

1.9 Fysisk aktivitet på recept – FaR[®]

LENA V. KALLINGS, docent, institutionen för fysisk aktivitet och hälsa, Gymnastik- och idrottshögskolan, Stockholm

MARGARETA ERIKSSON, medicine doktor, legitimerad sjukgymnast, legitimerad sjuksköterska, hälso- och sjukvårdsenheten, Region Norrbotten, Luleå

STEFAN LUNDQVIST, medicine doktor, legitimerad fysioterapeut, institutionen för neurovetenskap och fysiologi, sektionen för hälsa och rehabilitering, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, och centrum för fysisk aktivitet, Västra Götalandsregionen, Göteborg

ING-MARI DOHRN, medicine doktor, legitimerad sjukgymnast, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, sektionen för fysioterapi, Karolinska Institutet, Stockholm

● Inledning

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en medicinsk behandlingsmetod som har använts inom svensk hälso- och sjukvård sedan början av 2000-talet. Syftet med FaR är att hälso- och sjukvårdens medarbetare på ett evidensbaserat och strukturerat sätt ska kunna stödja patienter till ökad fysisk aktivitet och metoden bygger på flera komponenter som har visats underlätta beteendeförändring (1). Alla patienter med behov av ökad fysisk aktivitet för att förebygga och behandla sjukdom kan få FaR, förutsatt att deras tillstånd tillåter att den ordinerade fysiska aktiviteten kan utföras utanför hälso- och sjukvården. Metoden rekommenderas i de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor och bedöms vara effektiv (2). Både Världshälsoorganisationen (WHO) och EU lyfter svensk FaR som *best practice* (3, 4).

Grunden i FaR är det individuella rådgivande samtalet där målsättning och planering av överenskommen fysisk aktivitet formaliseras genom en skriftlig ordination samt en individuellt anpassad uppföljning. FaR kan ordinerars av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med kunskap om patientens hälsotillstånd, fysisk aktivitet som prevention och behandling, FaR-metoden, samt lokala rutiner och organisation. Den överenskomna aktiviteten kan vara egen aktivitet eller organiserad via förening eller annan aktivitetsarrangör.

Sammanfattning

- Syftet med Fysisk aktivitet på recept (FaR) är att vårdgivare på ett evidensbaserat och strukturerat sätt ska kunna stödja patienter till ökad fysisk aktivitet.

- FaR-metoden består av fem delar: individuellt rådgivande samtal, skriftlig ordination, uppföljning, evidensbaserat kunskapsstöd (FYSS) och samverkan med aktivitetsarrangörer.

- Grunden i FaR är det individuella personcentrerade rådgivande samtalet där

målsättning och fysisk aktivitet formaliseras genom en skriftlig ordination, samt en individuellt anpassad uppföljning.

- Alla patienter med behov av ökad fysisk aktivitet för att förebygga och behandla sjukdom kan få FaR, förutsatt att den fysiska aktiviteten kan utföras utanför hälso- och sjukvården.

- FaR är en effektiv metod för att öka fysisk aktivitet och förbättra hälsa och livskvalitet.

● FaR som behandlingsmetod – ett personcentrerat förhållningssätt

Ett personcentrerat förhållningssätt utgör basen i FaR-metoden, som består av fem delar där tre delar utgör kärnan i behandlingen (figur 1):

Individuellt rådgivande samtal – är grunden i metoden FaR. I samtalet används öppna frågor för att utforska tidigare erfarenheter av fysisk aktivitet, nuvarande fysisk aktivitet, motivation, förändringsberedskap och målsättning. Samtalet kan med fördel kompletteras med olika mätningar av fysisk kapacitet/funktion och sjukdomsspecifika mått.

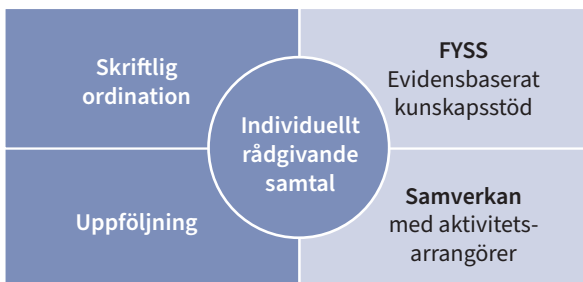
Individanpassad skriftlig ordination – ska inkludera anledning till ordinationen (diagnos), målsättning, typ av fysisk aktivitet (pulshöjande träning, styrketräning, balansträning, rörlighetsträning), form av aktivitet (vilken aktivitet), dos (intensitet, duration, frekvens), eventuella försiktighetsåtgärder eller kontraindikationer, samt när och hur uppföljning ska ske.

