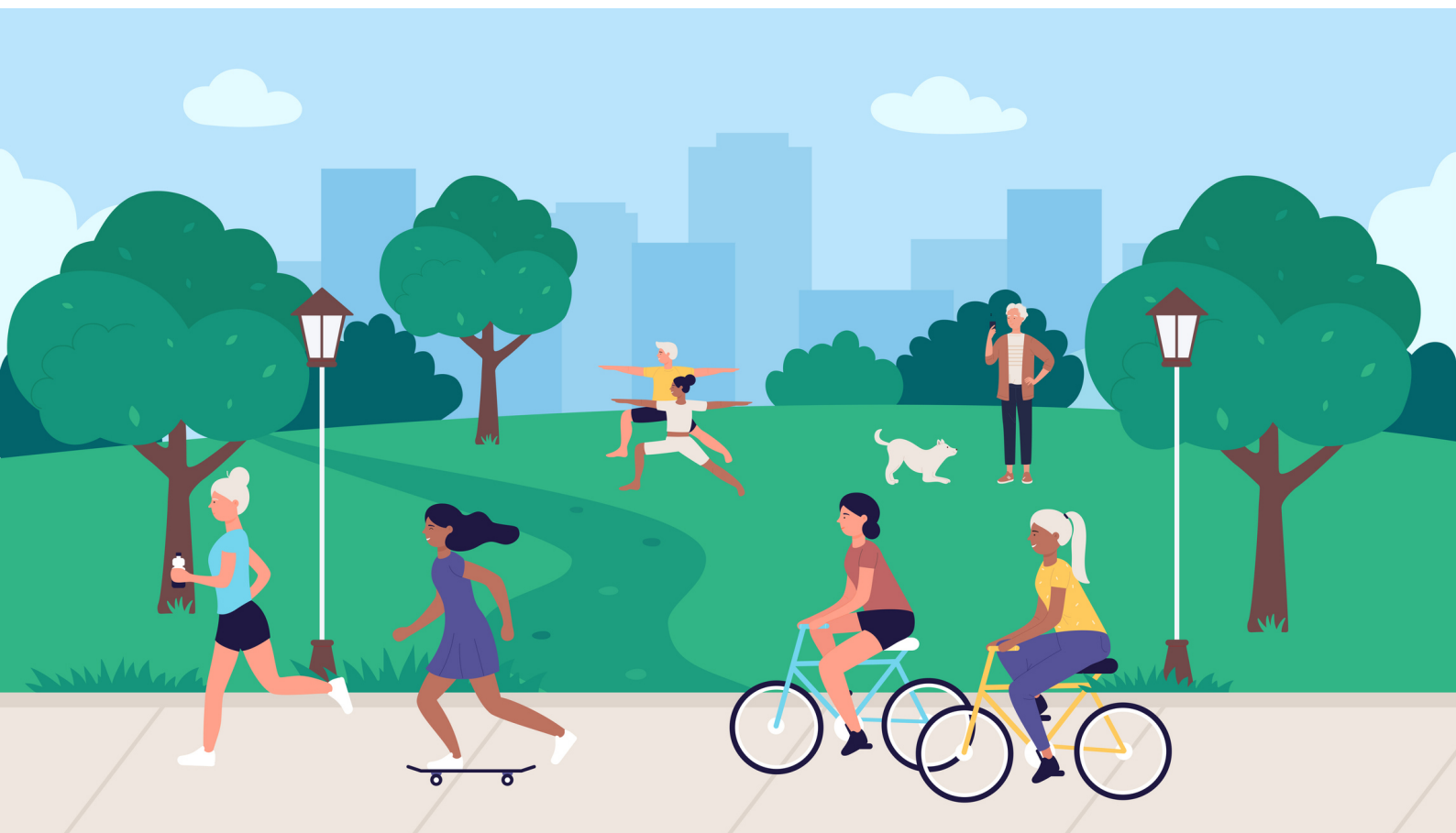


# Fysisk aktivitet på recept (FaR) som prevention och behandling till personer med psykisk ohälsa

Riktat stöd till både individer och förskrivare



Citera gärna Akademiskt primärvårdscentrums rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt:

Bergström H, Berg C, Flygare Wallén E. Fysisk aktivitet på recept (FaR) som prevention och behandling till personer med psykisk ohälsa. Riktat stöd till både individer och förskrivare. Stockholm: Akademiskt primärvårdscentrum; 2021.

