contributing to nearly 2 million deaths and approximately 10 percent of the overall burden of disease. The WHO has calculated the cost of physical inactivity for a nation of the size of Sweden to be around 800 million Euro per year if half of the population is inactive.

Therefore, the promotion of physical activity is an important task for many relevant actors/arenas such as the workplace, the health care system, schools, and transport organisations operating at national, regional as well as the local level. The health care system is an important actor in promoting physical activity to patients and has an especially important role in reaching the socio-economically disadvantaged, the elderly, persons on sick leave etc. In terms of promoting physical activity, the health care system has many advantages: Doctors and other health care staff are regarded as the most reliable source of health information by the public; Most people see a physician every year, and belong to the same primary care unit for long periods of time; Patients often expect health guidance from health care staff.. A popular method to promote a physically active lifestyle to patients within the health care system is to prescribe physical activity (FaR®).

Aim of the report

The aim of this report is to provide a guidance and context for the implementation of FaR® within the health care system and illuminate the need for collaboration with community organisations in order to make the method work. A further aim is to provide guidance on important questions regarding responsibilities and roles, quality control, development and evaluation. The report should be of interest for people involved in promoting physical activity in general both within and outside the health care system. It should be of particular interest for people involved in planning, administrating, implementing and evaluating FaR® as well as for the organisations receiving patients issued with FaR®

Physical activity on prescription

FaR® entails issuing a formal prescription either for supervised group-based exercise or lifestyle-based physical activity or recreation outside the health care system. A fundamental part of FaR® is the collaboration between the health care system and societal

organisations with long experience of working with physical activity, exercise and training, such as sports- and leisure organisations. After initial prescription from legitimate medical staff, the patient is then referred to formal or informal activities. The popularity and use of FaR® has increased greatly in Sweden over the last couple of years. Today, all 21 districts and about half of all primary care units in the country prescribe physical activity. Following the increase in FaR®, there has been an increasing need for dissemination of evidence-based practice as well as working models and sharing common experiences in order to facilitate the process of implementation.

Evidence-based strategies for behaviour change to promote physical activity

A prescription for regular physical activity does not automatically lead to a change in behaviour and long term increase in physical activity due to the fact that our environment often hinders a physically active lifestyle. Today, numerous counselling methods are used within the health care system to promote health and prevent ill-health ranging from brief (e.g., 1 minute) verbal advice integrated in day-to-day contact with patients, to multifaceted prevention programmes lasting for several years. Most research studies concerning methods to promote physical activity within the health care arena have been published in the USA, Great Britain, Canada and Australia. Despite the large number of scientific studies published over the last decade, no consensus yet exists over the most effective interventions to promote physical activity within the health care system. However, an increasingly popular counselling framework for lifestyle issues is the 5A. 5A include the concepts of Assess, Advice, Agree, Assist and Arrange and was initially developed to provide an easy and brief structure for lifestyle counselling. In Sweden, only a few evaluations of FaR® programmes exists as of to date. However, a recently published systematic review identified FaR® as an effective method, among others, and recommended its use.

Competence, responsibilities, evaluation and confidentiality

Prescription of physical activity shall be prescribed by health care staff included in the medical register. The staff involved in FaR® must have the relevant knowledge and be properly trained to prescribe physical activity to patients. The manager in charge is responsible for providing personnel with the sufficient competence needed for the assignment and deciding who or whom of the authorised personnel within the health care system that shall be allowed to prescribe physical activity. The prescriber is responsible for the advice given in the prescription, including documenting both written and oral advice in the journal and arranging follow-ups.

The demands for evaluation or follow-ups of FaR® do not differ from other treatments used within the health care system. According to the Swedish National Board of Health and Welfare the management system are obligated to guarantee the occurrence of routines in the development, evaluation and introduction of new treatment strategies in order to secure patient safety. Furthermore, there is a demand for routines to establish how methods shall be applied, continuously followed up and if needed revised. Routines are also a necessity for measures to be taken when applied methods need to be changed. The patient must give approval before a prescription of physical activity is sent to an

organisation outside the health care system and the official legislation regarding confidentiality is not applicable outside the public activity. In the case private companies receive patients issued with FaR®, it is the responsibility of those companies to establish a contract concerning professional confidentiality.

FaR® in a context

A model is proposed to put FaR® in the right context. There are at least four relevant levels to consider when prescribing physical activity to patients in the health care system: Level one is applicable to patients with high risk for disease, disability or that are in other ways deemed unfit to participate in programmes outside the health care system instead requiring specialist physiotherapist treatment. Level one does not involve FaR®, although a prescription for physical activity may be issued in order to formalise treatment and increase the likelihood of adherence. Level two includes patients with elevated risks or a sedentary lifestyle suitable and capable of participating in tailored programmes with low intensity activities in a community setting. Patients belonging to level two are common in FaR®-programmes. Patients at level three have a sedentary lifestyle, might have elevated risks for disease and disability, are suitable and capable of, and have a preference for participation in formal supervised group-based exercise. Level four patients are identical to patients at level three, but prefer more lifestyle-based physical activity or recreation outside formal programmes. Patients at level three and four participate in FaR®. Verbal advice may be included at all four levels to complement FaR®.

A framework for evaluation

An important aspect of facilitating the implementation of FaR® within the health care system is to emphasize the great need for evaluations at different levels. A framework is proposed in the report outlining 9 phases important for enhancing the quality of FaR® programmes. The phases, inspired by the work of Taylor are as follows:

1. Health diagnosis – health needs of patients and the role of physical activity to improve health
2. Behavioural diagnosis – the needs of the patients for increasing physical activity.
What groups?
3. Policy diagnosis – identifying existing and need for new policy
4. Community diagnosis - the determinants for health and physical activity in the community
5. Health care diagnosis – factors influencing counselling effectiveness.
Patient, staff and organisation
6. Implementation – steps identified and taken to enhance the likelihood of successful implementation
7. Process evaluation – primarily evaluates the work and practices being conducted in phases 5 and 6
8. Impact evaluation – evaluates the effect on behaviour in phase 2
9. Outcome evaluation – evaluates the effect on health and well-being in phase 1

Inledning

Fysisk aktivitet på recept (FaR®) är ett konkret verktyg för hur hälso- och sjukvården tillsammans med externa aktörer kan främja fysisk aktivitet i befolkningen och representerar samtidigt en arbetsmetod som bidrar till att uppfylla målet om att hälso- och sjukvården ska bedriva ett mer sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete. Ordination av fysisk aktivitet på recept inom hälso- och sjukvården har ökat kraftigt i popularitet efter aktivitetsåret "Sätt Sverige i Rörelse" 2001, och behovet av vägledning och att exempelvis tydliggöra roller och ansvar har ökat kraftigt.

Syftet med skriften är att:

- presentera ett sammanhang för hur den svenska hälso- och sjukvården på ett systematiskt sätt kan arbeta med att främja fysisk aktivitet genom FaR® i samverkan med lokalsamhället och dess aktörer, exempelvis frivilligorganisationerna, samt
- för FaR-arbetet tydliggöra frågor rörande rollfördelning, ansvar, kvalitet och utveckling.

Målgrupp för skriften

Denna skrift vänder sig framför allt till personer som på olika nivåer planerar, administrerar och arbetar med insatser för att främja fysisk aktivitet inom eller i anslutning till hälso- och sjukvårdens verksamhet, vilket således även inkluderar samverkanspartner som hälso- och sjukvården kan tänkas ha i dessa frågor.

Behovet av ökad fysisk aktivitet

Samhällsutvecklingen har försämrat förutsättningarna för fysisk aktivitet genom ökat bilåkande, fler stillasittande arbeten, ett ökande utbud av fysiskt passiv underhållning på fritiden samt utvecklandet av teknologier som minskar energiförbrukningen i det dagliga livet. Samtidigt som den totala nivån av fysisk aktivitet verkar ha minskat i befolkningen, ses ett relativt konstant stort intresse för strukturerad motion och träning på fritiden, framför allt hos högutbildade och socioekonomiskt starka grupper. Ökad motion har dock inte kompenserat för nedgången i vardaglig fysisk aktivitet i befolkningen.

Utvecklingen mot mer inaktiva livsstilar bidrar starkt till välfärdssjukdomar och ohälsa. Det är numera väletablerat att en stillasittande livsstil ökar risken för ett stort antal sjukdomar och åkommor, samtidigt som regelbunden fysisk aktivitet främjar hälsa och välbefinnande. Fysisk aktivitet används i dag såväl i sjukvårdande behandling som i förebyggande och hälsofrämjande arbete. Regelbunden fysisk aktivitet påverkar hälsan genom att bland annat minska total dödlighet och för tidig död samt motverka hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, övervikt och fetma, högt blodtryck, vissa former av cancer, benskörhet, fallolyckor etc.

Personer med en stillasittande livsstil har exempelvis en fördubblad risk för att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar jämfört med personer med en fysiskt aktiv livsstil. Fysisk aktivitet och motion kan vidare förbättra den fysiska och funktionella hälsan genom att förbättra kondition, öka hjärtats slagvolym, öka kroppslig och funktionell självständighet, öka

kapillärättheten samt öka muskeluthållighet och styrka. Regelbunden fysisk aktivitet har även en viktig roll i att förbättra den mentala hälsan genom att bland annat öka välbefinnande och livskvalitet, minska oro/ängslan och depression samt höja humör och självkänsla [1–3]. Det är i dag vedertaget att de personer som rör sig minst är de som har mest att vinna på att bli mer fysiskt aktiva.

Trots betydande hälsovinster är det en stor andel av befolkningen som inte är tillräckligt fysiskt aktiva för att nå ovan beskrivna hälsovinster, det vill säga antingen har en stillasittande livsstil eller inte når upp till minst 30 minuter av måttligt intensiv fysisk aktivitet varje dag. Den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” [4] visar att 42 procent av männen och 46 procent av kvinnorna är otillräckligt fysiskt aktiva. Totalt 14 procent av båda könen anger att de är mycket stillasittande på fritiden och representerar således den grupp som har allra högst risk för sjukdom och ökad dödlighet. Internationella studier beräknar att cirka 60 procent av befolkningen i västvärlden inklusive den svenska befolkningen inte är tillräckligt fysiskt aktiv. En stillasittande livsstil är en av de tio ledande globala dödsorsakerna och beräknas årligen orsaka nästan 2 miljoner dödsfall, och svarar samtidigt för ungefär 10 procent av den totala sjukdomsördan i världen [5]. En stillasittande livsstil medför också höga kostnader för samhället. WHO har beräknat att kostnaden för en nation av Sveriges storlek, om hälften av befolkningen inte är tillräckligt fysiskt aktiv, uppgår till cirka 800 miljoner euro per år [6].