Individanpassad uppföljning – är viktig för att vid behov ändra ordinationen och för att stödja beteendeförändringen. Uppföljningen ger möjlighet att utvärdera såväl fysisk aktivitetsnivå som fysisk funktion/kapacitet och sjukdomsspecifika mått. Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor lyfter fram betydelsen av uppföljning för ett lyckat resultat (2).

De två övriga delarna, FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) och samverkan med föreningar och andra aktivitetsarrangörer, används som metodstöd:

FYSS – är ett evidensbaserat kunskapsstöd vid ordination av fysisk aktivitet som innehåller diagnosspecifika rekommendationer. Ordinationen måste dock alltid utgå från personens utgångsläge, vilket kan innebära en lägre nivå än den optimala dosen som är angiven i FYSS.

Samverkan med föreningar och andra aktivitetsarrangörer – bidrar till att skapa stödjande strukturer som kan underlätta för personen att komma i gång med fysisk aktivitet och vidmakthålla det nya beteendet. Grundidén med FaR är att den fysiska aktiviteten utförs utanför hälso- och sjukvården och kan omfatta såväl vardagsaktiviteter som strukturerad träning. Aktiviteterna kan utföras på egen hand eller vara organiserade gruppaktiviteter.



Figur 1. Den svenska FaR-metoden består av fem komponenter, där tre utgör kärnan i behandlingen och två utgör metodstöd.

● FaR-behandling i praktiken

Dessa tre steg beskriver det praktiska tillvägagångssättet vid ordination av FaR. (För fördjupning se kapitel Bedöma och utvärdera och Individanpassad rådgivning om fysisk aktivitet.)

1. Individuellt rådgivande samtal

Samtala kring patientens tidigare och nuvarande fysiska aktivitet samt stillasittande tid. Personens

● **Faktaruta 1.** Borg RPE-skalan®

6	Ingen ansträngning alls
7	Extremt lätt
8	
9	Mycket lätt
10	
11	Lätt
12	
13	Något ansträngande
14	
15	Ansträngande
16	
17	Mycket ansträngande
18	
19	Extremt ansträngande
20	Maximal ansträngning

© Gunnar Borg 1970, 1985, 1994, 1998, 2006

® 2000

tidigare erfarenheter av fysisk aktivitet är viktig då den kan påverka förändringsberedskapen. Bedöm nuvarande fysisk aktivitet utifrån typ av aktivitet, intensitet, duration och frekvens. Intensitet kan skattas genom upplevd ansträngning enligt Borg RPE-skalan® (5), se faktaruta 1, där låg intensitet = RPE 8–11, måttlig intensitet = RPE 12–13, hög intensitet = RPE 14–17 och mycket hög intensitet = RPE 18–20.

Använd frågorna om fysisk aktivitet och tid i stillasittande som är validerade och som rekommenderas av Socialstyrelsen (6–8), faktaruta 2 och 3. Fråga även om muskelstärkande fysisk aktivitet.

För att få en mer objektiv skattning av fysisk aktivitetsnivå så kan en rörelsemätare (stegräknare eller accelerometer) användas. Rörelsemätaren används av personen under en vecka där antalet steg alternativt aktivitetsmönster registreras. En aktivitetsdagbok är ett annat alternativ som också kan ge värdefull information och vara ett bra stöd för beteendeförändring, Journalför utgångsvärdena för fysisk aktivitet och stillasittande för kommande uppföljning och utvärdering.

● **Faktaruta 2.** Socialstyrelsens indikatorfrågor, ”Aktivitetsminuter” för att, inom hälso- och sjukvården, bedöma och utvärdera fysisk aktivitet.

1. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt **fysisk träning** som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?

- 0 minuter/Ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30–60 minuter (0,5–1 timme)
- 60–90 minuter (1–1,5 timmar)
- 90–120 minuter (1,5–2 timmar)
- Mer än 120 minuter (2 timmar)

2. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt **vardagsmotion**, till exempel promenad, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid*.

