

3. Främja fysisk aktivitet

Författare

Matti Leijon, Master of Science, doktorand, folkhälsovetare, Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa, avdelningen för socialmedicin och folkhälsovetenskap, Folkhälsovetenskapligt Centrum, Landstinget i Östergötland.

Lena Kallings, Master of Science, doktorand, folkhälsovetare, Karolinska Institutet, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, sektionen för allmänmedicin, och Statens folkhälsoinstitut.

Johan Faskunger, filosofie doktor, beteendevetare, Centrum för allmänmedicin, Karolinska Institutet, Stockholms läns landsting

Geir Lærum, rådgivare, sjukgymnast, folkhälsovetare, Nordland fylkeskommune, Bodø

Mats Börjesson, docent, överläkare, Medicinkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Agneta Ståhle, docent, lektor, specialistsjukgymnast hjärt-kärlsjukdomar, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, sektionen för sjukgymnastik, Karolinska Institutet och Sjukgymnastikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Introduktion

Bristen på fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, tobaksbruk och bruk av alkohol är alltså de största orsakerna till sjuklighet och död i dagens samhälle. En stillasittande livsstil medför en kraftigt ökad risk för sjuklighet och förtida död (1, 2). Den livsstilsrelaterade ohälsan medför stora kostnader och blir därmed en stor belastning för hälso- och sjukvården. Individer i alla åldrar, både män och kvinnor, uppnår hälsovinster genom att röra på sig och ökad fysisk aktivitet är viktigt också för att förbättra välbefinnande och livskvalitet (1, 3, 4).

Att öka den fysiska aktiviteten är därför en viktig uppgift för samhället i allmänhet och för hälso- och sjukvården i synnerhet. Fysisk aktivitet ingår numera som en viktig komponent för att behandla och förhindra olika sjukdomar.

FYSS (FYsisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling) är ett verktyg för dig som arbetar med att ordinera fysisk aktivitet. En rad olika experter inom olika områden har här samlat den senaste evidensen om sambandet mellan fysisk aktivitet och hälsa.

Vad är fysisk aktivitet?

Definitioner (5)

I detta inledande kapitel har vi medvetet valt att använda oss av ordet fysisk aktivitet framför ord som 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 all fysisk aktivitet som förbättrar hälsan och den fysiska kapaciteten utan att utgöra en risk för skada.
- Motion är planerad fysisk aktivitet med viss avsikt, som att ge ökat välbefinnande, ge framtida bättre hälsa eller motsvarande, och innebär oftast ombyte till träningskläder.
- Träning innebär en klar målsättning att öka prestationsförmågan i olika former av fysisk aktivitet, företrädesvis inom idrotten.

Vad påverkar vår fysiska aktivitet?

Det är viktigt att betona att huvuddelen av vår veckoförbrukning av energi i form av rörelse kan kopplas till fysisk aktivitet, som inte har med schemalagd motion och idrott att göra. Huvudsakligen handlar detta om fysisk aktivitet i vardagen, aktiv transport, fysisk aktivitet i arbetet, fysisk aktivitet på fritiden i hemmet eller som hobby, motion, träning och idrott. Den stora hälsopotentialen ligger i att öka vår totala fysiska aktivitetsnivå, både i anslutning till arbetet och på fritiden (5).

Från teori till praktik

Fysisk aktivitet som ordination

Intresset för att främja fysisk aktivitet inom sjukvården har ökat. Såväl professionella organisationer som hälso- och sjukvårdspersonal är positivt inställda till att ordinera fysisk aktivitet till patienter (6, 7). Dock kvarstår en stor utmaning att implementera kunskapen i praktisk verklighet – att gå från den evidens som i dag finns om hälsovinsterna med fysisk aktivitet, till att på ett effektivt och naturligt sätt integrera fysisk aktivitet i vardagen (8). Ett sätt att mer systematiskt främja fysisk aktivitet är att använda en skriftlig ordination på fysisk aktivitet. Denna arbetsform har blivit allt vanligare i ett flertal länder det senaste årtiondet (7, 9, 10), och i Sverige har man använt sig av motion på recept, friskvård på remiss, ordination på fysisk aktivitet eller Fysisk aktivitet på Recept, FaR[®] (5). Fysisk aktivitet på Recept (FaR[®]) är i dag ett vedertaget begrepp och innebär en för individen anpassad ordination motsvarande konventionell behandling. Ordinationen kan innefatta

allt ifrån ett enkelt skriftligt råd på en aktivitet till en helhetslösning med en stödjande struktur från förskrivare, aktivitetsarrangör eller ledare. Förskrivaren kan vid ordinationstillfället finna sjukdomsanpassade råd och anvisningar i FYSS (11, 12).