Eftersom en stillasittande livsstil utgör ett mycket stort folkhälsoproblem är det viktigt att utveckla metoder för att främja fysisk aktivitet. Kunskapen om faktorer som påverkar och vilka interventioner som är effektiva för att öka fysisk aktivitet har förbättrats under senare år [7–9]. De systematiska översiktsrapporterna betonar behovet av stödjande miljöer och samhällseliga förutsättningar för ökad fysisk aktivitet, exempelvis genom satsningar på gång- och cykelbanor, attraktiva lekplatser och skolgårdar, bostadsnära parker och anläggningar för motion. Att enbart satsa på informationsspridning för att öka kunskapen hos individen är en ineffektiv och otillräcklig metod. Vad som står klart är att det är nödvändigt att främja fysisk aktivitet på nationell, regional/lokal och individuell nivå och på många olika arenor samtidigt (till exempel skolan, arbetsplatsen, transportsektorn, fritiden och hälso- och sjukvården) och i samverkan med många aktörer bland annat i lokalsamhället, om det ska finnas en möjlighet att få till stånd en förändring i befolkningen på sikt. Hälso- och sjukvården har en självklar och viktig roll i denna mångfacetterade utmaning.

Rekommendation för fysisk aktivitet

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) har på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut tagit fram svenska rekommendationer för fysisk aktivitet. Svenska Läkaresällskapets nämnd antog i september 2000 rekommendationen som lyder:

Alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter. Intensiteten bör vara åtminstone måttlig, exempelvis rask promenad. Ytterligare hälsoeffekt kan erhållas om man utöver detta ökar den dagliga mängden eller intensiteten. Fysiskt aktiva individer löper hälften så stor risk att dö av hjärt-kärlsjukdom som sina

stillasittande jämnåriga. Fysisk aktivitet minskar också risken för att få högt blodtryck, åldersdiabetes och tjocktarmscancer. Också livskvaliteten förbättras av fysisk aktivitet på grund av ökat psykiskt välbefinnande och bättre fysisk hälsa. Det föreligger även starka belägg för att fysiskt aktiva individer löper lägre risk att drabbas av benskörhet, benbrott framkallade genom fall, blodpropp, fetma och psykisk ohälsa. Mot denna bakgrund bör alla kliniskt verksamma läkare ge patienterna råd angående fysisk aktivitet anpassad till hälsotillstånd och personlig livsstil.

Ovanstående rekommendation bygger på internationella riktlinjer från 1995 [10] framtagna av experter inom epidemiologi, fysiologi och medicin. Rekommendationen om minst 30 minuters måttlig fysisk aktivitet per dag är en grundförutsättning för god hälsa och välbefinnande. För mer specifika råd om effekter av olika aktivitetsformer, hänvisas läsaren till den svenska kunskapssammanställningen FYSS, där relationen mellan fysisk aktivitet och olika diagnoser och tillstånd presenteras [1]. En populärvetenskaplig variant har publicerats på senare år vid namn *FYSS för alla* [11].

Att främja fysisk aktivitet

– en del av hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande arbete

Hälso- och sjukvården har en viktig roll i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande folkhälsoarbetet, bland annat därför att den speciellt når de grupper i samhället som är mest stillasittande. Det handlar bland annat om socioekonomiskt svaga grupper, äldre människor och sjukskrivna personer som sällan eller svårligen nås genom andra arenor, exempelvis skolan, arbetsplatsen eller fritiden. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård utgör numera målområde 6 inom den nationella folkhälsopolitiken och finns beskriven i en rapport från 2004 [12]. Undersökningar visar att sju av tio personer gör minst ett läkarbesök på vårdcentral, på sjukhusmottagning eller hos privatspecialist under en tolv månadersperiod [13]. En stor majoritet av befolkningen har således en årlig kontakt med hälso- och sjukvården. Läkare och sjukvårdspersonal anges ofta som trovärdiga källor till hälsoinformation och patienter förväntar sig hälsovägledning vid besök. Hälso- och sjukvården är med andra ord en mycket viktig arena för att främja fysisk aktivitet i befolkningen. Det är därför en stor utmaning för hälso- och sjukvården att stödja de patienter som är otillräckligt fysiskt aktiva. FaR® är ett konkret och lovande verktyg i detta arbete.

Fysisk aktivitet på recept (FaR®)

FaR® är en arbetsmetod för att främja fysisk aktivitet, vars användning ökat i Sverige de senaste åren, bland annat tack vare de insatser som genomfördes i samband med den nationella kampanjen ”Sätt Sverige i Rörelse” år 2001. Utvecklingen har medfört att arbetsmodeller, beskrivningar och erfarenheter av ”vad som fungerar” efterfrågas. I Socialstyrelsens kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inom hälso- och sjukvården, framkommer att ungefär hälften av landets vårdcentraler har rutiner eller program för att personalen ska ta upp frågan om fysisk aktivitet med patienterna. Den vanligaste rutinen hos den grupp som har rutiner och program är muntliga råd (96 procent) följt av fysisk aktivitet via recept (69 procent) och remiss (50 procent). Vid två tredjedelar (69 procent) av enheterna finns speciellt utsedd personal som har ansvar för att rutinen eller programmet efterlevs, utvärderas och uppdateras. Vid lite drygt hälften av enheterna är rutinen dessutom skriftligt dokumenterad. I många delar av landet pågår också en implementering av FaR® i slutenvården. Det har även skett en snabb utveckling i kunskapsbasen och av färdigheter hos yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården som arbetar med fysisk aktivitet, motion och träning. FaR® ger dessa aktörer möjlighet att förebygga ohälsa och främja folkhälsa i samarbete med yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården.

Förskrivningen av FaR® inom hälso- och sjukvården representerar ett förändrat förhållningssätt där både personal och organisation på ett tydligare sätt integrerar förebyggande insatser i det dagliga arbetet. En annan grundläggande del i FaR-arbetet är den samverkan som sker mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer i samhället, till exempel frivilligorganisationer, som har långvarig erfarenhet av att arbeta med fysisk aktivitet, motion och träning. Arbetet med FaR® har även ökat behovet av samverkan inom hälso- och sjukvården.

En positiv spin-off-effekt av ett utvecklat FaR-koncept är det utökade utbudet av låg-intensiva pass och aktiviteter, bättre utbildade ledare, mer marknadsföring av dessa aktiviteter som även kommer den allmänna befolkningen till del. Det borde betyda att antalet som ökar sin aktivitetsnivå tack vare FaR® inte bara står att finna i antalet patienter som ordinerar fysisk aktivitet eller de som sedermera kommer att följa densamma.

Potentialen att positivt påverka folkhälsan kan konkretiseras genom att beräkna antalet utskrivna FaR-recept om alla vårdcentraler i Sverige deltog i FaR®:

Om landets cirka 900 vårdcentraler skrev ut i genomsnitt en ordination på fysisk aktivitet varje arbetsdag (cirka 260 arbetsdagar) skulle det innebära 234 000 recept på ett år. Med 50 procent upprätthållande, skulle det medföra att 117 000 individer har blivit regelbundet fysiskt aktiva bara efter ett års förskrivning.

Att främja fysisk aktivitet – en del av frivilligorganisationernas arbete

Under de senaste åren har frivilligorganisationernas betydelse för folkhälsan lyfts fram och de har blivit en aktiv part i arbetet, inte minst genom att fungera som aktivitetsarrangör i FaR-arbetet. Idrottsrörelsen, exempelvis, har i dag cirka 20 000 föreningar och 3 miljoner medlemmar och är en för hälso- och sjukvården viktig samarbetspart i FaR-arbetet. En annan viktig aktör är FRISAM (friluftorganisationer i samverkan) som är de ideella friluftorganisationernas samarbetsorgan. FRISAM har 19 organisationer varav 9–10 är mer aktiva i frågan kring FaR®. Dessutom finns en rad andra aktörer inom frivilligsektorn, kommunal och privat verksamhet som arbetar professionellt med dessa frågor.

De värderingar och viljeinriktningar som dessa aktörer ger uttryck för i sina styrdokument och verksamhetsplaner ligger i linje med de nationella folkhälsomålen, bland annat för ökad fysisk aktivitet i befolkningen. Det är därför angeläget att FaR-verksamheten planeras och genomförs i nära samverkan med exempelvis frivilligorganisationerna. Ett viktigt dokument som beskriver idrottens roll och viljeinriktning för arbetet med FaR® publicerades 2006 [14]. Rapporten visar att det finns en positiv inställning till att arbeta med FaR®, som även anses bidra stort till utvecklingen av föreningarnas och distriktsförbundens verksamheter, framför allt med avseende på breddidrotten.

Det efterfrågas dock en bättre kvalitetssäkring av FaR-verksamheterna på olika nivåer inom idrottsrörelsen, vilket i sin tur ställer större krav på förbättrade utbildningsinsatser samt förbättrad intern informationsspridning och kommunikation i frågor som berör FaR-arbetet.

FaR® på olika nivåer

Att förskriva FaR® är endast en av många åtgärder som kan vidtas i hälso- och sjukvården för att främja fysisk aktivitet. Andra exempel är remiss till andra aktörer inom hälso- och sjukvården och vanliga muntliga råd till patienter, vilket redan sker i stor utsträckning i hälso- och sjukvården i dag. Figur 1 är en tankemodell och placerar FaR® i ett sammanhang för att klargöra roller och åtaganden för olika aktörer eller arenor.

Nivå	Hälsotillstånd	Ordinationsform	Aktivitetsform	Arena/aktivitetsarrangör
1	Sjuk individ – hög risk.	Remiss (ej FaR®).	Sjukgymnastik.	Hälso- och sjukvården.
2	Sjuk individ – förhöjd risk.	FaR®. Skriftligt med hänvisning.	Speciellt anpassade FaR-aktiviteter. Oftast lågintensiv träning.	Frivilligorganisationer etcetera.
3	Fysiskt inaktiv person eller person som behöver öka fysisk aktivitet. Kapabel till normal träning. Preferens för gruppaktiviteter.	FaR®. Skriftligt med eller utan hänvisning.	Ordinarie aktivitetsutbud.	Frivilligorganisationer.
4	Fysiskt inaktiv person eller person som behöver öka fysisk aktivitet. Kapabel till normal träning. Preferens för egenaktiviteter.	Skriftligt (FaR®) eller muntligt (ej FaR®). Utan hänvisning.	Egenaktiviteter. Vardagsmotion, till exempel promenad, cykling, friluftsliv, trädgårdsarbete	Närområdet, bostadsområdet, hemmet

Figur 1. Tankemodell som beskriver olika nivåer av främjande av fysisk aktivitet, inklusive FaR®, inom hälso- och sjukvården och frivilligorganisationerna.