- 0 minuter/Ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30–60 minuter (0,5–1 timme)
- 60–90 minuter (1–1,5 timmar)
- 90–150 minuter (1,5–2,5 timmar)
- 150–300 minuter (2,5–5 timmar)
- Mer än 300 minuter

* Tillägget om ”minst 10 minuter åt gången” är borttaget för samstämmighet med rekommendationerna om fysisk aktivitet (ny valideringsstudie pågår).

● **Faktaruta 3.** SED-GIH-frågan för att, inom hälso- och sjukvården, bedöma och utvärdera stillasittande beteende.

1. Hur mycket **sitter** du under ett normalt dygn om man räknar bort sömn?

- Så gott som hela dagen
- 13–15 timmar

- 10–12 timmar
- 7–9 timmar
- 4–6 timmar
- 1–3 timmar
- Aldrig

Beredskap, tilltro och motivation till förändring

Samtala med patienten om hinder och möjligheter, motivation, tilltro och beredskap till förändring av sin fysiska aktivitet. Försök identifiera aktiviteter som personen är intresserad av och som upplevs som lustfyllda och möjliga att genomföra. Stöd från omgivningen och socioekonomiska aspekter bör också beaktas. Använd gärna någon beteendevetenskaplig samtalsmetodik, exempelvis motiverande samtal (MI). Använd öppna, utforskande frågor i samtalet för att stödja personens egna tankar, idéer och förändringsvilja. Se exempel i faktaruta 4.

● Faktaruta 4. Förslag på öppna utforskande frågor om fysisk aktivitet

- Vad känner du till om fysisk aktivitet och dess effekter på ditt hälsotillstånd?
- Berätta om dina tidigare erfarenheter av fysisk aktivitet.
- Beskriv vad fysisk aktivitet betyder för dig.
- Vad för fysisk aktivitet tycker du om?
- Har du funderat på att bli mer fysiskt aktiv? Berätta.
- På vilket sätt tror du att du kan öka din fysiska aktivitet?
- Vilken fysisk aktivitet skulle du kunna tänka dig att komma igång med?
- När, var och hur kan du vara fysiskt aktiv?
- Ser du idag några hinder för att öka din fysiska aktivitet?
- Behöver du något stöd för att komma igång och bli mer fysiskt aktiv?
- Hur viktigt är det för dig att bli mer fysiskt aktiv? (VAS 0–10)*
- Hur beredd är du att öka din fysiska aktivitet? (VAS 0–10)
- Hur säker är du på att lyckas öka din fysiska aktivitet? (VAS 0–10)

*VAS = visuell analog skala

2. Individanpassad skriftlig ordination

Formulera i överenskommelse med patienten en individuellt doserad ordination och målsättningen med denna. Detta görs utifrån personens hälso- och funktionsstatus, förutsättningar och den information som framkommer i det individuella samtalet, inklusive riskbedömning (se kapitel Riskbedömning vid fysisk aktivitet). Aktiviteter som upplevs som positiva och som kan integreras i personens dagliga liv underlättar att vidmakthålla en beteendeförändring.

En lämplig ordination kan vara att stegvis: a) minska tid i stillasittande, b) öka mängd daglig fysisk aktivitet och c) utföra individuellt diagnosanpassad fysisk aktivitet/träning. Använd relevanta diagnoskapitel i FYSS som stöd och ta hänsyn till att flera diagnoser kan vara aktuella. Individanpassa alltid dosen av fysisk aktivitet. Detta innebär ofta att starten av behandlingen sker på en lägre dos än den rekommenderade. Genom att starta försiktigt och sedan successivt öka dosen minskas risken för skador, samtidigt som möjligheten att personen kan klara av ordinationen och lyckas ökar. Målet är att stegra dosen till den terapeutiska nivå som behövs för att optimalt påverka personens hälsa.

På receptet (ordinationsblanketten) formuleras personens målsättning med att öka sin fysiska aktivitet och ordinationen specificeras. Fyll i typ av fysisk aktivitet (pulshöjande, muskelstärkande, balans- och/eller rörlighetsfrämjande), form av aktivitet, samt dos (intensitet, duration, frekvens). Ange eventuella försiktighetsåtgärder eller kontraindikationer. Gör sedan, i samråd med patienten, upp en plan för genomförande och bestäm tid för uppföljning. Den skriftliga ordinationen signeras och patienten får en kopia att ta med sig. Flera regioner har utvecklat sin egen variant av ordinationsblankett som oftast är integrerad i respektive journalsystem.