FaR[®] på olika nivåer¹

Att förskriva FaR[®] är endast en av många möjliga åtgärder för att främja fysisk aktivitet, som kan användas i hälso- och sjukvården. Andra exempel är remiss till andra aktörer inom hälso- och sjukvården och muntliga råd till patienter. Figur 1 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 /hög risk	FaR [®] . Skriftligt med hänvisning	Speciellt anpassade FaR [®] -aktiviteter. Oftast lågintensiv träning	Frivillig-organisationer
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	Frivillig-organisationer
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, t.ex. promenad, cykling, friluftsliv, trädgårdsarbete	Lokalsamhället, bostadsområdet, hemmet

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

1. Utdrag ur rapporten *Fysisk aktivitet på recept (FaR[®]) – en vägledning för implementering*. Statens folkhälsoinstitut, R2007:1.

Nivå 1 är relevant för patienter med redan utvecklad sjukdom/skada, har mycket förhöjd risk för sjukdom eller 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 såsom promenader kan med fördel ingå i nivå 1.

Nivå 2 innebär att patienter skriftligen erbjuds FaR[®] och hänvisas till deltagande i speciellt anpassade FaR[®]-program eller aktiviteter, företrädesvis lågintensiva gruppaktiviteter. Aktivitetsarrangör är framför allt frivilligorganisationerna, men kan även vara aktörer inom hälso- och sjukvården, exempelvis företagshälsovården eller särskilda sjukgymnastenheter.

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 egna preferenser. 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 skräddarsytt program med handledning.

På motsvarande sätt som patientens hälsotillstånd kan variera mellan de olika nivåerna varierar valet av anpassade aktiviteter, men också förskrivarens och den mottagande organisationens kompetens inom FaR[®]-arbetet. För omhändertagande av patienter på nivå 1 och 2 är kunskapskraven högre än för de som arbetar med patienter på nivå 3 respektive 4, både för hälso- och sjukvården och för aktivitetsarrangörerna.

För att patienter överhuvudtaget ska känna motivation till förändring och vara intresserade av FaR[®] eller muntliga råd är hälsovägledarens roll mycket viktig i förskrivningsprocessen. Patienter med behov av förändring, men med låg motivation, bör remitteras till en hälsovägledare eller motsvarande person med kunskap om motiverande samtal och principer för beteendeförändring. 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 och rollfördelning. Arbetsformen inkluderar ofta någon form av 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, exempelvis via ett flödesschema.

Oavsett om 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.

Individuellt anpassade råd

En ordination på fysisk aktivitet ska vara individuellt anpassad med avseende på dosering (intensitet, duration och frekvens) och typ av aktivitet. Utgångspunkten är att *friska personer* har nytta av att vara fysiskt aktiva. Mest samhällsnytta, i form av minskad morbiditet (sjuklighet), uppnås om den fysiska aktiviteten *hos de minst fysiskt aktiva* grupperna ökas, exempelvis socioekonomiskt svaga och äldre. *Individer med riskfaktorer* som ännu inte utvecklat sjukdom är också en potentiell målgrupp, exempelvis de med ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom, överviktiga eller rökare.

Personer med olika sjukdomar är en annan viktig målgrupp. Ordinationen måste dock individualiseras med hänsyn till patientens aktuella sjukdom, funktionella kapacitet, medicininteraktioner och eventuella kontraindikationer för en viss aktivitet.

Anamnes på fysisk aktivitet

För att kunna ordinera lämplig fysisk aktivitetsnivå/aktivitet för en patient, kan man använda *anamnes på fysisk aktivitet* för att bedöma nuvarande aktivitetsnivå. Denna bör innehålla uppgifter om nuvarande aktivitet (om sådan finns), hur mycket patienten rör på sig, vad patienten tycker sig hinna med och i vilken omfattning hon eller han varit aktiv tidigare. Lämpliga frågor kan vara:

1. Vad gör du just nu?	→	Aktivitet
2. Hur ofta?	→	Frekvens
3. Hur länge?	→	Duration
4. Hur hårt?	→	Intensitet

Viktigt är att råden är individuella, att uppmuntran ges, att man tillsammans med patienten kommer överens om hur det hela ska genomföras och när en uppföljning bör ske. Viktigt är också att träningsnivån sätts till en adekvat nivå, framför allt för de helt ovana, för att undvika misslyckande och för ökad följsamhet.