Nivå 1 är relevant för patienter med redan utvecklad sjukdom/skada, mycket förhöjd risk för sjukdom eller som på annat sätt bedöms som olämpliga att delta i FaR-aktiviteter utanför hälso- och sjukvårdens regi. Dessa patienter ingår inte i FaR®, utan remitteras inom hälso- och sjukvården till exempelvis sjukgymnastik, även om ett recept på fysisk aktivitet kan skrivas ut för att ”formalisera” rådgivningen. Även muntliga råd om vardaglig fysisk aktivitet, till exempel promenader, kan med fördel ingå.

Nivå 2 innebär att patienter skriftligen erbjuds FaR® och hänvisas till deltagande i speciellt anpassade FaR-program eller aktiviteter, företrädesvis gruppaktiviteter som är lågintensiva. Aktivitetsarrangör är framför allt frivilligorganisationerna, privata aktörer eller

enskilda FaR-ledare, men kan även vara aktörer inom hälso- och sjukvården, exempelvis företagshälsovården.

Nivå 3 och 4 är lämpliga om patienten anses kapabel att delta i det ordinarie utbudet av aktiviteter i föreningslivet eller bedöms klara av att upprätthålla egenaktivitet. Val av nivå bör framför allt styras av patientens egen preferens. Muntliga eller skriftliga råd på egenaktivitet (nivå 4) är lämpligt om:

- Patienten bedöms vara mottaglig för, motiverad och kapabel att genomföra rekommendationen på egen hand eller med hjälp av socialt stöd.
- Patienten förfogar över tillräckliga strategier för att på ett säkert och effektivt sätt öka sin fysiska aktivitet på egen hand.
- Patientens hälsotillstånd och behov (sociala, emotionella, medicinska) inte kräver ett skraddarsytt program med handledning.

På motsvarande sätt som patientens hälsotillstånd varierar mellan de olika nivåerna, varierar även valet av väl anpassade aktiviteter, förskrivarens och den mottagande organisationens kompetens inom FaR-arbetet. För att ta hand om patienter på nivå 1 och 2 är kunskapskraven högre än om patienterna finns på nivå 3 respektive 4.

För att patienter överhuvudtaget ska känna motivation till förändring och vara intresserad av FaR® eller muntliga råd, är förskrivarens roll mycket viktig. Patienter med behov av förändring, men med låg motivation, bör remitteras till en ”hälsovägledare” eller motsvarande personal med kunskap om motiverande samtal och principer för beteendeförändring. Hälsovägledare är inte en yrkesgrupp inom hälso- och sjukvården i dag. På nivå 2 och 3 har förskrivarenheten ett aktivt samarbete med olika aktivitetsarrangörer, vilket innebär ett gemensamt ansvar för att utveckla FaR-arbetet när det gäller samverkan, utbud, kvalitet, rollfördelning och arbetsformer. Arbetsformen inkluderar ofta någon sluss- eller samordningsfunktion som kan finnas antingen inom hälso- och sjukvården eller hos aktivitetsarrangören eller hos båda, där patienten eller dess ordination passerar. Här är det viktigt att man på lokal nivå är väldigt tydliga med vem som ansvarar för de olika stegen i FaR-modellen. Detta bör förtydligas för inblandade aktörer i någon form av ”flödesschema”.

Oavsett huruvida råden är muntliga eller skriftliga, med eller utan hänvisning, rekommenderar grupp- eller egenaktiviteter, bör det slutgiltiga målet vara att förbättra möjligheterna till att patienten på lång sikt ska klara av att upprätthålla regelbunden fysisk aktivitet på egen hand.

Kompetens, ansvar, uppföljning och sekretess

Vilka yrkesgrupper får ordinera fysisk aktivitet?

Ordination av fysisk aktivitet är inte en regelstyrd arbetsuppgift och kan därför utföras av i princip vem som helst av den legitimerade personalen, förutsatt att vederbörande har den kunskap som behövs för att utföra uppgiften på ett korrekt sätt. Det är varje verksamhetschefs ansvar att, inom ramen för personella och övriga resurser som vårdgivaren ställer till förfogande, leda arbetet och fördela arbetsuppgifterna allt efter art och svårighetsgrad och med hänsyn till behovet av kompetens och yrkeserfarenhet. Verksamhetschefen ansvarar för att den personal som skall utföra olika arbetsuppgifter har erforderlig kompetens för detta.

Ansvar

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [15], skall *vårdgivaren* säkerställa att ledningssystemet innehåller rutiner som anger personalens ansvar och befogenheter. *Verksamhetschefen* ansvarar för att utse och förteckna vem eller vilka av den behöriga hälso- och sjukvårdspersonalen som skall fullgöra uppgiften att självständigt ordinera fysisk aktivitet. Den som tillhör *hälso- och sjukvårdspersonalen* och ordinerar fysisk aktivitet bär själv ansvaret för åtgärden i enlighet med 2 kap. 5 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område [16]. Ordination på fysisk aktivitet skall dokumenteras i patientjournalen, i enlighet med 3 § patientjournallagen (1985:562 [17]). Även muntliga råd om fysisk aktivitet skall antecknas i patientens journal.

För aktivitet inom landstingsvård gäller patientförsäkringen. Om en patient som ordinerats fysisk aktivitet på recept däremot skadar sig vid aktivitet utanför landstingets inrättningar, gäller försäkringen enbart om skadorna direkt kan relateras till ordinationen i fråga. För de fall patienten exempelvis snubblar på en trädrot i motionsspåret och stukar foten gäller inte försäkringen. Skulle patienten däremot drabbas av en hjärtinfarkt under utövande av aktiviteten, skall detta anmälas till patientförsäkringen för vidare utredning. För närmare information se www.psr.se. Om patienten skadar sig på exempelvis ett gym efter ordination av fysisk aktivitet på recept, kan ägaren av gymmet bli ansvarig på civilrättslig grund, om det är fråga om bristande säkerhetsrutiner på gymmet. I övrigt kan ägaren av gymmet inte hållas ansvarig för skador som patienten ådrar sig.

Uppföljning

Inom hälso- och sjukvården skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras, i enlighet med 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) [18]. I 2 a § första stycket hälso- och sjukvårdslagen finns grundläggande bestämmelser om patientsäkerhet och kvalitet av vården. Uppföljning av ordination av fysisk aktivitet skiljer sig inte från uppföljning av annan behandling inom hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och pati-

entsäkerhet i hälso- och sjukvården [15] skall ledningssystemet säkerställa att det finns rutiner för hur nya behandlingsmetoder skall tas fram, provas ut och introduceras så att patientsäkerheten säkerställs. Vidare skall det finnas rutiner för hur fastställda metoder skall tillämpas, kontinuerligt följas upp samt vid behov revideras och rutiner för vilka åtgärder som skall vidtas när tillämpningen av metoderna behöver förändras.

Sekretess

Enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100) [19] gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personella förhållanden, om inte det står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilda, eller någon närstående till den enskilda, lider men. Enligt 14 kap. 4 § första stycket i nämnda lag gäller sekretess till skydd för enskild inte i förhållande till den enskilda själv och kan i övrigt helt eller delvis efterges av denne. Detta gäller dock inte om annat följer av bestämmelse i denna lag.

För enskild hälso- och sjukvård finns motsvarande bestämmelse om tystnadsplikt i 2 kap. 8 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område [16]. Om fysisk aktivitet på recept exempelvis skickas till en organisation utanför sjukvården för kännedom, skall patienten med andra ord först ha samtyckt till detta. Sekretesslagen är inte tillämplig utanför det allmännas verksamhet. Då exempelvis ett privat företag tar emot fysisk aktivitet på recept, bör företaget upprätta kontrakt gällande tystnadsplikt.

Evidensbaserade strategier för beteendeförändring och för att främja fysisk aktivitet

Ett recept på fysisk aktivitet leder inte automatiskt till förändrat beteende och ökad fysisk aktivitet på lång sikt hos en patient. Det är många faktorer som påverkar resultatet, bland annat motverkar vår nuvarande samhällsstruktur en fysiskt aktiv livsstil och uppmuntrar en stillasittande livsstil. Principer för beteendeförändring är en viktig aspekt för framgångsrikt förändringsarbete, men hittills har få program systematiskt använt sig av evidensbaserade principer för detta [20], något som starkt uppmuntras för ökad effektivitet i FaR-program. Detta kan exempelvis innebära att hälsovägledningen fokuserar på att höja patientens motivation, målsättning, bearbeta upplevda hinder, stärka självförtroende och socialt stöd, uppmuntra vardagsaktiviteter och att mäta egen aktivitet, till exempel genom stegräknare eller dagbok [21]. Programupplägget bör även bygga på en beprövad modell för beteendeförändring samt stöd för att upprätthålla förändring, exempelvis genom uppföljande telefonsamtal efter en månad för att se hur patienten lyckats.

Ett vanligt hinder för alla livsstilsrådgivningar inom hälso- och sjukvården är tidsbrist. Det finns i dag ett stort antal samtalstekniker som kan användas vid ett kort råd på någon minut eller för en serie längre samtal. För fördjupad kunskap inom området hänvisas till annan litteratur [22]. En, i den internationella litteraturen, alltmer flitigt förekommande ”struktur” för livsstilsrådgivning är en modell som kallas 5A. Den har sitt ursprung från 4A (ask, advise, assist, arrange) som initialt utvecklades som ett verktyg för samtal om rökavvänjning. 5A (assess, advise, agree, assist, arrange) är utvecklad för att på ett snabbt och enkelt sätt strukturera ett livsstilssamtal och kan dessutom användas i arbetet med andra livsstilsområden.