(På YFA:s hemsida finns en ordinationsblankett utvecklad av YFA och Region Stockholm, som gärna

får användas och integreras i flera regioner, se <http://www.yfa.se/2021/03/ordination-av-far-ny-blankett-med-manual-2/>.)

3. Individanpassad uppföljning

Uppföljningen syftar till att resonera kring ordinerad fysisk aktivitet och stillasittande tid samt vid behov justera val av aktivitet och dosen för denna. Anpassa tidsintervallet för uppföljning utifrån personens hälsostatus och behov av motivationsstöd. Täta och tidiga uppföljningar, inom någon till några veckor, är värdefulla om personen har låg förändringsberedskap och/eller låg motivation. Vid uppföljningen utvärderas:

- Föregående period gällande fysisk aktivitet, stillasittande och målsättning
- Aktuell fysisk aktivitetsnivå och stillasittande tid
- Fysisk funktion/kapacitet och sjukdomsspecifika mått
- Motivationsgrad och tilltro till förmåga att fortsätta med beteendeförändringen

Uppföljningen sker vanligtvis via återbesök, men även telefon/videokontakt samt e-mail/brevkontakt kan användas. Uppföljningen kan göras av annan vårdgivare än den som ordinerat behandlingen. Samordningsrutiner bör finnas för patienter som fått FaR inom akut- eller korttidsvård så att uppföljningen kan ske i primärvården.

Eventuellt utformas en ny, justerad och optimerad ordination som patienten får med sig tillsammans med en ny uppföljningstid. Det finns ingen *gold standard* för hur många gånger eller hur lång tid patienten ska följas upp. Regelbundet och långsiktigt stöd kan vara en underlättande faktor för beteendeförändring (9).

● FaR – regelverk

FaR är en behandlingsmetod som är framtagen för hälso- och sjukvården. Lagstiftningen detaljstyr inte vem som får göra vad, men hälso- och sjukvårdspersonal som ordinerar fysisk aktivitet som behandling bär själv ansvaret för åtgärden i enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659). Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Inom ramen för sitt yrkesansvar kan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ordinera fysisk aktivitet och FaR om hen dessutom har tillräckliga kunskaper om:

- patientens aktuella hälsoläge
- hur fysisk aktivitet kan användas som prevention och behandling
- personcentrerat samtal
- metoden FaR
- lokala rutiner för FaR.

Såväl skriftlig ordination som muntliga råd om fysisk aktivitet ska dokumenteras i patientjournalen (patientdatalagen (2008:355)). Dokumentationen av åtgärd vid otillräcklig fysisk aktivitet ska göras enligt Klassifikation av vårdåtgärd (KVÅ), Socialstyrelsen, se faktaruta 5. Vid all rådgivning och rekommendation om fysisk aktivitet ska en individuell bedömning av eventuella försiktighetsåtgärder eller kontraindikationer göras, liksom bedömning av specifika sjukdomsrelaterade behov. Riskbedömning görs utifrån anamnes samt resultat från eventuella undersökningar och tester, och ingår i den individuella anpassningen vid behandling med fysisk aktivitet. Se även kapitel Riskbedömning vid fysisk aktivitet. Uppföljning av ordination av fysisk aktivitet ska ske på samma sätt som annan behandling inom hälso- och sjukvården (hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)).

● **Faktaruta 5.** KVÅ-koder (klassifikation av vårdåtgärder) som bör användas vid behandling med FaR inom hälso- och sjukvården.

- DV131 Enkla råd vid fysisk aktivitet
- DV132 Rådgivande samtal vid fysisk aktivitet (upp till 30 minuters samtal, rekommenderas som bas för FaR-behandling enligt Socialstyrelsen)
- DV133 Kvalificerat rådgivande samtal vid fysisk aktivitet
- DV200 Utfärdande av FaR
- AW005 Uppföljning av tidigare utfärdat FaR

Det är viktigt att säkerställa att sekretess och tystnadsplikt gäller vid behandling med FaR (offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)). Patienten måste samtycka innan en kopia på ordinationsblanketten eventuellt skickas, för kännedom eller vidare lotsning, till en aktivitetsarrangör utanför sjukvården. Eftersom sekretesslagen inte gäller utanför hälso- och sjukvården bör i stället kontrakt gällande tystnadsplikt upprättas med aktivitetsarrangör som tar emot patientinformation via FaR.