Vad bör receptet innehålla?

Receptet bör vara specifikt med klara och tydliga råd om:

- *Typ av fysisk aktivitet* lämplig för den individuella patienten.
- Dos, det vill säga *intensitet* på och *duration* (varaktighet) av varje aktivitetspass, och *frekvens* (antal gånger per vecka).

Blankett för ordination av Fysisk aktivitet

Det finns i dag flera olika varianter på blanketter för att ordinera fysisk aktivitet. Det ursprungliga svenska FaR[®]-receptet (se nedan) var en omarbetad version av det vanliga läkemedelsreceptet. Inom de flesta landsting finns i dag specialanpassade blanketter, som även innehåller förslag på aktiviteter och aktörer. Vissa av dessa är dessutom integrerade i de befintliga journalsystemen.

RECEPT/FYSISK AKTIVITET							
Receptutfärdaren anger genom signum vilka speciella försiktighetsmått som kan behöva iakttas vid genomförandet av de fysiska aktiviteterna F = Försiktig start U = Undvik vissa aktiviteter O = Inga speciella försiktighetsmått	Patient (namn, födelseid, adress och telefon)						
① Träningsform <input type="checkbox"/> Kondition <input type="checkbox"/> Styrka <input type="checkbox"/> Uthållighet <input type="checkbox"/> Underhåll Aktivitet: _____ Intensitet: <input type="checkbox"/> Hög <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Lätt Antal ggr/behandlingstid _____ Dosering, användning, ändamål D.S Minst minuter ggr/vecka för/vid/mot undvik	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">F</td><td style="text-align: center;"> Sign.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">U</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">O</td><td></td></tr> </table> Prissättning	F	Sign.	U		O	
F	Sign.						
U							
O							
② Träningsform <input type="checkbox"/> Kondition <input type="checkbox"/> Styrka <input type="checkbox"/> Uthållighet <input type="checkbox"/> Underhåll Aktivitet: _____ Intensitet: <input type="checkbox"/> Hög <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Lätt Antal ggr/behandlingstid _____ Dosering, användning, ändamål D.S Minst minuter ggr/vecka för/vid/mot undvik	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">F</td><td style="text-align: center;"> Sign.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">U</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">O</td><td></td></tr> </table> Prissättning	F	Sign.	U		O	
F	Sign.						
U							
O							
Receptutfärdarens namnförtydligande, yrke, adress, telefonnr. Sjukvårdsinrättning, klinik _____ _____ _____ Ort _____ Datum _____ Receptutfärdarens namnteckning _____	Återbesök _____ _____ _____ _____ _____ _____						
681 002 - © Copyright: KOMMENTILUS BLANKETTER 07-05 Om endast en aktivitet skrivs snedstreckas ruta ② Gäller mån. från detta datum.	Receptet löses lämpligen in hos (Namn och telefon)						

Hur kan FYSS användas i praktiken?

Nedan följer ett exempel som beskriver hur FYSS kan användas av en doktor i mötet med en patient.

Som ordinerande doktor har du en patient framför dig med nydebuterad hypertoni. Blodtrycket ligger på 150/95 och vid bedömning av patientens totala riskprofil (ålder, kön, rökning och övriga riskfaktorer) bedöms denna vara otillräckligt fysiskt aktiv. Du bestämmer dig då för en icke-farmakologisk initialbehandling, sedan diagnosen säkerställts via upprepade tryckmätningar. Du tittar i FYSS under ”Hypertoni”. Kanske är du inte riktigt säker på vilken typ av aktivitet som är lämpligast för att nå blodtryckssänkning, vilka effekter som kan förväntas och hur lång tid det tar att nå maximal effekt. I FYSS kan man utläsa att:

”De senaste internationella rekommendationerna för hypertoni behandling betonar individuell ordination av behandling efter patientens unika ’riskprofil’ (13). Fysisk aktivitet, och påverkan på övriga livsstilsfaktorer, anses vara förstahandsbehandling vid lindrig hypertoni (blodtryck, BT, < 160/90) (13) och anses vara en tilläggsbehandling vid hypertoni i övrigt (13). Fysisk aktivitet anses däremot kontraindicerat vid okontrollerat BT över 180/105 tills adekvat blodtrycksänkning åstadkommit med läkemedelsbehandling (14).