**Akademiskt primärvårdscentrum**

Box 45436, 113 65 Stockholm

[www.akademisktprimarvardscentrum.se](http://www.akademisktprimarvardscentrum.se)

© Akademiskt primärvårdcentrum

Författare: Helena Bergström, Cecilia Berg och Eva Flygare Wallén. Lena Lund, enhetschef, har bidragit med värdefulla synpunkter.

Omslagsfoto: Istockphoto.com

Stockholm februari 2021

## Förord

Det är med stor glädje som jag presenterar rapporten Fysisk aktivitet på recept (FaR) som prevention och behandling till personer med psykisk ohälsa - Riktat stöd till både individer och förskrivare.

Regelbunden fysisk aktivitet är förenat med minskad risk att insjukna i de flesta stora folksjukdomarna. Dessutom kan regelbunden fysisk aktivitet behandla sjukdom där minskad oro och nedstämdhet är en av effekterna. Rekommendationer om fysisk aktivitet uppdaterades med stärkt evidens av världshälsoorganisationen (WHO) år 2020 och år 2021 i Sverige. Under år 2021 kommer även en uppdaterad version av handboken Fysisk aktivitet som sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) att lanseras. Fysisk aktivitet är inte enbart bra för individens hälsa, det kan också bidra till att vi uppnår FN's globala mål för hållbar utveckling.

Psykisk ohälsa är ett stort folkhälsoproblem i Sverige. Primärvården har en viktig roll att förebygga och behandla psykisk ohälsa. Fysisk aktivitet är en av de rekommenderade åtgärderna dock kan personer med psykisk ohälsa behöva extra stöd för att vara fysiskt aktiva.

Den stora utmaningen är HUR vi kan stödja de som behöver förändra sina vanor och bli mer fysiskt aktiva. Den internationella organisationen ISPAH (International Society for Physical Activity and Health) har sammanställt vilka åtgärder som är effektiva att stödja ökad fysisk aktivitet. Hälso- och sjukvården är identifierad som en viktig arena och rådgivning om fysisk aktivitet med metoder som FaR visar goda resultat. Om samverkan sker med det omgivande samhället är förutsättningarna att lyckas ännu högre. I Sverige är FaR en etablerad och evidensbaserad metod men den används i begränsad utsträckning och det saknas på många håll struktur och rutiner.

I rapporten beskrivs hur ökat stöd till både förskrivare och individer kan bidra till ökad användning av metoden och ökad fysisk aktivitet och bättre hälsa bland personer med psykisk ohälsa. Rapporten kommer mycket lägligt och kan bidra som ett stort stöd för hälso- och sjukvården.

Stockholm i februari 2021

### **Maria Hagströmer**

Professor i fysioterapi vid Karolinska Institutet och förenad anställning med akademiskt primärvårdscentrum, Region Stockholm

# Innehållsförteckning

Förord .....	3
Sammanfattning.....	6
Bakgrund .....	8
Fysisk aktivitet vid psykisk ohälsa .....	8
Fysisk aktivitet på recept (FaR).....	9
FaR som prevention och behandling till personer med psykisk ohälsa.....	10
Syfte.....	12
Frågeställningar .....	12
Metod .....	13
Utvecklingen av interventionen .....	13
Projektorganisation .....	13
Utveckling av interventionens logiska struktur .....	13
Beskrivning av interventionen .....	14
Interventionskomponent: Stöd från hälsopedagoger på FaR-mottagningar	14
Implementeringsstrategi 1: Fortbildning för FaR-förskrivare .....	15
Implementeringsstrategi 2: Ekonomisk kompensation till förskrivarenheter	15
Implementeringsstrategi 3: Expertstöd.....	15
Studiedesign .....	16
Rekrytering av deltagare.....	16
Målgrupp för interventionen.....	16
Etiska frågeställningar .....	18
Följsamhet till interventionen .....	18
Beskrivning av processen .....	18
Effektutvärdering .....	19
KVÅ-kodning och blankettstatistik.....	19
Frågor till FaR-förskrivare .....	19
Frågor till personer som fått FaR.....	20
Kapacitetstester.....	20
Statistisk analys.....	21
Kvalitativ intervjustudie .....	21
Rekrytering av deltagare.....	21
Datainsamling .....	23
Dataanalys .....	24
Resultat .....	25
Beskrivning av deltagare.....	25