I de flesta regioner finns vårdprogram eller andra styrdokument för arbetet med levnadsvanor och i dessa ingår ofta hur FaR är organiserat regionalt. Många regioner har även kompetenshöjande utbildningsinsatser för medarbetare inom hälso- och sjukvården, samt information och utbildning för aktivitetsarrangörer om hur stöd till personer som fått FaR bör organiseras och genomföras. Vidare finns ofta lokala rutiner framtagna och det är av vikt att dessa implementeras så att de är lätta att följa.

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården är det verksamhetschefen som avgör vem som har tillräcklig kunskap och som får ordinera FaR. I vissa regioner förekommer det att ordination av FaR även kan göras av icke legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, på delegation. I dessa fall bedömer legitimerad medarbetare hälsoriskerna och sedan delegeras själva det personcentrerade samtalet och den preciserade ordinationen till en annan personalkategori.

FaR® är ett registrerat varumärke som ägs av YFA (Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet) för att säkerställa att metoden används i enlighet med syftet.

● **Regionala anpassningar av FaR-arbetet**

Stöd och motivation till beteendeförändring är viktiga nycklar för att nå ökad fysisk aktivitet. Individens förändringsberedskap är därmed central. Behovet av stöd varierar, där vissa personer behöver mer individuellt anpassat stöd utifrån motivationsgrad, tilltro till egen förmåga att vara fysiskt aktiv i olika situationer (*self-efficacy*) eller osäkerhet utifrån sitt hälsotillstånd. FaR-metoden har utvecklats under åren och det finns olika lokala och regionala lösningar för hur stöd till personer som fått FaR kan organiseras (se figur 2). I grunden är det dock alltid den vårdgivare som ordinerat FaR som ansvarar både för behandling, motivationsstöd och uppföljning.

Motivationsstöd eller annat stöd för att komma i gång med fysisk aktivitet kan organiseras inom hälso- och sjukvården, antingen via speciella FaR-samordnare/lotsar eller genom lokala rutiner på enheten. Exempelvis kan en läkare ge enkla råd och initiera behandling med FaR, medan det individuellt rådgivande samtalet och själva ordinationen görs av en fysioterapeut eller sjuksköterska på enheten. I vissa regioner finns förstärkt stöd att få av fysioterapeuter på speciella FaR-mottagningar.

Stöd/coachning kan även ges utanför hälso- och sjukvården, exempelvis av en hälsopedagog, i samverkan med vårdgivare. Då sker motivationsstöd och uppföljning av den fysiska aktiviteten utanför



Figur 2. Flödesschema vid behandling med FaR.

hälso- och sjukvården, men med återkoppling till vårdgivaren som ordinerat FaR. Uppföljning av själva ordinationen och sjukdomsspecifika mått sker alltid inom hälso- och sjukvården.

Exempel på andra regionala stödstrukturer vid behandling med FaR är olika beslutstöd, patientinformation på olika språk, aktivitetsdagböcker, hemsidor med information om lämpliga aktiviteter, samt lokalt utformad samverkan med föreningar och aktivitetsarrangörer.

● FaR till barn och ungdomar

I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor ges hög prioritet till att barn och ungdomar med otillräcklig fysisk aktivitet bör erbjudas rådgivande samtal inom både hälso- och sjukvården och elevhälsan (2). FaR har tagits fram och utvärderats som en behandlingsmetod för vuxna och i dagsläget finns inget vetenskapligt stöd för FaR till barn och ungdomar, men studier pågår. Positiva erfarenheter finns dock från flera regioner, till exempel Region Stockholm och Västra Götalandsregionen, som använder FaR för barn och ungdomar. Nedan beskrivs några av de riktlinjer och rutiner som används i regionerna.