Vid hypertoni rekommenderas huvudsakligen aktiviteter av måttlig intensitet som höjer konditionen, minst 30 minuter per dag 5 gånger i veckan (13–15). Lämpliga aktiviteter kan vara jogging, stavgång, simning och/eller cykling. Fysisk aktivitet är färskvara och behöver vara fortlöpande för bibehållen effekt. Metaanalyser av studier har visat att dynamisk aktivitet vid denna intensitet kan sänka det systoliska blodtrycket med cirka 7 mm Hg och det diastoliska med 5 mm Hg (15) dock med låga vikter och många repetitioner (cirkelträning), vilket kan sänka det systoliska blodtrycket med cirka 4 mm Hg och det diastoliska med 3 mm Hg. Man bör dock undvika tung styrketräning som vid tyngdlyftning och styrkelyft. Maximal effekt på blodtrycket nås efter upp till sex månaders fysisk aktivitet. Hänsyn till eventuella samtidiga sjukdomar måste förstås tas då receptet skrivs.”

Med hjälp av FYSS kan en patient med nydebuterad hypertoni och med låg total riskprofil således få tydliga och klara rekommendationer om, när och vilken form av fysisk aktivitet som är lämplig som behandling för just honom eller henne.

Framgångsfaktorer

Ett recept på fysisk aktivitet leder inte automatiskt till förändrat beteende och en ökad fysisk aktivitetsnivå på lång sikt hos en patient. Flera andra faktorer påverkar resultatet. En stor utmaning är att vår moderna samhällsstruktur ofta till och med motverkar en fysiskt aktiv livsstil och uppmuntrar en stillasittande. Metoder för beteendeförändring anses därför viktiga för ett framgångsrikt förändringsarbete, men hittills har få program systematiskt använt sig av evidensbaserade metoder för beteendeförändring (16), trots att detta uppmuntrats för att öka effektiviteten i hälsofrämjande program. Detta kan exempelvis innebära att en hälsovägledning fokuserar på att höja patientens motivation, målsättning, bearbeta upplevda hinder, stärka självförtroende och socialt stöd, uppmuntra vardagsakti-

viteter och att mäta egen aktivitet, till exempel genom stegräknare eller dagbok (17). Programupplägget bör bygga på en beprövad modell för beteendeförändring samt stöd för upprätthållande, till exempel genom uppföljande telefonsamtal.

Olika professionella yrkesorganisationer samt nationella institutioner har i rekommendationer och styrdokument lyft fram främjandet av fysisk aktivitet som ett viktigt utvecklingsområde. American College of Preventive Medicine argumenterar för att primärvården rutinmässigt bör involvera råd angående fysisk aktivitet i patientmötet (6).

Ett antal faktorer som anses vara framgångsfaktorer i lyckade interventioner har identifierats, exempelvis:

- att personalen har fått kvalitativ fortbildning
- ändamålsenlig mätning av patientens aktivitetsnivå
- användning av beteendeförändringsmodeller
- skräddarsydda råd för utsatta subgrupper
- fokus på förändring av en livsstil i taget
- involvera team inom sjukvårdspersonal som hjälps åt att genomföra olika delar av interventionen
- bra stödsystem och tydliga rutiner på respektive enhet
- inkludera skriftliga individanpassade råd baserade på ”stages of change”
- involvera någon form av uppföljning av patienter.

Dessutom anses *5A-strukturen* vara mycket lovande, som en effektiv modell vilken relativt enkelt kan införas inom primärvården (6).

Rådgivning enligt 5A

Ett vanligt förekommande hinder för all livsstilsrådgivning inom hälso- och sjukvården anges vara tidsbrist. Det finns i dag ett stort antal samtalstekniker som kan användas vid ett kort råd på någon minut eller som en serie längre samtal vid flera tillfällen. 5A (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange) avser att på ett snabbt och enkelt sätt strukturera ett livsstilssamtal (18).