Deltagande hälso- och sjukvårdsenheter.....	25
Deltagande personer .....	26
Följsamhet till interventionen.....	28
Genomförande av fortbildning för FaR-förskrivare .....	28
Stöd från hälsopedagoger på FaR-mottagningar .....	28
Beskrivning av process.....	28
Process vid fortbildning för FaR-förskrivare .....	28
Process på FaR-mottagningar .....	29
Interventionens effekt.....	32
Förskrivning av FaR.....	32
Beskrivning av FaR-förskrivare som besvarade frågor om fysisk aktivitet och FaR	33
Förskrivarnas kunskaper och attityder kring FaR-metoden .....	33
Förskrivarnas och förskrivarenheternas rutiner kring FaR-metoden .....	34
Beskrivning av personer som fått FaR och som besvarade frågor om hälsa och levnadsvanor .....	37
Personernas hälsa och fysiska aktivitetsvanor .....	37
Korrelation mellan deltagarnas motivation och utfall.....	39
Personernas fysiska kapacitet .....	39
Intervjustudie .....	40
Tema: En fungerande länk mellan vård och egenvård .....	40
Kategori 1: Aktörernas engagemang .....	41
Kategori 2: FaR-arbetets struktur.....	42
Kategori 3: Förutsättningar i miljön.....	46
Diskussion .....	51
Interventionens effekter .....	51
Implementering .....	52
Styrkor och svagheter .....	53
Slutsatser .....	55
Referenser .....	56
Bilagor .....	58

# Sammanfattning

Psykisk ohälsa är ett folkhälsoproblem i Sverige. Fysisk aktivitet har, både som prevention och som behandling, god effekt vid flera former av psykisk ohälsa. Ett sätt att stödja personer i kontakt med hälso- och sjukvården till ökad fysisk aktivitet är att använda metoden Fysisk aktivitet på recept (FaR).

Forskning visar att FaR har god potential att öka fysisk aktivitet. Enligt en rapport från Region Stockholm används dock FaR i begränsad utsträckning inom primärvården, och det finns brist på rutiner vid förskrivning. Dessutom finns indikationer på att personer med psykisk ohälsa kan ha större behov av stöd, än det som vanligtvis ges inom hälso- och sjukvården, för att genomföra en ordination av fysisk aktivitet. Mot denna bakgrund fanns ett behov av att utveckla en intervention för att förbättra förskrivarnas följsamhet till FaR-metoden och samtidigt ge personer med psykisk ohälsa och behov av ökad fysisk aktivitet stöd till beteendeförändring.

Projektets syfte var att utveckla och utvärdera en intervention för utökat stöd vid förskrivning av FaR (Fysisk aktivitet på recept) till personer med psykisk ohälsa.

Interventionen utformades av Akademiskt primärvårdscentrum (APC) med stöd av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm. Interventionen inkluderade en interventionskomponent (stöd från hälsopedagoger på FaR-mottagningar) och tre implementeringsstrategier: 1) fortbildning för FaR-förskrivare, 2) ekonomisk kompensation till förskrivarenheter och 3) expertstöd. FaR-mottagningar upprättades i två områden i Stockholms län och inom dessa rekryterades så många hälso- och sjukvårdsenheter som möjligt. Målgrupp för interventionen var barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa eller hotande psykisk ohälsa.

Följsamhet studerades genom att dokumentera genomförda fortbildningar för FaR-förskrivare samt genomfört stöd från hälsopedagoger på FaR-mottagningar till personer som fått FaR. Effekt utvärderades avseende antalet förskrivna FaR, förskrivarnas kunskaper, attityder och rutiner i relation till FaR samt individernas motivation, fysiska aktivitetsvanor, upplevda hälsa och fysiska kapacitet. Antalet förskrivna FaR bedömdes med hjälp av KVÅ-kodning och personernas fysiska kapacitet bedömdes med hjälp av fysiska tester. Övriga utfallsmått bedömdes med hjälp av frågor i frågeformulär.