FaR kan användas som behandling för barn och ungdomar som är otillräckligt fysiskt aktiva och som utvecklat ohälsa eller som tillhör en riskgrupp för att utveckla ohälsa till följd av en fysiskt inaktiv livsstil. Exempel på mottagningar där FaR kan användas är barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomshabilitering, ungdomsmottagning, rehabmottagning, vårdcentral samt inom elevhälsan. Samverkan mellan hälso- och sjukvård, elevhälsa och aktivitetsarrangör/föreningsverksamhet bör eftersträvas. För att underlätta fysisk aktivitet för barn med funktionsnedsättning är samverkan med habilitering och hjälpmedelscentral värdefull. Förenklade ordinationsblanketter finns framtagna för barn och ungdomar, liksom specialanpassat material som stöd vid ordination av FaR.

Det personcentrerade samtalet bör anpassas utifrån barnets ålder och mognad och ske tillsammans med vårdnadshavare eller närstående, framför allt vid ordination till barn 6–12 år. Eftersom barns levnadsvanor till stor del är beroende av föräldrarnas val och möjligheter att ge stöd, är ett familjecentrerat förhållningssätt i samtalet nödvändigt. Vid ordination till ungdomar, från cirka 13 år och uppåt kan ofta ungdomen ta ett större ansvar utifrån personlig mognad och förutsättningar. Till ungdomar från 16 år kan FaR ordinerats på samma sätt som till vuxna, med hänsyn tagen till mognad, men vårdnadshavare bör informeras. Användning av FaR till barn i förskoleåldern (2–5 år) rekommenderas inte (2).

● Vetenskaplig utvärdering av FaR

FaR leder till ökad fysisk aktivitet och förbättrad hälsa

En systematisk litteraturgenomgång av randomiserade kontrollerade FaR-studier visar att det finns vetenskapligt stöd för att den svenska FaR-metoden kan öka den fysiska aktiviteten hos patienter som är otillräckligt fysiskt aktiva (10). Översikten visar också att FaR-behandling kan öka fysisk kapacitet, minska kroppsvikt och midjemått, samt möjligen leda till skillnad i glukosmetabolism och hälsorelaterad livskvalitet. Effekten av FaR på blodtryck eller blodfetter är dock osäker. Studierna har inkluderat personer med övervikt, bukfetma, nedsatt insulinkänslighet och andra kardiometabola riskfaktorer, samt TIA (transitorisk ischemisk attack). Trots att sjukdomsbördan generellt är hög hos personer som fått FaR (11) har flera kliniska uppföljningsstudier i svensk primärvård visat att effekter av FaR, såsom förbättrad fysisk och psykisk självskattad hälsa, kan kvarstå i upp till två år (9, 12, 13).

Följsamhet

Mer än hälften av de personer som fått FaR följer ordinationen i upp till två år (9, 13–16), vilket är minst lika bra som vid annan långtidsbehandling (17). Faktorer som gynnar följsamhet till ordinationen är hög tilltro till sin förmåga att vara regelbundet fysisk aktiv, hög beredskap att öka sin aktivitet, samt positivt skattad fysisk livskvalitet (18). FaR är en effektiv metod för att öka den fysiska aktiviteten både hos helt inaktiva patienter och hos de som redan är något aktiva, men inte når rekommenderad fysisk aktivitetsnivå (12, 18, 19).

Kostnadseffektivitet

Det finns i dagsläget inga hälsoekonomiska studier publicerade gällande svensk FaR-intervention. Däremot har andra typer av interventioner för att öka fysisk aktivitet analyserats inom hälso- och sjukvården och visat på goda resultat gällande kostnadseffektivitet (20–22). Interventionerna, patientgrupperna och utvärderingsförfarandet har dock sett olika ut, vilket gör det svårt att fastställa vilken typ av intervention som är mest kostnadseffektiv. Ett fåtal studier är gjorda i Sverige, där interventioner inom primärvården riktat sig mot förändring av fysisk aktivitet och kost, och då framför allt för vuxna med kardiometabola riskfaktorer. Dessa har visat på god kostnadseffektivitet (23–25).

Patientperspektiv

En majoritet av patienterna ställer sig positiva till att hälso- och sjukvården erbjuder samtal kring levnadsvanor och behandling med FaR (26). Nio av tio patienter skulle också välja fysisk aktivitet före farmakologisk behandling om effekterna av dessa behandlingar var likvärdiga. Studier har visat att erbjudande om behandling med FaR upplevs positivt, även av personer som inte förväntat sig FaR vid kontakt med vården, speciellt om vårdgivaren uppvisar kvalitet och skicklighet gällande behandlingen (27–30).