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 etcetera. Råden kan vara såväl muntliga som skriftliga.
3. **Agree** – överenskomma: Kommunicera i en anda av partnerskap genom att använda patientcenterade 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 en 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 genomföras av patienten eller av lämplig personalgrupp med olika testinstrument (19, 20). Exempelvis kan läkaren bedöma patientens aktivitetsnivå och förändringsvilja och ge muntliga råd med hänvisning till annan personal som har mer kunskap i motivationsarbete och som fullföljer de resterande stegen i 5A. De avslutande stegen, stödja och möjliggöra, kan ske såväl inom sjukvården som hos sjukvårdens samarbetspartners inom FaR[®]-arbetet. En sådan helhetslösning medger att hälso- och sjukvårdspersonalen, sjukvårdssystemet och dess samarbetspartners kan utföra kompletterande arbetsuppgifter (20).

Kompetens, ansvar, uppföljning och sekretess²

Fysisk aktivitet på recept är ett komplement till eller ersätter läkemedel. Den som skriver ut fysisk aktivitet på recept ska ha god kompetens och tillräcklig kunskap om den aktuella patientens hälso- och sjukdomsstatus, eftersom det vid vissa sjukdomstillstånd kan finnas aktiviteter som är direkt olämpliga (se vidare under respektive kapitel i FYSS). Receptförskrivaren ska med signum ange om speciella försiktighetsmått behöver iaktas eller ej.

Vilka yrkesgrupper får ordinera fysisk aktivitet?

Ordination av fysisk aktivitet är inte en regelstyrd arbetsuppgift och kan således utföras av i princip vem som helst av den legitimerade personalen, förutsatt att vederbörande besitter 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 ska utföra olika arbetsuppgifter har den kompetens som krävs för detta.

Ansvar

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ska *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 ska 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. Ordination på fysisk aktivitet ska dokumenteras i patientjournalen, i enlighet med 3 § patientjournallagen (1985:562). Även muntliga råd om fysisk aktivitet ska antecknas i patientens journal.

2. Utdrag ur rapporten *Fysisk aktivitet på recept (FaR) – en vägledning för implementering*. Statens Folkhälsoinstitut, R 2007:1.

För aktivitet inom landstingsvård gäller patientförsäkringen. Därför är adekvata journalanteckningar avseende fysisk aktivitet som behandling precis lika viktiga som anteckningar om utredning eller läkemedelsbehandling. Om en patient som ordinerats fysisk aktivitet på recept däremot skadar sig vid aktivitet utanför landstingets inrättningar gäller bara försäkringen 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 ska 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 eventuellt ådrar sig.

Uppföljning

Inom hälso- och sjukvården ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras, i enlighet med 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). 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 patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ska ledningssystemet säkerställa att det finns rutiner för hur nya metoder för behandling ska tas fram, provas ut och introduceras så att patientsäkerheten säkerställs. Vidare ska det finnas rutiner för hur fastställda metoder ska tillämpas, kontinuerligt följas upp och vid behov revideras, och rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas när tillämpningen av metoderna behöver förändras.

Sekretess

Enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100) 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 enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men. Enligt 14 kap. 4 § första stycket i nämnda lag gäller sekretess till skydd för enskild inte i förhållande till den enskilde själv och kan i övrigt helt eller delvis efterges av honom.

För enskild hälso- och sjukvård finns motsvarande bestämmelse om tystnadsplikt i 2 kap. 8 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Om fysisk aktivitet på recept exempelvis skickas till en organisation utanför sjukvården för kännedom, ska patientens samtycke således först inhämtas. Sekretesslagen är inte tillämplig utanför det allmännas verksamhet. Då exempelvis ett privat företag mottar fysisk aktivitet på recept bör företaget upprätta kontrakt gällande tystnadsplikt.

Metoder för att främja fysisk aktivitet

För att utvärdera effekter och kostnadsmässiga konsekvenser av olika metoder för hälso- och sjukvården att främja fysisk aktivitet har Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) genomfört en systematisk genomgång av den vetenskapliga litteraturen (4). Huvudsyftet med rapporten var att granska metodernas effektivitet avseende påverkan på den fysiska aktivitetsnivån. Samtliga i rapporten granskade studier hade en uppföljningstid på minst sex månader, en relevant kontrollgrupp och utfallsmåttet var en ökning i fysisk aktivitetsnivå.