En kvalitativ studie genomfördes för att undersöka vad som är av betydelse vid implementering av FaR-mottagningar för stöd till personer med psykisk ohälsa. Sammanlagt intervjuades 16 personer, varav fyra hälsopedagoger, sju FaR-förskrivare och fem personer som fått FaR. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Sammanlagt 21 hälso- och sjukvårdsenheter deltog i interventionen och från dessa skickades 296 recept till någon av de två FaR-mottagningarna. Totalt 156 förskrivare besvarade frågor före interventionen och 37 besvarade samma frågor efter interventionen. Vid den uppföljande mätningen var det en något större andel som svarade att de använder FaR-metoden och en betydligt större andel som svarade att de hade erfarenhet av att förskriva FaR vid psykisk ohälsa.

Totalt 216 personer som fått FaR besvarade frågor före interventionen, 142 personer besvarade samma frågor efter interventionen och 50 personer besvarade frågorna vid uppföljning. Mellan första och sista kontakt med FaR-mottagning skattade personer

som fått FaR en signifikant förbättring av hälsa, ökad tid ägnad åt vardagsmotion samt mindre tid tillbringad åt stillasittande. Baserat på intervjuer med hälsopedagoger, FaR-förskrivare och personer som fått FaR identifierades det övergripande temat "En fungerande länk mellan vård och egenvård" och tre beskrivande huvudkategorier: 1) aktörernas engagemang, 2) FaR-arbetets struktur och 3) förutsättningar i miljön.

Resultatet indikerar, trots ett stort bortfall vid de uppföljande mätningarna, att en intervention med ökat stöd till både individer och förskrivare, kan bidra till ökad fysisk aktivitet och bättre upplevd hälsa bland personer med psykisk ohälsa. Detta resultat ska också ses i ljuset av att pandemin drabbade världen medan interventionen pågick, och att man därmed hade kunnat förvänta sig en ökad upplevd psykisk ohälsa i målgruppen.

För att öka förskrivning av FaR inom hälso- och sjukvården behövs både fortbildning och lokala rutiner. Hälsopedagoger kan bidra med stöd till fysisk aktivitet, företrädesvis i interprofessionell samverkan med hälso- och sjukvårdspersonal. FaR-mottagningar förefaller vara en väg att gå för att öka användningen av FaR-metoden och medföra ökad fysisk aktivitet hos personer med psykisk ohälsa, men organisering och bemanning kan behöva utvecklas och utvärderas ytterligare.

# Bakgrund

Psykisk ohälsa är ett av vår tids största folkhälsoproblem. I den nationella folkhälsoenkäten från 2020 svarade sammanlagt 41 procent av den vuxna befolkningen att de upplevt besvär av ångslan, oro eller ångest, och nästan var femte uppgav att de någon gång i livet fått diagnosen depression (Folkhälsomyndigheten, 2020). Psykisk ohälsa drabbar människor i alla åldrar, men personer i åldersgruppen 16-29 år är extra utsatta. Det finns också ett samband mellan psykisk ohälsa och ekonomi respektive att ha någon sysselsättning, där sambandet kan gå i två riktningar. Arbetslöshet och ekonomiska svårigheter kan leda till stress och oro, men det kan också vara så att psykisk ohälsa påverkar arbetsförmågan, vilken i sin tur resulterar i sämre ekonomi (Folkhälsomyndigheten, 2020).

För många kan psykisk ohälsa och social utsatthet leda till en ond spiral, som är viktig att bryta så snart som möjligt, inte minst när det handlar om unga människor. Psykisk ohälsa kan inom vården behandlas på flera olika sätt. Utöver läkemedelsbehandling och kognitiv beteendeterapi (KBT) ingår fysisk aktivitet i Socialstyrelsens rekommenderade behandlingsalternativ (Socialstyrelsen, 2020).