Vidare visar forskningen att den skriftliga ordinationen innebär att den överenskomna fysiska aktiviteten tas på mer allvar, ökar motivationen och tjänar som en påminnelse (1, 29, 30). Uppföljningen upplevs som en motiverande faktor som underlättar beteendeförändringen. Mätning och uppföljning av hälsoeffekter, såsom kontroll av riskfaktorer, upplevs som en trygghet. En professionell och respektfull dialog med vårdgivaren med individanpassning av ordinationen och stödet anges som viktiga faktorer under FaR-behandlingen (29, 30). Att personens egna åsikter, önskemål och integritet beaktas är viktigt för att hitta en fysisk aktivitet som känns motiverande, tilltalande och funktionell i det vardagliga livet.

Patienter som fått FaR uppger att hinder för beteendeförändring och ökad fysisk aktivitet bland

annat är: sjukdom eller andra hälsorelaterade begränsningar, långvarig smärta, tidsbrist, ”inte den sportiga typen”, dåligt väder, och motstånd till hård fysisk ansträngning (29, 30).

Medarbetarperspektiv

Studier har visat att 70–90 procent av hälso- och sjukvårdens medarbetare är positiva till att arbeta med levnadsvaneförändring och FaR (26). Det finns dock ett glapp mellan personalens positiva inställning och det arbete som utförs i klinisk vardag (1, 31). I en forskningsstudie från 2013 angav allmänläkare svårigheter med att bryta den farmakologiska behandlingstraditionen till förmån för FaR och att förbättrade rutiner, riktlinjer och utbildning behövdes (32). Sjuksköterskor inom primärvården angav i en studie från 2015 att FaR är en viktig behandlingsmetod i det dagliga kliniska patientarbetet som fått en mer framskjuten position (33), dels via Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2), dels via ökad förfrågan från patienter. Kunskap kring den individuellt avpassade FaR-processen sågs som en grundläggande framgångsfaktor för att stödja beteendeförändring.

Medarbetare och ledningspersoner inom primärvården delgav 2018 sina erfarenheter kring vad som krävs för en framgångsrik implementering av FaR i primärvård (34). Utbildning, ökad kunskap, positiv attityd och tilltro till FaR som behandlingsmetod bland medarbetarna angavs som viktiga faktorer. Intresse och stöd från ledningsorganisationen, implementering av riktlinjer och rutiner, samt avsatt tid för arbetet med FaR ansågs nödvändig. En FaR-samordnande medarbetare på varje primärvårdsenhet som kan verka utifrån lokalt förankrade rutiner, ett ökat samarbete med fysioterapeut, samt kommunikation med föreningar och andra aktivitetsarrangörer bedömdes också som viktiga delar.

REFERENSER

1. SBU. Metoder för att främja fysisk aktivitet: en systematisk litteraturoversikt. Stockholm Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2007. SBU rapport 181.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
3. World Health Organization. Promoting physical activity in the health sector. Current status and success stories from the European Union Member States of the WHO European Region. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. EUPAP Home page [cited 2021 May 10th]. Available from: <https://www.eupap.org/>.
5. Borg G. Borg's perceived exertion and pain scales. Champaign, IL: Human Kinetics; 1998.
6. Olsson SJG, Ekblom Ö, Andersson E, et al. Categorical answer modes provide superior validity to open answers when asking for level of physical activity: A cross-sectional study. *Scand J Public Health*. 2016;44:70-6.
7. Kallings LV, Olsson SJG, Ekblom Ö, et al. The SED-GIH: A Single-Item Question for Assessment of Stationary Behavior - A study of concurrent and convergent validity. *Int J of Environ Res Public Health*. 2019;16:4766.
8. Larsson K, Kallings LV, Ekblom O, et al. Criterion validity and test-retest reliability of SED-GIH, a single item question for assessment of daily sitting time. *BMC Public Health*. 2019;19:17.
9. Lundqvist S, Börjesson M, Cider Å, Hagberg L, et al. Long-term physical activity on prescription intervention for patients with insufficient physical activity level - a randomized controlled trial. *Trials*. 2020;21:793.
10. Onerup A, Arvidsson D, Blomqvist Å, et al. Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2019;53:383-8.
11. Andersen P, Holmberg S, Lendahls L, et al. Physical activity on prescription with counsellor support: a 4-year registry-based study in routine health care in Sweden. *Healthcare*. 2018;6:34.
12. Kallings LV, Leijon M, Hellenius ML, et al. Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scand J Med Sci Sports*. 2008;18:154-61.
13. Rödger L, H. Jonsdottir I, Börjesson M. Physical activity on prescription (PAP): self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. *Scand J Prim Health Care*. 2016;34:443-52.
14. Kallings LV, Leijon ME, Kowalski J, et al. Self-reported adherence: a method for evaluating prescribed physical activity in primary health care patients. *J Phys Act Health*. 2009;6:483-92.