1. *Assess* – mäta/bedöma: Fråga om fysisk aktivitetsnivå samt bedöma patientens förändringsbenägenhet.
2. *Advise* – hälsovägleda: Ge information och individanpassade råd utifrån patientens behov och motivation till förändring. Hänsyn bör tas till ålder, kön, etnicitet, BMI, sjukdomshistoria, aktivitetserfarenhet, tidigare försök att förändra livsstil etc. Rådet kan vara såväl muntligt som skriftligt.
3. *Agree* – överenskomma: Kommunicera i en anda av partnerskap genom att använda patientcentrerade tekniker och finna aktiviteter som patienten är intresserad av och har möjlighet att genomföra – sätta upp realistiska mål.
4. *Assist* – stödja: Använda olika tekniker för att öka patientens motivation och självförtroende samt att hantera omgivande miljö.
5. *Arrange* – möjliggöra: Planera uppföljning och eventuella återbesök samt slussa patienten vidare till aktivitetsarrangör om detta är aktuellt.

Dessa fem steg behöver inte nödvändigtvis genomföras vid samma besök, eller ens av samma person. Mätningen och bedömningen av patientens aktivitetsnivå kan patienten eller lämplig personalgrupp genomföra med olika testinstrument [23, 24].

I lämpliga fall kan läkaren kort bedöma patientens aktivitetsnivå och förändringsvilja och ge muntliga råd med hänvisning till annan personal som har mer kunskap i motivationsarbete och som fullföljer de återstående stegen i 5A. De avslutande stegen, stödja och möjliggöra, kan ske såväl inom hälso- och sjukvården som hos dess samarbetspartners inom FaR-arbetet. En sådan helhetslösning (*whole-system approach*) medger att hälso- och sjukvårdspersonalen, sjukvårdssystemet och dess samarbetspartner kan göra det de är bäst på, snarare än att konkurrera om varandras arbetsuppgifter [23].

Att ordinera fysisk aktivitet i hälso- och sjukvården är ännu så länge ett relativt nytt område i praktiken och som forskningsområde. Det har under de senaste åren kommit alltmer forskning som ger stöd åt att skriftliga ordinationer är ett bra och effektivt sätt att främja fysisk aktivitet.

I den senaste brittiska kunskapssammanställningen (mars 2006), som berör metoder att främja fysisk aktivitet i primärvården, har National Institute for Health and Clinical Excellence i Storbritannien tagit fram rekommendationer för bland annat korta rådgivande samtal (*brief interventions*) [25]. Deras slutsats är att det finns evidens för att primärvårdens personal vid tillfälle bör identifiera fysiskt inaktiva vuxna och ge dem rådet att försöka vara fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag. De bör bedöma när detta inte är lämpligt (baserat på medicinska förutsättningar eller personliga omständigheter). En annan slutsats i rapporten är att personalen bör använda validerade instrument för att identifiera inaktiva individer. Vid rådgivning om fysisk aktivitet bör vårdgivaren även ta hänsyn till individens behov, förutsättningar och yttre villkor. Det är vidare viktigt att komma överens om ett mål och förse personen med skriftlig information om varför fysisk aktivitet är viktigt samt vilka lokala förutsättningar som finns för att vara fysiskt aktiv. De bör planera för uppföljning i lämpliga intervaller över en period på 3 till 6 månader. Det anses särskilt viktigt att arbeta för att nå utsatta grupper, inklusive grupper med funktionshinder, personer som bor i utsatta områden och etniska minoriteter med flera, och betonar att det är extra viktigt att skapa en struktur för stöd och service till just dessa grupper.

Den mesta forskningen om metoder för att främja fysisk aktivitet är ännu så länge från engelskspråkiga länder. Trots att antalet publicerade studier inom området har ökat markant de senaste åren, råder det inte konsensus kring vad som är effektivt och hur man organiserar arbetet med att främja fysisk aktivitet inom sjukvården på bästa sätt (se vidare under "Utvecklingsbehov"). Eftersom FaR® är en relativt ny metod i Sverige finns det ännu endast ett fåtal svenska studier och uppföljningar av hur FaR® eller liknande metoder fungerar under svenska förhållanden. I den nyligen utgivna SBU rapporten "Metoder för att främja fysisk aktivitet – en systematisk litteraturoversikt" drar SBU [26] slutsatsen att rådgivning från vårdpersonal till patienter har betydelse. Det finns starka vetenskapliga belägg för att aktiviteten hos patienter som har fått sådana råd är klart ökad minst ett halvår efter samtalet. Rapportens slutsatser beträffande rådgivning är att det finns starkt vetenskapligt underlag för att rådgivning till patienter i klinisk

vardagsmiljö leder till att de ökar sin fysiska aktivitet med 12–50 procent under minst sex månader efter rådgivningstillfället. Dessutom finns det vetenskapligt underlag, om än begränsat, för att en ökad frekvens och intensitet av rådgivning, genom upprepad kontakt under flera månader medför ytterligare ökad fysisk aktivitetsnivå. Även att rådgivning kompletterad med till exempel recept på fysisk aktivitet, dagbok, stegräknare eller informationsbroschyr leder till ytterligare 15–50 procents ökning av den fysiska aktiviteten.

Rapporten *Fysisk aktivitet på recept – fungerar det? En utvärdering av Östgöta-modellen* [27] är en av få uppföljningar som presenterats om svenska förhållanden. Under 2004 ordinerades 3 344 patienter fysisk aktivitet. Efter ett år uppgav 49 procent att de följde FaR-ordinationen och ytterligare 21 procent uppgav sig vara aktiva i annan aktivitet än den som ordinerats, det vill säga en följsamhet på 70 procent. De vanligaste aktiviteterna var promenader följt av vattengympa och styrketräning. Den övervägande majoriteten var kvinnor (66 procent) och den genomsnittliga åldern 55 år (12–92 år). Läkare var den yrkesgrupp som stod för flest ordinationer. Den vanligaste ordinationsorsaken var problem i rörelseorganen, BMI >25 och högt blodtryck.

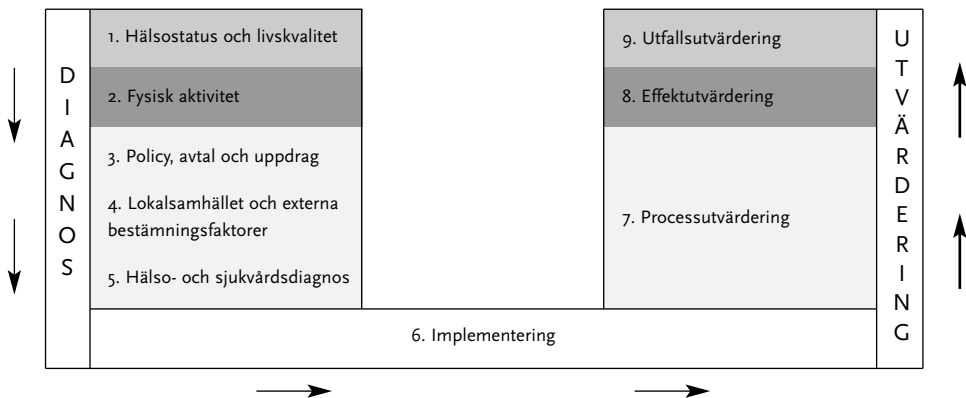
Flera resultat pekar mot att modellen är effektiv i att öka stillasittande individers aktivitetsnivå. Förutom 70 procent upprätthållande efter ett år, framkom att den självrapporterade fysiska aktivitetsnivån har ökat i gruppen samt att patienterna uppgav att såväl deras symtom som allmänna hälsotillstånd blivit bättre tack vare FaR®.

Det finns tydliga såväl styrkor som svagheter med den här typen av uppföljningar. Svagheten är att det saknas kontrollgrupp och att alla svar är patienternas egna utsagor och inte uppmätta värden genom exempelvis aktivitetsdagböcker, stegräknare eller rörelsemätare. Styrkan ligger i att den är rutinemässigt genomförd, modellen går utan större svårigheter att överföra till andra verksamheter. Resultaten baseras på data från relativt många individer. Den möjliggör ett lärande och jämförande mellan enheter i Östergötland, vilket var ett av arbetets huvudsyften, men den ger också förutsättningar till jämförelser och lärande mellan olika regioner och landsting.

Implementeringsmodell för FaR®

Arbetet med att främja fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården bör ta sin utgångspunkt i ett brett samarbete med andra aktörer och vara förankrad inom verksamheten, gärna i ett policybeslut. Den så kallade PRECEDE-PROCEED modellen utvecklad av Green och Kreuter [28], är en vedertagen och användbar modell för att utveckla, genomföra och utvärdera hälsofrämjande program och insatser enligt ett sådant synsätt. Taylor [29] har utvecklat modellen för att beskriva hur arbetet med att främja fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården kan systematiseras.

I figur 2 presenteras en modifierad version av denna modell anpassad till svenska förhållanden, som behandlar hur hela hälso- och sjukvården kan arbeta med att främja fysisk aktivitet. Modellen är indelad i nio faser som inkluderar kartläggning av behov, diagnos, policy, samverkan samt genomförande och utvärdering av ett FaR-program. I de olika faserna beskrivs även erfarenheter från intervjuer med ett 20-tal personer med erfarenhet av FaR-arbete från olika delar av landet.



Figur 2. Ramverk för diagnos, implementering och utvärdering av FaR-program.

Fas 1: Hälsostatus och livskvalitet

Fas 1 handlar om att kartlägga och förstå hälsobehoven i lokalsamhället, invånarnas hälsostatus och patienternas sjukdomstillstånd, till exempel förekomst av kroniska sjukdomar, livskvalitet, åldersstruktur och socioekonomiska skillnader. Att undersöka hälsostatus och livskvalitet är viktigt eftersom FaR-program i slutänden bör leda till en förbättrad hälsa på individnivå och förbättra markörer för hälsa på lokalsamhällesnivå. Fas 1 i planeringen kan exempelvis klarlägga:

- Vilka etablerade mål och visioner är viktiga att uppnå vad gäller hälsa/ohälsa?
- Vilka grupper i lokalsamhället är särskilt utsatta vad gäller ohälsa?
- Vilka diagnoser och sjukdomstillstånd är vanligast hos patienterna?
- På vilket sätt kan fysisk aktivitet bidra till att uppnå de uppsatta hälsomålen?

- Behövs nya mål för att tillgodose de behov som finns?
- Vad är FaR-programmets mål för lokalsamhället och patienternas hälsa?

Epidemiologiska data för kartläggning och jämförelser mellan grupper finns oftast tillgängliga genom nationella, regionala eller lokala befolkningsundersökningar. Ett samarbete med landstingets/regionens folkhälsoenhet eller motsvarande föreslås för att dra nytta av den kompetens som finns. Vilken evidens finns exempelvis för att fysisk aktivitet kan vara en ersättning eller komplement till läkemedel för dessa grupper? Kunskapsbanken FYSS [1] ger stöd och vägledning både vid val av målgrupper för FaR-arbetet och vid mötet med den enskilda patienten.