## Fysisk aktivitet vid psykisk ohälsa

Fysisk aktivitet har, både som prevention och som behandling, god effekt vid flera former av psykisk ohälsa. Forskning visar att depressiva symptom vid lindrig eller måttlig depression reduceras av fysisk aktivitet i liknande grad som av läkemedel eller KBT, och att fysisk aktivitet därför kan användas antingen som behandling eller som komplement till annan behandling (Cooney, Dwan, Greig, et al., 2013). I den svenska Regassa-studien, som genomfördes i ett antal regioner i Sverige, fann man att fysisk träning minskade depressionens svårighetsgrad, oavsett träningens intensitetsgrad (Helgadottir, Hallberg, Ekblom, Forsell, 2016). Andra studier visar att intensiteten har betydelse, det vill säga att pulshöjande fysisk aktivitet på måttlig eller hög intensitet har större effekt på den psykiska hälsan än pulshöjande fysisk aktivitet med låg intensitet (Sing et al., 2005, Dunn et al., 2005). Enligt FYSS bör personer med depression rekommenderas aerob eller muskelstärkande fysisk aktivitet för att minska depressiva symtom och för att förbättra livskvaliteten (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2017).

När det gäller ångest ger forskningen tydligast svar angående panikångest. Pulshöjande fysisk aktivitet reducerar risken att utlösa panikångest (Esquivel, Díaz-Galvis, Schruers, et al. 2008, Strohle, Graetz, Scheel, et al. 2009) och regelbunden konditionsträning kan även ge effekt vid generaliserad ångest (Herring, Jacob, Suveget al. 2012). Enligt FYSS bör personer med panikångest rekommenderas aerob fysisk aktivitet för att minska ångest, och personer med all form av ångest kan rekommenderas fysisk aktivitet som kompletterande behandling (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2017).

Det finns få välgjorda studier att tillgå där fysisk träning har testats som enskild behandlingsmetod för patienter som primärt drabbats av ohälsa på grund av stress. Forskning visar dock att fysisk aktivitet kan vara effektivt vid sömnstörningar (Yang, Ho, Chen, et al, 2012) och vid energilöshet (Puetz, 2006), vilket är vanliga symptom vid stressrelaterad ohälsa. Enligt FYSS kan allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet användas för individer som söker vård för lindriga stressproblem (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2017).



En fördel med att välja fysisk aktivitet som behandling vid psykisk ohälsa är att man samtidigt kan förebygga andra sjukdomar som är vanliga vid depression och ångest, såsom hjärt- och kärlsjukdom (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2017). Denna fördel lyfts även av Socialstyrelsen, som i sina nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest rekommenderar att fysisk aktivitet kan erbjudas till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression (Socialstyrelsen, 2020).

Fysisk aktivitet kan i det här sammanhanget beskrivas som egenvård, där individen själv utför aktiviteterna och hälso- och sjukvårdspersonalen ger stöd i form av rådgivning eller ordination av FaR. Region Stockholm har antagit en egenvårdsstrategi med syfte att stärka patientens roll och möjlighet att vara en aktiv part i den egna vården (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2019). Egenvård definieras här utifrån WHO:s breda definition som beskriver egenvård som individens, familjens och samhällets förmåga att främja hälsa, förebygga sjukdom, underhålla hälsa, och att hantera sjukdom och funktionsnedsättning med eller utan stöd av hälso- och sjukvårdspersonal.

En svårighet vid behandling med fysisk aktivitet är att många personer med psykisk ohälsa upplever en initiativlöshet, samtidigt som det ur hälso- och sjukvårdens perspektiv är tidskrävande att ge stöd till beteendeförändring. Tidigare studier visar på behov av att ett mer omfattande och långsiktigt stöd till målgruppen med psykisk ohälsa (Hallgren, Kraepelien, Öjehagen, 2015, Peddie, 2020). Ett sätt att stödja personer i kontakt med hälso- och sjukvården till ökad fysisk aktivitet är att använda metoden Fysisk aktivitet på recept (FaR), som kan användas för sjukdomsbehandling, sjukdomsprevention och som hälsofrämjande insats vid otillräcklig fysisk aktivitet.