Rådgivning, teoribaserade beteendeinterventioner, handledd träning i grupp och individuellt anpassade träningsprogram samt barn och ungdomar var de metoder och viktiga områden som identifierades (4).

Avseende rådgivning var slutsatserna 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.
- En ökad frekvens och intensitet av rådgivning genom upprepad kontakt under flera månader medför en ytterligare ökad fysisk aktivitetsnivå.
- Rådgivning kompletterad med exempelvis fysisk aktivitet på recept, dagbok, stegräknare eller informationsbroschyr leder till ytterligare 15–50 procent ökning av den fysiska aktivitetsnivån.

Avseende handledd träning i grupp och individuellt anpassade träningsprogram var slutsatserna att:

- Träning i grupp under sex månader vid kranskärslssjukdom leder till ökad fysisk aktivitet.
- Handledd träning under sex månader vid benartärsjukdom leder till ökad fysisk aktivitet, mätt som gångsträcka och/eller gångtid.

Avseende teoribaserade beteendeinterventioner var slutsatserna att:

- Teoribaserad beteendeintervention ökar den fysiska aktiviteten med 10–15 procent mer än vanligt omhändertagande och i samma grad som strukturerade träningsprogram.
- Mer omfattande beteendeinterventioner leder till ytterligare ökning i fysisk aktivitetsnivå, men med avtagande marginaleffekt.
- Interventioner som inkluderar hela livsstilen – inriktade på såväl fysisk aktivitet som kost, och stresshantering – förstärker den fysiska aktivitetsökningen.

Avseende metoder riktade till barn och ungdomar kom man fram till att:

- Utveckling av skolämnet idrott och hälsa, till exempel genom ökad satsning på hälsoundervisning, utbildningsmaterial och lärarutbildning, leder till 5–25 procent ökad fysisk aktivitet under idrottslektioner. Detta gäller i högre grad hos pojkar än hos flickor.
- Skolbaserade interventioner som omfattar flera delar, såsom utbildning av lärare, förändring av läroplan, extra aktivitetspass under lektionstid och/eller raster, stöd i beteendeförändring, förstärkt hälsouppläsning och involvering av föräldrar, har positiv effekt på barns och ungdomars fysiska aktivitet under skoldagen och i vissa fall även på fritiden.

- Skolbaserade interventioner som riktas till grupper med ökad risk för hjärt-kärlsjukdom leder till cirka 10 procents ökad fysisk aktivitet.

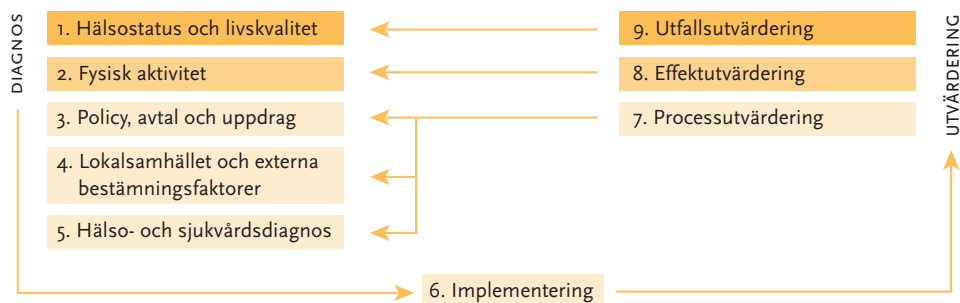
Tillgången på hälsoekonomiska studier som belyste projektets frågeställningar var så begränsad att inga slutsatser om de studerade metodernas kostnadseffektivitet kunde göras.

Beskrivning av en implementeringsmodell för FaR[®]3

En grundläggande utgångspunkt för allt interventionsarbete är att det är viktigt att ta hänsyn till de lokala förutsättningarna. Det gör att arbetet med till exempel FaR[®] kan se olika ut i olika delar av landet men också inom län eller samma kommun. Nedan presenteras en sammanfattning av den modell för implementering av FaR[®] som beskrivs i rapporten *Fysisk aktivitet på Recept (FaR[®]) – en vägledning för implementering* (11).