Fas 2: Fysisk aktivitet

Fas 2 tar upp behovet av att kartlägga patienternas fysiska aktivitetsmönster, sätta upp mål för att öka deras fysiska aktivitet samt fastställa vilka former av fysisk aktivitet som det finns behov av. Detta steg i planeringen kan även ta upp eventuell interaktion till andra livsstilsvanor (exempelvis rökning, kost, alkohol). Nyckelfrågorna i fas 2 kan vara:

- Vad är känt om patienternas och lokalsamhällets fysiska aktivitetsmönster?
- Vilka grupper är otillräckligt fysiskt aktiva? Vilka är allra mest stillasittande?
- Vilket behov finns för att arbeta med andra livsstilsvanor?
- Vad är FaR-programmets mål beträffande att minska stillasittande och öka fysisk aktivitet?

Att mäta aktivitetsmönster är en väsentlig utgångspunkt för allt arbete med att främja fysisk aktivitet inkluderat FaR-arbete med utgångspunkt ifrån hälso- och sjukvården. Här finns ett stort behov av att i samverkan med andra utveckla gemensamma metoder och verktyg för mätning och uppföljning, såväl inom som mellan olika landsting/regioner.

Även här kan ett samarbete med landstingets/regionens folkhälsoenhet eller motsvarande vara av värde för att få hjälp med att mäta total fysisk aktivitet och kartlägga skillnader mellan olika grupper. Lokalsamhällets eller patienternas totala nivå av fysisk aktivitet bör kunna jämföras med existerande data på regional och/eller nationell nivå, exempelvis Statens folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät ”Hälsa på lika villkor” [4].

Fas 3: Policy, avtal och uppdrag

- Vilket stöd finns i existerande styrdokument och uppdrag?
- Finns samverkansavtal/uppdrag med aktörer utanför den egna organisationen?
- Finns det ett behov av att utveckla nya eller att uppdatera befintliga dokument?
- Finns det nyckelgrupper som har en viktig roll för genomförandet? Vilka är för och vilka är emot?
- Hur förankras FaR-arbetet på vårdgivande nivåer?

Ett antal nyckelpersoner som arbetar med FaR® i olika landsting/regioner har haft viktiga synpunkter vad gäller policy och uppdrag. Erfarenheter av arbetet är att förankrings-

processen är viktig vid införandet av en ny metod eller arbetsform, och att "eldsjälens" arbete utifrån eget intresse ofta inte är tillräckligt för att få till stånd en förändring på lång sikt. En tydlig förankring även i beslutsfären anges av många aktörer som en given grundförutsättning och viktig framgångsfaktor – därmed ser man till att hela kedjan av intressenter är med i förankrings- och beslutsprocessen. Det anses viktigt att FaR-arbetet ses som en del av den ordinarie verksamhetsutvecklingen och inte som något projekt vid sidan om. Det är också ett sätt att skapa en delaktighet med de personer som sedan ska genomföra FaR-arbetet. I vissa regioner och landsting har samverkan skett i arbetsgrupper med bred representation, vilket kan innebära medverkan från till exempel folkhälsokommittén, chefsnämndemän, primärvårdsledning, klinikchefer, läkemedelsenheten, läkemedelskommittén, beställarkansliet, föreningslivet, apotek och försäkringskassan. Dessutom finns det i vissa landsting och regioner politiska beslut som fastställt riktlinjer för att införa FaR®. Även om detta tillvägagångssätt uppfattas ge en något långsammare uppstartsfas, upplevs det av vissa som den enda realistiska vägen till att långsiktigt få FaR® att fungera i praktiken. Inom vissa landsting och regioner finns det dessutom en lång tradition av samverkansavtal med andra aktörer, exempelvis idrottsrörelsen och försäkringskassa. I Region Halland har Läkemedelskommittén i sina Terapirekommendationer ägnat ett särskilt kapitel åt "Livsstilsråd vid flera sjukdomar". För några vanliga diagnoser trycker man på att behandling med kost och motion alltid ska ingå och vara förstahandsalternativet där det är medicinskt möjligt. Några av de övriga diagnosgrupperna behandlar även vikten av fysisk aktivitet som behandlingsform.

Fas 4: Lokalsamhällets struktur och bestämningsfaktorer

Fas 4 handlar om hälso- och sjukvården som aktör i närområdet samt påverkan från övriga bestämningsfaktorer för fysisk aktivitet och hälsa, exempelvis klimat, tillgänglighet till aktiviteter, tillgång till cykelbanor, motionsspår, parker, lokalt idrottsutbud och annat föreningsliv. Även om det inte är hälso- och sjukvårdens primära uppgift att kartlägga fysiska och sociala förutsättningar, hinder och kvaliteter i lokalsamhället, finns ett antal viktiga aspekter att beakta när ett FaR-program startar. Viktiga frågor i denna fas inkluderar:

- Vilka förutsättningar och hinder finns i närområdet till fysisk aktivitet?
- Vilka bestämningsfaktorer i närmiljön bör ingå i diagnos och utvärdering?
- Hur ser utbudet ut vad gäller aktiviteter och aktörer i närmiljön?
- Hur främjas en god samverkan mellan hälso- och sjukvården och tänkbara aktivitetsarrangörer?
- Vilken övrig påverkan kan FaR-programmet ha i närområdet?

Fas 5: Hälso- och sjukvårdsdiagnos på tre olika nivåer

Fas 5 kartlägger faktorer som påverkar patientens möte med hälso- och sjukvården och är indelat i tre övergripande områden: Hälso- och sjukvården, personalfrågor och patientfrågor som på något sätt påverkar det hälsofrämjande arbetet med FaR®.

Tabell 1. Påverkan från hälso- och sjukvården, personal och patient vid ordination av fysisk aktivitet

Nivå	Definition	Exempel
Patient	Faktorer som patienten tar med sig in i mötet med vårdgivaren.	Kunskap, besöksorsak, förväntningar, motivation, hinder, förutsättningar, erfarenheter, aktivitetshistoria
Personal	Faktorer som den legitimerade personalen tar med sig till mötet med patienten.	Kunskap, intresse, motivation, färdigheter, förväntningar på sig själv att kunna påverka patienter, personalens egen aktivitetsnivå, förebild (cykelhjälm eller gångstavar på mottagningsrummet?), empati.
Hälso- och sjukvården	Externa faktorer som påverkar FaR-arbetet.	Receptblankett, informationsmaterial, personalutbildning och tillräcklig kompetens på organisationsnivå, cykelställ utanför enheten, attraktiva trapphus, övrig personal, träningsmöjligheter på eller i anslutning till arbetstid för personalen.

Patient

Denna nivå representerar de faktorer som patienten tar med sig in i mötet med den legitimerade personalen, till exempel upplevda hinder och motivation till förändring, personliga förutsättningar och aktivitetshistoria. Det är en utmaning att skraddarsy hälsovägledningen till att passa varje patients unika förutsättningar. För mer detaljerad information om patientfrågor vid främjande av fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården hänvisas till Taylor [29] och Faskunger [30].

Personal

Personalnivån representerar alla de faktorer som den förskrivande personalen tar med sig in i mötet med patienten, till exempel intresse, motivation och färdigheter för att främja fysisk aktivitet. För mer detaljerad information rörande personalfrågor hänvisas till Taylor [29]. Ett ökande intresse och status för att främja fysisk aktivitet kan skönjas, även om många hinder har identifierats. Personalens egna motionsvanor verkar starkt påverka deras benägenhet att hälsovägleda patienter om fysisk aktivitet. Personal som själva är fysiskt aktiv är upp till fyra gånger mer benägen att främja fysisk aktivitet hos patienter [31–33].

Hälso- och sjukvården

Denna nivå sammanfattar alla externa faktorer på enheten som påverkar ordinationen av fysisk aktivitet och mötet mellan personal och patient, till exempel informationsmaterial till patienterna, receptblankett, kunskapsstöd för personalen (exempelvis FYSS) och tillgång till cykelställ. Även själva receptet på fysisk aktivitet och eventuell remittering till andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården ingår här.

Fas 6: Implementering

Fas 6 betonar vikten av att arbeta systematiskt. Ett systematiskt tillvägagångssätt är mer effektivt i att dels främja fysisk aktivitet, dels till att skapa bättre förutsättningar för ett

långsiktigt arbete på programnivå [20]. Erfarenheter från det svenska FaR-arbetet är att just implementeringsprocessen är den svåraste fasen och den som tar längst tid [34]. Ett antal framgångsfaktorer för implementering har beskrivits i rapporten från den nationella pilotstudien för FaR® där nationella och internationella erfarenheter sammanfattas i ett antal punktsatser:

- Förankra arbetsformen väl på enheten innan arbetet påbörjas.
- Gemensamma utbildningar är bra både för att höja kunskapen om betydelsen av fysisk aktivitet och för att ge arbetet en bra start.
- Anpassa FaR® efter lokala förutsättningar, hitta samverkan i närområdet – bilda lokala nätverk.
- Utse en samordnare som ansvarar för både internt och externt arbete.
- Skapa en tydlig och lätt kommunicerbar struktur – gärna i form av ett flödesschema eller en organisationsbild.
- Se till att kontaktpersoner finns och att även telefonnummer, adresser, arbetsmaterial, broschyrer, prislister med mera som är aktuella, finns framtaget när ni startar.
- Förskriv fysisk aktivitet utifrån de råd som finns i FYSS.
- Sätt FaR® i sitt sammanhang, det vill säga försök att få in det i den ordinarie verksamheten.
- Stimulera personalen att själv vara fysiskt aktiv.
- Börja i liten skala och utveckla sedan verksamheten.
- Ha tålamod – förändringsarbete tar tid!

Att personalen i hela vårdkedjan och aktörerna i frivilligorganisationerna har kompetens för sitt uppdrag anses vara en grundläggande framgångsfaktor hos de tillfrågade personerna i landstingen/regionerna. Det är därför viktigt att ledningsfunktionerna inom respektive verksamhet är tydliga med vilka medarbetare som anses ha rätt kompetens att medverka i FaR-arbetet. Ledningsfunktionerna har också ansvar för att kontinuerliga vidareutbildningar genomförs, om så behövs, samt att ny personal som kommer in i organisationen får/har den kunskap som krävs för FaR-arbetet på just den specifika arbetsplatsen. Erfarenheter från såväl hälso- och sjukvården som aktivitetsarrangörer gör gällande att gemensamma nätverksträffar och utbildningar har underlättat samordningen, tydliggörandet av roller och skapandet av ”en samsyn” kring FaR-arbetet. Dessa roller bör formaliseras i ett gemensamt dokument. Ett utvecklat nätverksarbete och nära samarbete är viktigt för att överbygga eventuella klyftor såväl inom som mellan olika aktörer, exempelvis inom hälso- och sjukvården, friskvården, politiker och beställare av vård. Samarbete är också viktigt när det gäller att kvalitetssäkra olika program.