## Fysisk aktivitet på recept (FaR)

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en metod som utgår ifrån ett personcentrerat samtal. Samtalet bygger på en motiverande samtalsstil där personens egen motivation och tidigare erfarenhet av, och förutsättningar för, fysisk aktivitet utforskas. Därefter görs, om patienten är tillräckligt motiverad för en beteendeförändring, en skriftlig ordination där dosen bestäms utifrån det vetenskapliga underlaget för effekt på eventuellt sjukdomstillstånd samt personens förmåga och förutsättning till genomförande. I metoden FaR ingår att ordinationen följs upp och utvärderas, och i många fall kan den ordinerade fysiska aktiviteten ökas vid uppföljningen. FaR förskrivs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och består av fem komponenter:

1. Individuellt rådgivande samtal
2. Metodstödet Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS)
3. Individanpassad skriftlig ordination på FaR-blankett
4. Samverkan med föreningar och friskvårdsaktörer
5. Uppföljning

En systematisk litteraturöversikt konkluderar att FaR troligen leder till ökad nivå av fysisk aktivitet (Onerup, Arvidsson, Blomqvist, et al, 2018). Översikten konkluderar vidare att FaR kan öka fysisk prestation på sex minuters gångtest och leda till viss minskning av kroppsvikt och midjemått. Enligt denna översikt kan skillnad avseende hälsorelaterad livskvalitet inte påvisas, men en ny studie visar positiv effekt också på

hälsorelaterad livskvalitet, oavsett om FaR ges tillsammans med ytterligare stöd eller inte (Lundquist, 2020).

Trots att FaR kan vara en effektiv metod för att öka fysisk aktivitet visar en rapport från Region Stockholm att FaR används i mycket begränsad utsträckning inom länets primärvård (Säfsten, Sundblom, & Forsell, 2016). Rapporten visar också att endast omkring hälften av de patienter som ordinerats FaR följdes upp inom hälso- och sjukvården sex månader efter ordination, vilket egentligen ingår som en del i metoden.

Inom vården visade det sig finnas en brist på rutiner vid förskrivning av FaR samt osäkerhet om metodens effektivitet. Patientens ekonomiska förutsättningar visade sig också ha betydelse för möjligheten att genomföra den ordinerade fysiska aktiviteten. Ytterligare ett problem som framkom i rapporten var att det saknades en överbryggande länk mellan vården och aktivitetsarrangörerna, det vill säga de som tar emot och erbjuder aktiviteter till personer som fått ett FaR. Aktivitetsarrangörer efterlyste tydligare ordinationer och bättre uppföljning (Säfsten et al., 2016).

I en annan svensk region, Kronoberg, har FaR under en längre tid använts tillsammans med kostnadsfri rådgivning från professionella inom hälso- och sjukvården, som också var utbildade i samtalsmetoden Motiverande samtal (Andersen, Holmberg, Lendahls, Nilsen, & Kristenson, 2018). Enligt en studie nyttjade ungefär en tredjedel av de patienter som fått FaR denna tjänst (Andersen et al., 2018). En uppföljning av insatserna i Region Kronoberg visade att de individer som tagit del av rådgivning efter interventionen var fysiskt aktiva i högre grad och hade bättre hälsorelaterad livskvalitet än de som inte gjort det (Andersen, Holmberg, Årestedt, Lendahls, & Nilsen, 2020).

En kvalitativ studie, där man intervjuat personer i Kronoberg 1,5 -2,5 år efter att de fått ett FaR, visade på flera olika faktorer som påverkar engagemanget för fysisk aktivitet. Faktorer som hade betydelse inkluderade anpassning av receptet till individens förmågor och erfarenheter, att få rådgivning och uppföljning, samarbetet mellan förskrivaren och rådgivaren, tillgång till passande aktiviteter, att ha en balanserad livssituation och att ha stöd från någon som uppmuntrade till fysisk aktivitet. Individens motivation var också associerad till personens önskan om att förbättra sin hälsosituation (Andersen, Lendahls, Holmberg, & Nilsen, 2019).