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 (21), är en vedertagen och användbar modell för att utveckla, genomföra och utvärdera hälsofrämjande program och insatser enligt ett sådant synsätt, och har vidareutvecklats för arbetet med att främja fysisk aktivitet inom primärvården och hur detta kan systematiseras (22).

Här 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 uppdelad i nio faser som inkluderar kartläggning av behov, diagnos, policy, samverkan samt genomförande och utvärdering av ett FaR[®]-program (se figur 2).



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

3. Utdrag ur rapporten *Fysisk aktivitet på recept (FaR) – en vägledning för implementering*. Statens folkhälsoinstitut, R 2007:1.

Fas 1 handlar om att kartlägga och förstå hälsobehoven i lokalsamhället, invånarnas hälsostatus och patienternas sjukdomstillstånd, till exempel förekomst av kroniska sjukdomar, livskvalitet, åldersstruktur, socioekonomiska skillnader med mera. Att undersöka hälsostatus och livskvalitet är viktigt eftersom FaR[®]-program i slutändan bör leda till en förbättrad hälsa på individnivå och förbättra markörer för hälsa på lokalsamhällesnivå.

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

Fas 3 kartlägger huruvida det finns stöd för FaR[®]-arbetet i gällande styrdokument/avtal/uppdrag för att arbeta med att främja fysisk aktivitet såväl inom den egna organisationen som i samverkan med andra aktörer.

Fas 4 handlar om hälso- och sjukvården som aktör i lokalsamhället samt påverkan från lokalsamhällets 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 vid uppstartande av ett FaR[®]-program.

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[®] (se tabell 1).

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 (positivt; cykelhjälm på mottagningsrummet, eller negativt; doft av cigarettök), 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

Fas 6 betonar vikten av att arbeta systematiskt. Ett systematiskt tillvägagångssätt är mer effektivt i att dels främja fysisk aktivitet, dels att skapa bättre förutsättningar för ett långsiktigt arbete på programnivå (16). Erfarenheter från det svenska FaR[®]-arbetet är att just implementeringsprocessen är den svåraste fasen och den som tar längst tid (12). Se även framgångsfaktorer ovan.

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?). 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 i hälso- och sjukvården som förskrivningsprocessen startar och det är förskrivaren/förskrivarenheten som bestämmer hur arbetets första steg ser ut.

Det är också viktigt att såväl hälso- och sjukvården som andra inblandade aktörer har respekt för varandras kunskap, förutsättningar och möjligheter i FaR[®]-arbetet.

Fas 7–9 – utvärdering

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

Fas 7 – 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 processutvärderingen är att bättre förstå de processer och faktorer som underlättar eller försvårar måluppfyllelsen i fas 1 och 2.

Fas 8 – effektutvärderingen undersöker FaR[®]-programmets påverkan på fysisk aktivitet, livskvalitet eller vedertagna fysiologiska utvärderingsmått såsom syreupptagningsförmåga eller arbetskapacitet och bör ge svar på huruvida målen uppsatta i fas 2 har uppnåtts eller inte. Uppföljning av ordinationen och återkoppling till förskrivaren är en mycket viktig dimension för att förbättra upprätthållandet och för att 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.

Fas 9 slutligen undersöker FaR[®]-programmets påverkan på olika hälsoutfall och måluppfyllelsen 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.

FaR[®] i Norden

Det finns ett växande intresse för att främja fysisk aktivitet inom vården även utanför Sverige. I Norden finns flera varianter av förskrivning av fysisk aktivitet: *Fysisk aktivitet på Recept* (FaR[®]) i Sverige, *Grønn resept* i Norge, *Motion som laegemiddel* i Danmark och i Finland *Recept för fysisk aktivitet*. Till skillnad från i Sverige (de flesta landsting), där all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får skriva ut fysisk aktivitet på recept, är arbetet i övriga nordiska länder mer baserat på att det endast är läkare som kan göra detta. I Norge sker arbetet med fysisk aktivitet parallellt med kostarbetet. Dessutom finns ett nationellt ekonomiskt ersättningssystem och begränsningar i vilka diagnosgrupper där Grønn resept är aktuellt. Den norska regeringen beslutade att hela landet ska arbeta med Grønn resept. I Danmark har man satsat på nationell nivå för att ta fram en metod för hela landet. Under 2008 kommer Sundhetsstyrelsen att utarbeta riktlinjer för att använda motion som läkemedel. I Danmark finns sedan 2003 en motsvarighet till FYSS, *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*. I Finland har man två modeller för förskrivning av fysisk aktivitet, i båda är det endast läkare som förskriver fysisk aktivitet. Den nationella är Receptet för fysisk aktivitet som är ett samarbetsprojekt mellan Reumatikerförbundet, programmet I form för livet, Läkarförbundet, Hjärtförbundet och UKK-institutet. Dessutom finns det ”Fysiotek” som Folkhälsan driver (största svenskspråkiga social- och hälsovårdsorganisationen, som riktar sig mot den svensk-finska befolkningen). En viktig anledning till att arbetet med att utveckla förskrivning av fysisk aktivitet skiljer sig åt mellan de nordiska länderna är skillnader i samhällsstruktur och att landstingen i Sverige har en större självständighet (23). Länkar till och en mer utförlig beskrivning av det fortlöpande arbetet i Norden återfinns på FYSS hemsida, www.fyss.se.