Det är viktigt att varje FaR-program etablerar sina egna arbetsformer och modeller samt urvalskriterier för deltagarna. Detta innefattar en god intern struktur för FaR-arbetet (vem, vad, hur?) samt en god samverkan med aktivitetsarrangörerna (med vem, vilka aktiviteter, på vilket sätt?). Urvalskriterierna bör vara skraddarsyddade för att passa deltagarnas behov och förutsättningar. Stödjande faktorer är lokalsamhällets utbud av anläggningar och andra yttre förutsättningar för motion och fysisk aktivitet, samt relevanta

yrkesgruppers kompetens för att arbeta med FaR®. Det är dock viktigt att återigen poängtera att det är i hälso- och sjukvården som förskrivningsprocessen startar och att det är förskrivaren/förskrivarenheten som bestämmer hur arbetets första steg ser ut.

Ett av de stora hindren tycks vara svårigheten att få utvecklingsarbetet inom förskrivarenheter och mottagarenheter att ske samtidigt. I vissa fall står aktivitetsarrangörerna och väntar på recept medan det på andra håll är det omvända – att förskrivarna väntar på att det ska erbjudas aktiviteter. Samordnare verkar ha en utomordentligt viktig roll. Många aktörer menar att en FaR-samordnare eller FaR-utvecklare betyder mycket för att skapa en bra koppling mellan hälso- och sjukvård och friskvård/aktiviteter i föreningslivet. Beslutsvägarna är oftast kortare inom föreningslivet och denna skillnad medför ibland svårigheter att koordinera arbetet och få det att gå i takt tidsmässigt. Det är viktigt att alla inblandade aktörer har respekt för varandras kunskap, förutsättningar och möjligheter i FaR-arbetet. Varje organisation är professionell inom sitt specifika område och har fler uppdrag än att arbeta med FaR®.

Fas 7: Processutvärdering

Utvärderingsinsatser har delats in i tre faser: processutvärdering, effektutvärdering och utfallsutvärdering.

Processutvärderingen fokuserar på uppnådda intermediära mått i faserna 3, 4 och 5, såsom kunskaper, attityder, motivation och förändringsbenägenhet hos patient och personal, förändringar i faktorer som rör förskrivarenheten och aktivitetsarrangörer samt policyfrågor. Processutvärderingen kan även undersöka implementeringsfasen. Syftet med utvärderingen är att bättre förstå de processer och faktorer som underlättar eller försvårar måluppfyllelsen i fas 1 och 2. Relevant att utvärdera kan exempelvis vara:

- Hur har förändringsarbetet på organisationsnivå gått? Finns det en tillräcklig struktur för att lyckas på lång sikt?
- Hur upplever personalen att implementeringen av FaR® har gått? Vilka hinder har uppstått?
- Hur har deltagarnas motivation och självförtroende utvecklats? Hur har uppföljningen med deltagarna gått?
- Har interventionen lett till att personalen har förbättrat sina färdigheter i att hälsovägleda?
- Hur ser förskrivandet av FaR® ut enligt olika legitimerade yrkesgrupper?
- Vilka patientgrupper har fått FaR® (exempelvis enligt kön, ålder, symtom)?

Nyligen har två svenska rapporter publicerats som bland annat fokuserat på processutvärdering av FaR-program [26, 35]. Dessutom finns ett stort antal studentuppsatser som helt eller delvis beskriver processutvärdering av FaR-program (se bilaga 2 för referenser). Den processutvärdering som genomförts i Östergötland visar att implementeringen av FaR® tar flera år. Att mäta processen, att genomföra intervjustudier, har tillsammans med årliga enkäter både syftat till att beskriva processen och varit ett stöd för implementeringen. Att efterfråga, sammanställa och redovisa resultat kan i sig öka intresset

och höja statusen för en fråga. Viktiga frågor blir dessutom hur man arbetar med att införa FaR®, implementera det i verksamheterna och till sist hur man vidmakthåller arbetet över tid, när visst initialt stöd har tagits bort. Utvärderingen av FaR-arbetet i Örebro läns landsting [35] fann att hälso- och sjukvårdens personal hittills hade förskrivit relativt få recept på fysisk aktivitet på grund av tidsbrist, svårigheter att engagera hela personalen i FaR-arbetet, en upplevd krånglighet att hantera dataregistreringen, samt bristande målsättningar med FaR-arbetet på vårdcentralnivå. Trots detta fanns en positiv inställning hos de intervjuade till FaR® som ett led i att arbeta mer sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande inom hälso- och sjukvården. Rapporten presenterade ett antal rekommendationer för att förbättra FaR-arbetet .

Ett konkret exempel på processutvärdering är följande: I ett landsting visade en uppföljning att FaR-aktiviteterna hade en tendens att öka i intensitet efterhand, vilket medförde att många deltagare, framför allt nyligen inslussade deltagare, motionerade på för hög intensitet. Informationen hjälpte de inblandade att korrigera problemet.

Fas 8: Effektutvärdering

Effektutvärderingen undersöker FaR-programmets påverkan på individens eller grupperns fysiska aktivitetsnivå, livskvalitet eller vedertagna fysiologiska utvärderingsmått. Denna fas bör ge svar på om de mål som sattes upp i fas 2 har nåtts eller inte. Uppföljning av ordinationen och återkoppling till förskrivaren är en mycket viktig dimension för att förbättra upprätthållandet och föra hela arbetet med ordination av fysisk aktivitet vidare.

Uppföljning bör utföras i slutet av aktivitetsprogrammet/aktivitetsordinationen för att följa upp hur beteendeförändringen mot en mer fysiskt aktiv livsstil utfallit. De viktigaste frågorna att utvärdera i denna fas är:

- Ledde interventionen till ökad fysisk aktivitet hos deltagarna (exempelvis vid 3, 6 respektive 12 månader)?
- Är denna nivå av fysisk aktivitet tillräcklig för att främja en bättre hälsa, och i så fall för vilka hälsoutfall?

Ett mycket stort antal interventioner inom hälso- och sjukvården har haft ökad fysisk aktivitet som primärt mål. Läsaren hänvisas till Taylor [29] för mer information.

En viktig framtida möjlighet ligger i att alla livsstilsfrågor på ett bättre sätt än i dag är integrerade i de journalsystem som används inom hälso- och sjukvården. Här ger olika system olika bra förutsättningar, men utvecklingen torde gå snabbare åt ett gynnsamt håll om användare av de olika systemen samordnar sig och gemensamt uppvaktar systemleverantörerna. Att på ett enkelt sätt och per automatik följa utvecklingen av FaR-arbetet samt effekten hos de individer som erhållit FaR® är en nyckelfråga för framtiden.

Eventuella nya mål och motivationsstrategier bör diskuteras med varje patient/deltagare. Ett erbjudande om uppföljning och/eller möjlighet till återbesök bör erbjudas var och en. Enligt många aktörer krävs stödjande funktioner på förskrivarenheten och praktiskt stöd till förskrivarna i ledet efter ordinationen för att uppföljning ska bli av. Exempel

på stödjande funktioner har varit att skapa mallar/lathundar och datasystem som underlättar uppföljning. Ett uppskattat lokalt inslag i en region har varit att samordnaren skriver ett utförligt receptsvar, vilket ger snabb och tydlig återkoppling till förskrivaren. I en annan region ger aktivitetsarrangören kontinuerligt återkoppling till förskrivarenheten om huruvida patienterna följer ordinationen eller ej.

Fas 9: Utfallsutvärdering

Fas 9, slutligen, undersöker FaR-programmets påverkan på olika hälsoutfall och uppfyllelsen av mål fastslagna i fas 1. Denna fas hör vanligtvis inte till den enskilda enhetens huvuduppgifter, men kan genomföras i samverkan med folkhälsoenheten i landstinget /regionen eller motsvarande. Ett stort antal forskningsstudier har undersökt hälsoutfall av interventioner i hälso- och sjukvården för att öka fysisk aktivitet. Läsaren hänvisas till Taylor [29] för en introduktion.

Utvecklingsbehov

Det finns ett stort antal utvecklingsbehov när det gäller FaR-arbetet, inte minst på regional nivå.

Bygga nätverk

Att etablera nationella och regionala nätverk är en prioriterad fråga med syftet att erbjuda stöd, information och underlätta kommunikation mellan olika aktörer samt att föra arbetet med FaR® vidare.

Utveckla gemensamma indikatorer

Att ta fram gemensamma huvudindikatorer för FaR® är viktigt för att följa utvecklingen och underlätta jämförelser mellan landsting/regioner och mellan distrikt inom ett län.

En viktig del av utvecklingsarbetet för FaR® är uppföljning och utvärdering av de olika modeller som finns i landet samt vilka effekter förskrivningen har på individerna. Önskvärt är om fler landsting samverkar i detta och utvecklar gemensamma uppföljningsmetoder (exempelvis blanketter) för att skapa jämförbara resultat, samt kunna utveckla och förbättra arbetsformerna. Det är dessutom viktigt att möjligheter skapas för att återföra resultat till de politiker och tjänstemän som ansvarar för/efterfrågar FaR® i beställningar/avtal/uppdrag.

Bidra till kunskapsbasen

Det finns få svenska forskningsprojekt som rör FaR® och det är viktigt att fler beslutsfattare, aktörer och forskare prioriterar att bidra till kunskapsbasen. Viktiga forskningsfrågor är exempelvis:

- Att kartlägga skillnader i påbörjande och upprätthållande av FaR® för olika samhällsgrupper och/eller patientgrupper.
- Att undersöka skillnader i påbörjande och upprätthållande samt kostnadseffektivitet av FaR® beroende på olika varianter av ordination av fysisk aktivitet (exempelvis muntliga råd, skriftliga råd, ordination till egenaktivitet, ordination till aktivitetsprogram, ordination till brett friskvårdsprogram med andra livsstilsfrågor).
- Att undersöka hur FaR® fungerar i sjukhusmiljö ”i verkligheten” jämfört med studier genomförda under idealiska förhållanden.
- Att titta på möjligheter att locka män till FaR-program. I många landsting/regioner är en stor majoritet av deltagarna kvinnor och det finns ett behov av att locka fler män.
- Underlättar subventioner implementeringen, förskrivandet och upprätthållandet av FaR® på verksamhetsnivå?