## FaR som prevention och behandling till personer med psykisk ohälsa

FaR som behandling vid psykisk ohälsa har potential att vara effektivt för minskad depression och ångest, samtidigt som individernas fysiska hälsa kan förbättras. För att uppnå önskad effekt är det dock viktigt att förskrivarnas följsamhet till genomförandet av metoden är god. Följsamheten har i tidigare studier visat sig bristfällig eftersom uppföljning inte genomförs rutinmässigt (Säfsten et al., 2016). Uppföljningen är en viktig del av metoden eftersom det är ett tillfälle att ge personerna stöd till beteendeförändring. Personerna får möjlighet att rapportera eventuella framgångar, och om förändringen inte fungerar som planerat kan förskrivaren ge stöd att komma igång på nytt eller skriva nytt FaR med annan dos eller aktivitet. På samma gång ger uppföljningen förskrivaren återkoppling och möjlighet att öka sin kliniska erfarenhet av metodens användbarhet.

Det finns också indikationer på att personer med psykisk ohälsa kan ha större behov av stöd, än det som vanligtvis ges inom hälso- och sjukvården, för att genomföra ordinationen som planerat. Enligt en studie är det störst chans att öka fysisk aktivitet efter förskrivning av FaR om personen har hög tilltro till sin egen förmåga att förändra sin fysiska aktivitet, känner sig redo, har tilltro till sin beredskap att förändra sin fysiska aktivitet, har ett BMI under 30 och ser positivt på sin fysiska hälsa (Lundqvist, Börjesson, Larsson, et al., 2019). När man drabbats av psykisk ohälsa finns stor risk att man inte upplever denna tilltro och saknar denna positiva syn, varför man troligtvis kan behöva mer stöd för att orka komma igång och bli fysiskt aktiv.

I Kronobergs län, där individerna utöver förskrivning av FaR erbjöds kostnadsfri rådgivning av professionella som var utbildade i Motiverande samtal, visade det sig att de som använde tjänsten i större utsträckning hade flera diagnoser jämfört med de som inte använde den, såsom muskeloskeletal sjukdomar, hjärt- och kärlsjukdom samt psykisk ohälsa (Andersen et al., 2018).

Ett annat svenskt exempel, som inte är relaterat till FaR men som visar att det är möjligt även för personer med psykisk ohälsa att komma igång med fysisk aktivitet är den svenska Regassa-studien (Hallgren et al, 2015). Deltagarna genomförde visserligen i många fall inte alla de tre rekommenderade träningspassen i veckan, men i genomsnitt genomförde de ett 60-minuterspass per vecka. För att underlätta träningen fick deltagarna ett kostnadsfritt medlemskap på Friskis och Svettis under interventionstiden. Deltagarna fick dessutom stöd genom fysiska möten med en personlig tränare varje vecka, och om de inte dök upp vid dessa träffar kontaktades de på telefon och uppmuntrades via telefon att fortsätta träna.

Mot denna bakgrund sågs ett behov av att utveckla en intervention för att förbättra förskrivarnas följsamhet till FaR-metoden och samtidigt ge personer med psykisk ohälsa och behov av ökad fysisk aktivitet ett mer omfattande stöd till beteendeförändring.

# Syfte

Projektets syfte var att utveckla och utvärdera en intervention för utökat stöd vid förskrivning av FaR (Fysisk aktivitet på recept) till personer med psykisk ohälsa.

## Frågeställningar

- Hur var följsamheten till interventionen?
- Vilken effekt hade interventionen på
  - antalet förskrivna FaR
  - förskrivarnas kunskaper och attityder kring FaR-metoden
  - förskrivarnas och förskrivarenheternas rutiner kring FaR-metoden
  - personernas motivation till fysisk aktivitet
  - personernas fysiska aktivitetsvanor
  - personernas upplevda hälsa
  - personernas fysiska kapacitet?
- Vad är av betydelse vid implementering av FaR-mottagningar och stöd till FaR-förskrivare, för ökat stöd till personer med psykisk ohälsa?

# Metod

I metoddelen beskrivs utvecklingen och utformningen av interventionen ”FaR som prevention och behandling till personer med psykisk ohälsa, genom riktat stöd till både individer och förskrivare” samt metoder för utvärdering av effekt och process.