Nedan följer ett antal användbara internetadresser till respektive land:

Sverige

Statens folkhälsoinstitut	www.fhi.se
FYSS	www.fyss.se

Norge

Sosial- og helsedirektoratet	www.shdir.no
------------------------------	--

Danmark

Sundhetstyrelsen	www.sst.dk
------------------	--

Finland

Folkhälsan Finland (svenskspråkiga delen av Finland)	www.folkhalsan.fi
Liikkumisresepti (på finska med sammanfattning på svenska och engelska)	www.liikkumisresepti.net

Referenser

1. U.S. Department of Health and Human Services, Physical Activity and Health. A report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
2. World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Department of Health. At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relation to health. Report from the Chief Medical Officer. London: Department of Health; 2004.
4. SBU. Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport 181. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2007.
5. Schäfer Elinder L, Faskunger J. Fysisk aktivitet och folkhälsa. R 2006:13. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006.
6. Jacobson DM, Strohecker L, Compton MT, Katz DL. Physical activity counseling in the adult primary care setting. Position statement of the American College of Preventive Medicine. *Am J Prev Med* 2005;29:158-62.
7. Harrison RA, McNair F, Dugdill L. Access to exercise referral schemes. A population based analysis. *J Public Health (Oxf)* 2005;27:326-30.
8. Huang N. Motivating patients to move. *Aust Fam Physician* 2005;34:413-7.
9. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counseling patients on physical activity in general practice. Cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 326:793.
10. Sorensen JB, Skovgaard T, Puggaard L. Exercise on prescription in general practice. A systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2006;24:69-74.
11. Faskunger J, Leijon M, Ståhle A, Lamming P. Fysisk aktivitet på Recept (FaR[®]). En vägledning för implementering. R 2007:1. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2007.
12. Kallings LV, Leijon M. Erfarenheter av Fysisk aktivitet på Recept – FaR[®]. R 2003:53. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
13. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. Guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007;25:1105-87.
14. American College of Sports Medicine Position Stand. Physical activity, physical fitness and hypertension. *Med Sci Sports Exerc* 1993;25:i-x.
15. Fagard R, Cornelissen VA. Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14:12-7.
16. Riddoch C, Puig-Ribera A, Cooper A. Effectiveness of physical activity promotion schemes in primary care. A review. London: Health Education Authority; 1998.

17. Eden KB, Orleans CT, Mulrow CD, Pender NJ, Teutsch SM. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;137:208-15.
18. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions. An evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002;22:267-84.
19. Flocke SA, Gordon LE, Pomiecko GL. Evaluation of a community health promotion resource for primary care practices. *Am J Prev Med* 2006;30:243-51.
20. Stange KC, Woolf SH, Gjeltema K. One minute for prevention. The power of leveraging to fulfill the promise of health behavior counseling. *Am J Prev Med* 2002;22:320-3.
21. Green L, Kreuter M. Health program planning. An educational and ecological approach. Boston: McGraw Hill; 1991.
22. Taylor A. The role of primary care in promoting physical activity. I: McKenna J, Riddoch C, red. Perspectives on health and exercise. London: Palgrave Macmillan; 2003.
23. Kallings L, Ståhle A. Motion på recept i de nordiska länderna. *Svensk Idrottsmedicin* 2005;3:32-5.