Publicera mera!

Eftersom FaR® är ett relativt nytt arbetssätt finns ett stort behov av fler svenska uppföljningar och utvärderingar av befintliga FaR-program. Även internationellt finns ett stort intresse för ”den svenska modellen för FaR®”. Beslutsfattare bör därför prioritera utvärderingar och uppföljningar av FaR-verksamhet.

Ordlista

Aktivitetsarrangör

Aktivitetsarrangör är de frivilligorganisationer, privata aktörer eller enskilda FaR-ledare som arrangerar eller genomför den fysiska aktivitet som beskrivs i denna skrift.

Deltagare

Med deltagare menas i detta sammanhang den patient som i mötet med en vårdgivare ordinerar fysisk aktivitet och hänvisas till och deltar i någon fysisk aktivitet i en aktivitetsarrangörs regi. Deltagare är även personer som fått FaR®, men som utför egenaktivitet.

FaR® – fysisk aktivitet på recept

FaR® står för fysisk aktivitet på recept och beskriver hur hälso- och sjukvården i samverkan med andra aktörer kan arbeta med att främja fysisk aktivitet. FaR® har alltid sin utgångspunkt i hälso- och sjukvården och kan innefatta allt ifrån ett skriftligt råd på en allmän vardagsaktivitet som en patient utför på egen hand (egenaktivitet) utan stöd, till deltagande i en gruppaktivitet eller ett aktivitetsprogram i lokalsamhället som pågår under längre tid med stöd.

FaR-ledare

Aktivitetsledare från frivilligorganisationer eller annan organisation. Vissa FaR-ledare har genomgått speciellt anpassad utbildning för att kunna erbjuda lämpliga aktiviteter till deltagare som ordinerar FaR®.

FaR-program

Begreppet används i nuläget på flera nivåer. FaR-program är allt ifrån specifika aktiviteter i aktivitetsarrangörernas regi, via enskilda vårdcentralers program, till landstingets /regionens samlade arbete med FaR®.

FaR-samordnare

Med samordnare menas den person som inom respektive verksamhet samordnar det interna FaR-arbetet och fungerar som kontaktperson med dess samverkanspartners.

Frivilligorganisation

En sammanslutning som inte syftar till privat ekonomisk vinst och som har bildats utifrån gemensamma idéer eller intressen. En frivilligorganisation har en viss offentlig karaktär och något slags organisatorisk form samt kan bildas och upplösas utan beslut från någon myndighet. Organisationen bygger på frivillig anslutning och ett personligt medlemskap i någon form (SOU, 1993) [44].

Fysisk aktivitet, motion och träning

- Med *fysisk aktivitet* menas generellt alla former av rörelse som ger ökad energiomsättning. Detta innebär all typ av muskelaktivitet som exempelvis promenader, hushålls- och trädgårdsarbete, fysisk belastning i arbetet, friluftsliv, motion och träning.
- Med *hälsofrämjande fysisk aktivitet* menas att aktiviteten utförs på minst måttlig intensitet utan att åsamka skada.
- *Motion* är planerad fysisk aktivitet med viss avsikt, exempelvis att ge ökat välbefinnande, framtida bättre hälsa med mera, och innebär oftast ombyte till träningskläder.
- *Träning* innebär en klar målsättning att öka prestationsförmågan i olika former av fysisk aktivitet, företrädesvis inom idrotten.

FYSS

FYSS står för fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. FYSS är en kunskapsammansättning om evidensen för att fysisk aktivitet är verksamt i förebyggande och behandlande syfte vid olika sjukdomstillstånd.

Förskrivare

Med förskrivare menas i denna skrift den hälso- och sjukvårdspersonal som ordinerar fysisk aktivitet.

Lokalsamhälle/närområde

Med lokalsamhälle eller närområde (*community*) menas i denna skrift ett upptagningsområde för exempelvis en vårdcentral. Ett lokalsamhälle är vanligen en större geografisk enhet än ett enskilt bostadsområde.

Ordination

Med ordination menas i denna skrift en förskrivning av fysisk aktivitet som komplement till, eller som ersättning för, läkemedel eller behandling.

Receptmottagare

Patienten som får en ordination på fysisk aktivitet. Det är således inte aktivitetsarrangören som är receptmottagare, även om receptet i vissa fall skickas till denne.

Referenser

1. YFA, FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, ed. A. Ståhle. 2003, Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
2. US Department of Health and Human Services, Physical activity and health: A report of the Surgeon General. 1996, Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion: Atlanta, GA, US.
3. UK Department of Health, At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health, in A report from the Chief Medical Officer. 2004, Department of Health.
4. Statens Folkhälsoinstitut, Levnadsvanor och hälsa – de första resultaten från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor, G. Broström and K. Nykvist, Editors. 2004, Statens Folkhälsoinstitut: Stockholm.
5. WHO, The World Health Report. Reducing risks, promoting healthy life. 2002, World Health Organisation (WHO): Geneva.
6. WHO, Steps towards a more physically active Europe. Promoting physical activity for health – a framework for action in the WHO European region. 2006.
7. Cavill, N. and C. Foster, How to promote health-enhancing physical activity: community interventions, in Health Enhancing Physical Activity, P. Oja and J. Borms, Editors. 2004, Meyer & Meyer Sport: Oxford, Storbritannien. p. 369–392.
8. Hillsdon, M., et al., The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews. Evidence briefing. 2005, Health Development Agency, NHS: London.
9. Kahn, E.B., et al., The effectiveness of interventions to increase physical activity. Asystematic review. *Am J Prev Med*, 2002. 22(4 Suppl): p. 73–107.
10. Pate, R.R., et al., Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama*, 1995. 273(5): p. 402–7.
11. YFA, FYSS för alla: En bok om att röra på sig för att må bättre samt att förebygga och behandla sjukdomar, ed. J. Henriksson. 2004, Stockholm: Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet.
12. Statens folkhälsoinstitut, På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sammanfattning av utredningsunderlag, proposition, riksdagsbeslut, indikatorförslag och exempel på tillämpning. 2004, Statens Folkhälsoinstitut: Stockholm.
13. Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvård – lägesrapport 2003. 2004: Stockholm.
14. RF, Fysisk aktivitet på recept (FaR®): Perspektiv från idrottsrörelsen regionalt och lokalt, FoU rapport 2006:3, A. Mellquist, Editor. 2006: Stockholm.
15. Socialstyrelsen, Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. 2005.
16. Socialstyrelsen, Vem får göra vad inom hälso- och sjukvården och tandvården? 1998, Stockholm.

17. Socialdepartementet, Patientjournalag. 1985.
18. Socialdepartementet, Hälso- och sjukvårdslag. 1982.
19. Justitiedepartementet, Sekretesslag. 1980.
20. Riddoch, C., A. Puig-Ribera, and A. Cooper, Effectiveness of physical activity promotion schemes in primary care: a review. 1998, Health Education Authority: London.
21. Eden, K.B., et al., Does counselling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 2002.137 (3): p. 208–215.
22. Whitlock, E.P., et al., Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002.22(4): p. 267–284.
23. Stange, K.C., S.H. Woolf, and K. Gjeltema, One minute for prevention: the power of leveraging to fulfill the promise of health behavior counseling. *Am J Prev Med*, 2002. 22 (4): p. 320–323.
24. Flocke, S.A., L.E. Gordon, and G.L. Pomiecko, Evaluation of a community health promotion resource for primary care practices. *Am J Prev Med*, 2006. 30(3): p. 243–51.
25. National Institute for Health and Clinical Excellence, Four commonly used methods to increase physical activity: Brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers, and community-based exercise programmes for walking and cycling, in *Quick reference guide*. 2006: London.
26. SBU. Metoder för att främja fysisk aktivitet – en systematisk litteraturoversikt. Rapport nr 181, 2006 Stockholm.
27. Leijon, M. and M. Jacobson, Fysisk aktivitet på recept – fungerar det? En utvärdering av Östgötamodellen. 2006, Folkhälsovetenskapligt centrum i Östergötland: Linköping.
28. Green, L.W. and M.W. Kreuter, *Health program planning: An educational and ecological approach*. 1991, Boston, USA: McGraw Hill.
29. Taylor, A., The role of primary care in promoting physical activity, in *Perspectives on Health and Exercise*, J. McKenna and C. Riddoch, Editors. 2003, Palgrave macmillan: London.
30. Faskunger, J., *Motivation för motion – hälsovägledning steg för steg*. 2001, Stockholm: SISU idrottsböcker.
31. McDowell, N., J. McKenna, and P.J. Naylor, Factors that influence practice nurses to promote physical activity. *Br J Sports Med*, 1997. 31(4): p. 308–13.
32. McKenna, J., P.J. Naylor, and N. McDowell, Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. *British Journal of Sport Medicine*, 1998. 32: p. 242–247.
33. Pender, N.J., et al., Health-care provider counselling to promote physical activity, in *Advances in Exercise Adherence*, R.K. Dishman, Editor. 1994, Human Kinetics: Champaign, US. p. 213–235.

34. Statens folkhälsoinstitut, Erfarenheter av FaR®, L. Kallings and M. Leijon, Editors. 2003: Stockholm.
35. Nilsson, L., Fysisk aktivitet på recept i primärvården. En implementeringsstudie i Örebro län, in Laboremus nr 2. 2005, Samhällsmedicinska enheten: Örebro.
36. Prioriteringsutredningen, Prioriteringar i vården – perspektiv för politiker, profession och medborgare. 2001, Socialdepartementet: Stockholm.
37. Svenska Läkaresällskapet, Fysisk aktivitet och hälsa – att ordinera träning på recept. 2001.
38. RF, Idrotten vill: Verksamhetsidé och riktlinjer för idrottsrörelsen in i 2000-talet. 1995, Riksidrottsförbundet: Stockholm.
39. Norling, I., Friluftsliv i tätort. 2001, Miljö- och planeringsavdelningen, Länsstyrelsen i Stockholms län: Stockholm.
40. Regeringens Proposition, Mål för folkhälsan. 2003.
41. WHO, Global strategy on diet, physical activity and health. 2004, World Health Organization (WHO): Geneva.
42. WHO, Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. 2005, WHO regional office for Europe: Copenhagen.
43. Pettersson, B., et al. Playing time... Creating supportive environments for health. Report from The 3rd International Conference on Health Promotion. 1991. Sundsvall (Sweden).
44. SOU (1993). Frivilligt socialt arbete. Kartläggning och kunskapsöversikt. Socialtjänstkommittén, Stockholm. Rapport nr 82.