15. Leijon M, Bendtsen P, Stahle A, et al. Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care. *BMC Fam Pract.* 2010;11:38.
16. Lundqvist S, Börjesson M, Larsson MEH, et al. Physical activity on prescription (PAP), in patients with metabolic risk factors. A 6-month follow-up study in primary health care. *PLoS One.* 2017;12:e0175190.
17. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
18. Lundqvist S, Börjesson M, Larsson MEH, et al. Which patients benefit from physical activity on prescription (PAP)? A prospective observational analysis of factors that predict increased physical activity. *BMC Public Health.* 2019;19:482.
19. Leijon ME, Bendtsen P, Nilsen P, et al. Does a physical activity referral scheme improve the physical activity among routine primary health care patients? *Scand J Med Sci Sports.* 2009;19:627-36.
20. Garrett S, Elley CR, Rose SB, et al. Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence. *Br J Gen Pract.* 2011;61:e125-33.
21. Vijay G, Wilson EC, Suhrcke M, et al. Are brief interventions to increase physical activity cost-effective? A systematic review. *Br J Sports Med.* 2016;50:408-17.
22. Hagberg LA, Lindholm L. Review Article: Cost-effectiveness of healthcare-based interventions aimed at improving physical activity. *Scand J Public Health.* 2006;34:641-53.
23. Lindgren P, Fahlstadius P, Hellénus M-L, et al. Cost-effectiveness of primary prevention of coronary heart disease through risk factor intervention in 60-year-old men from the county of Stockholm – a stochastic model of exercise and dietary advice. *Prev Med.* 2003;36:403-9.
24. Eriksson MK, Hagberg L, Lindholm L, et al. Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. *Arch Intern Med.* 2010;170:1470-9.
25. Feldman I, Hellström L, Johansson P. Heterogeneity in cost-effectiveness of lifestyle counseling for metabolic syndrome risk groups – primary care patients in Sweden. *Cost Eff Resour Alloc.* 2013;11:19.
26. Kallings LV, Leijon M. Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept, FaR. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. Report No.: 2003:53.
27. Joëlsson M, Bernhardsson S, Larsson MEH. Patients with chronic pain may need extra support when prescribed physical activity in primary care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care.* 2017;35:64-74.
28. Jansson A-SB, Carlsson G. Physical activity on prescription at the time of stroke or transient ischemic attack diagnosis – from a patient perspective. *Disabil Rehabil.* 2021;43:1121-8.
29. Andersen P, Lendahls L, Holmberg S, et al. Patients' experiences of physical activity on prescription with access to counsellors in routine care: a qualitative study in Sweden. *BMC Public Health.* 2019;19:210.
30. Joëlsson M, Lundqvist S, Larsson MEH. Tailored physical activity on prescription with follow-ups improved motivation and physical activity levels. A qualitative study of a 5-year Swedish primary care intervention. *Scand J Prim Health Care.* 2020;38:399-410.
31. Ek A, Ekblom Ö, Ekström M, et al. The gap between stated importance of and clinical work in promoting healthy lifestyle habits by healthcare professionals in a Swedish hospital setting: A cross-sectional survey. *Health Soc Care Community.* 2021;29:385-94.
32. Persson G, Brorsson A, Ekvall Hansson E, et al. Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective – a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2013;14:128.
33. Bohman DM, Mattsson L, Borglin G. Primary healthcare nurses' experiences of physical activity referrals: an interview study. *Prim Health Care Res Dev.* 2015;16:270-80.
34. Gustavsson C, Nordqvist M, Broms K, et al. What is required to facilitate implementation of Swedish physical activity on prescription? – interview study with primary healthcare staff and management. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:196.