Bilagor

Bilaga 1: Styrdokument

Denna skrift står på en solid bas av befintliga lagar och styrdokument samt evidensbaserad kunskap:

- *Hälso- och sjukvårdslagen*: Hälso- och sjukvården har ett uppdrag att bedriva hälsofrämjande arbete och förebyggande insatser (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763; § 1, 2, 2c, 3, 8) [18].
- *Prioritetsutredningen*: Förebyggande vård ska finnas med i det akuta såväl som det kroniska skedet av en sjukdom. I det akuta skedet för att om möjligt förhindra kroniska tillstånd [36].
- *Svenska Läkaresällskapet*: Alla kliniskt verksamma läkare bör ge patienterna råd angående fysisk aktivitet anpassad till hälsotillstånd och personlig livsstil [37].
- *Frivilligorganisationer*:
 Idrottsrörelsen: Idrottsrörelsens gemensamma värdegrund Idrotten vill [38] och RF:s verksamhetsinriktning 2006–2007 lyfter fram målet att idrottsrörelsen aktivt ska medverka till utvecklingen av FaR® i Sverige.
 FRISAM: Friluftorganisationer i samverkan betonar friluftslivets och rekreationens betydelse för att främja fysisk aktivitet och hälsa, samt motverka ohälsa (bland annat Norling) [39]. Att engagera FaR-patienter i friluftsliv är en metod med stor utvecklingspotential.
- *Regeringen*: Regeringens proposition om Mål för folkhälsan [40] och målområdena 6 och 9 i folkhälsopolitiken: ”En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård” respektive ”Ökad fysisk aktivitet”.
- *WHO/EU*: WHO:s globala strategi för kost, fysisk aktivitet och hälsa [41], och EU:s hälsodirektorats (DG SANCO) pågående arbete med att skapa en handlingsplan på samma områden, lyfter fram hälso- och sjukvården som en av de viktigaste aktörerna för att främja fysisk aktivitet i befolkningen.
- *Ottawa Charter*: Övergripande utgångspunkter för hälsofrämjande arbete enligt Ottawa charter [42] och Sundsvallskonferensen [43] är att hälso- och sjukvården bör omstruktureras för att ta ett mer förebyggande och hälsofrämjande ansvar.

Bilaga 2: Svenska utvärderingar, studier och uppsatser om FaR® 1980–1994:

Asterbring M, Folkesson A, Glimborg V & Wicén G (1987) *Friskvård på remiss – Ett komplement till traditionell behandling*. Vårdhögskolan i Östergötland, C-uppsats.
 Hellenius, M-L et al (1993) Prevention of cardiovascular disease within the primary health care system – feasibility of a prevention programme within the Sollentuna primary health care catchment area. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 11, 68–73.

1995–1999:

Hellenius, M-L et al (1999) Four years experience of a cardiovascular opportunistic screening and prevention programme in the primary health care in Sollentuna, Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 17 (2), 111–115.

2000–2002:

Lysell G & Persson C (2001) *Friskvård på remiss, ekonomi för samhället?* Katrinebergs Folkhögskola.

Hellstrand M (2002) *Ordinerad fysisk aktivitet – Vårdpersonal reflekterar*. Linköpings universitet. D-uppsats.

Nyberg L & Hagberg, L (2002) *Må Bra-projektet i Karlskoga*. Laboremus nr 1, Örebro läns landsting.

Hagberg L (2002) *Ska primärvården behandla med fysisk aktivitet? – en hälsoekonomisk analys av Må Bra-projektet*. Laboremus nr 1, Örebro läns landsting.

2003–2004:

Kallings L & Leijon M (2003) *Erfarenheter av FaR®*. Statens folkhälsoinstitut, rapport 2003:53.

Socialmedicinska enheten, Region Skåne (2003) *Utvärdering av Sätt sydvästra Skåne i rörelse del 1 och del 2*.

Frisk A (2003) *Vilka villkor gäller för en idrottsförening att ta emot människor med FaR®?* Växjö universitet C-uppsats.

Hedin K (2003) *FaR® – upplevelser bland deltagare på Friskis & Svettis* C-uppsats, Umeå universitet.

Eftodi, I (2003) *Träning på recept, en kvalitativ intervjustudie och analys av Fysisk aktivitet på Recept (FaR®)-projektet i Sverige*. Lunds universitet, D-uppsats.

Folkesson M (2003) *Hälsocentralsbesökarens uppfattning om rådgivning som påverkan av levnadsvanor utifrån exemplet fysisk aktivitet på recept*. Högskolan i Gävle, B-uppsats.

Andréasson M & Kjellén Y (2004) *FaR® ur ett patientperspektiv* C-uppsats, Högskolan Trollhättan-Uddevalla.

Karlström C & Sjöström H (2004) *Inställningar och attityder till FYSS* Umeå universitet.

Ystad-Österlens sjukvårdsdistrikt, Skånes Idrottsförbund och Region Skåne (2004) *FaR-projektet 2003*.

Jacobson M (2004) *Företagshälsovård, folkhälsoarbete och politik*. Linköpings universitet. C-D uppsats.

Sahländer H (2004) *Projektplan för FaR® i landstinget Dalarna*.

Bergman A & Rundqvist M (2004) *Sjukgymnastens roll i FaR® – en enkätstudie*.

Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, C-uppsats.

Folkesson M (2004) *Familjeläkarens syn på FaR®*. Högskolan Halmstad. D-uppsats.

Hagberg L & Nyberg L (2004) *Fysisk aktivitet i grupp som behandling och rehabilitering av patienter i primärvården*. Läkartidningen 6/9.

2005:

- Widén E & Forsling T (2005) *FaR® i Enköping. Slutrapport* Enköpings kommun, Uppsala läns landsting.
- Berglund A & Olin H (2005) *FYSS och FaR® i Stockholms innerstad*. Idrottshögskolan Stockholm.
- Persson J (2005) *Möjligheten att sprida FaR® till fler samarbetspartner*. Mälardalens högskola på uppdrag av Hallands idrottsförbund.
- Nilsson L (2005) *Fysisk aktivitet på recept i primärvården: En implementeringsstudie i Örebro län*. Laboremus nr 2, Örebro läns landsting.
- Katrineholms kommun (2005) *FaR® – ett verktyg som möjliggör ökad fysisk aktivitet hos befolkningen i Katrineholms kommun*, Handlingsplan
- Nilsson I & Edvardsson I (2005) *Friskvård på remiss. Utvärdering av 1-års projekt med fem vårdcentraler i Växjö*. Landstinget i Kronoberg.
- Fogelius A-L & Morgan A (2005) *Idé till arbetsmodell för FaR®. Ett samarbetsprojekt mellan Apoteket AB, Kvartersakuten Matteus och Idrottshögskolan*.
- Engberg S & Larsson M (2005) *Friskvårdskoncept i arbetet med FaR® – Ett praktiskt projekt utfört på patienter inom primärvården i Botkyrka kommun*, Examensarbete, Idrottshögskolan Stockholm.
- Ljusterdal E & Westöö O (2005) *Följsamhet och patientupplevelse av fysisk aktivitet på recept – en uppföljning i primärvården*. Linköpings universitet, C-uppsats.
- Axelsson J (2005) *Fysisk aktivitet på recept – FaR®, En kvalitativ studie om bristande ordinationsföljsamhet inom FaR® i Halland*. Examensarbete, Malmö högskola.

2006:

- Primärvården Göteborg (2006) *Fysisk aktivitet på recept – aktivitetskatalog vårterminen 2006 för Askim, Centrum, Frölunda, Högsbo, Linnéstaden, Majorna, Styrso, Tynnered och Älvsborg*.
- Sigurdsson G et al (2006). *Verksamhetsberättelse FaR® i primärvården i Göteborg 2004–06*.
- Sundström K (2006) *Information om Värmlandsmodellen av FaR®* www.liv.se/far. Landstinget i Värmland.
- Leijon, M & Jacobsson, M (2006). *Fysisk aktivitet på recept – fungerar det? En utvärdering av Östgötamodellen*. Folkhälsovetenskapligt centrum, Östergötlands läns landsting
- Mellquist, A (2006). *Fysisk aktivitet på recept (FaR®): Perspektiv från idrottsrörelsen regionalt och lokalt*. Samhällsmedicinska enheten, Landstinget Uppsala län.

Denna skrift vänder sig till personer som planerar, administrerar och arbetar med insatser som rör Fysisk aktivitet på recept (FaR®) eller har mer övergripande sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbeten inom eller utanför hälso- och sjukvården. Vägledningen bör även vara av intresse för beställare av vård, beslutsfattare, yrkesorganisationer, högskoleutbildningar med flera.

Stillasittande livsstil är ett av våra största folkhälsoproblem med stor inverkan på dödlighet och kroniska sjukdomar. Ungefär hälften av den vuxna befolkningen i Sverige är inte tillräckligt fysiskt aktiva ur hälsosynpunkt. Att främja ökad fysisk aktivitet är en uppgift som berör många aktörer och arenor i samhället och hälso- och sjukvården har en given och viktig roll i detta arbete. FaR® är exempel på ett användbart verktyg för att främja fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården och förskrivs inom alla landsting och regioner och på cirka hälften av Sveriges vårdcentraler.

”Fysisk aktivitet på recept – en vägledning för implementering” har som mål att tydliggöra rollfördelning och ansvar. Vidare syftar skriften till att presentera ett sammanhang för hur hälso- och sjukvården på ett systematiskt sätt kan främja en fysiskt aktiv livsstil hos patienter genom arbetsmetoden FaR®, i samverkan med olika aktörer och arenor, exempelvis frivilligorganisationerna. Skriften presenterar den evidens och forskning som finns på området, betonar behovet av utvärdering och uppföljning samt presenterar utvecklingsbehov utifrån ett svenskt perspektiv.



STATENS
FOLKHÄLSOINSTITUT

Statens folkhälsoinstitut
Distributionstjänst
120 88 Stockholm

Fax 08-449 88 11
E-post fhi@strd.se
Internet www.fhi.se

Rapport 2007:01
ISSN 1651-8624
ISBN 978-91-7257-472-4