## Utvecklingen av interventionen

### Projektorganisation

Interventionen ”FaR som prevention och behandling till personer med psykisk ohälsa, genom riktat stöd till både individer och förskrivare” utvecklades av Akademiskt primärvårdscentrum (APC) i Region Stockholm. Projektet genomfördes med stöd av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm.

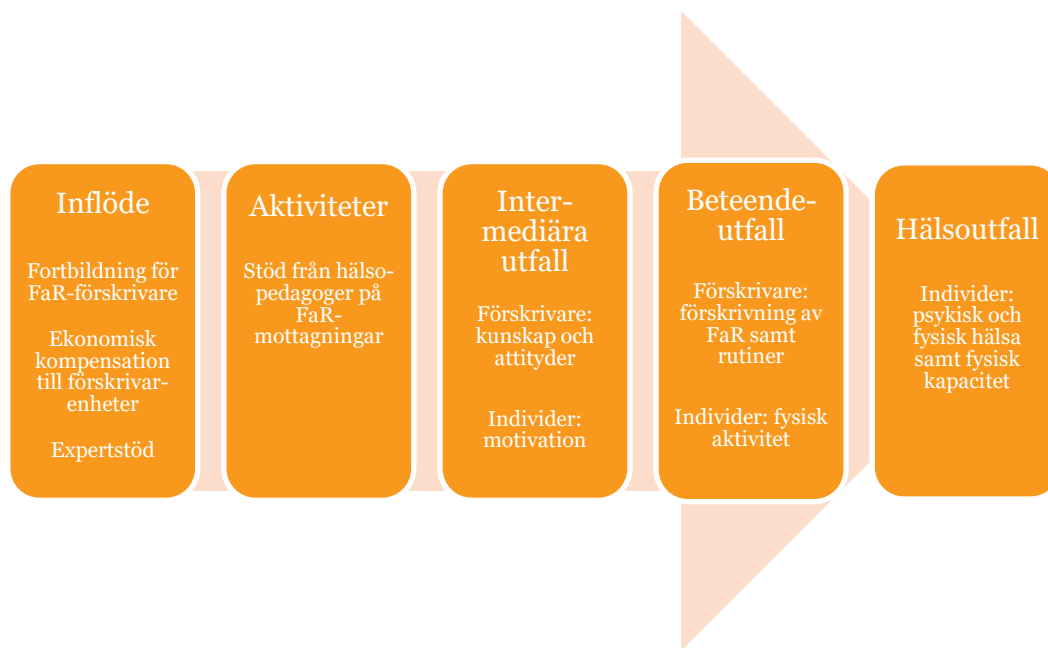
Initialt planerades för två hälsopedagoger samt en projektledare, som skulle ha en ambulerande funktion. Redan vid rekrytering av personal blev det tydligt att tre hälsopedagoger behövde rekryteras, för att möjliggöra två personal per mottagning. Beslutet om att anställa tre hälsopedagoger istället för två togs dels för att minimera risken för ensamarbete i mötet med personerna som fått FaR, och dels för att utöka möjligheter för stöd till dessa personer.

Rekryteringen av projektledare blev försenad på grund av bristande kompetens hos de sökande av tjänsten, trots två annonseringar. Den slutligen anställda projektledaren slutade efter sex månader. Därefter togs beslut om att istället för att ersätta projektledaren förstärka projektet med ytterligare en hälsopedagog.

### Utveckling av interventionens logiska struktur

Interventionen ”FaR som prevention och behandling till personer med psykisk ohälsa, genom riktat stöd till både individer och förskrivare” utvecklades med syfte att öka förskrivningen av FaR till personer med psykisk ohälsa, att förbättra följsamheten till FaR-metoden samt att därigenom öka individernas fysiska aktivitet och psykiska hälsa. Interventionen utvecklades med utgångspunkt i nationell och internationell forskning.

I ett första steg gjordes en detaljerad beskrivning av hälsoproblemet, målgruppen och förändringsprocessen, utifrån befintlig kunskap och forskning på området. Därefter utvecklades en programteori för att beskriva programmets logiska struktur, det vill säga den tänkta orsakskedjan (Fraser, Richman, Galinsky, & Day, 2009). I det här skedet utvecklades idén för utformningen av interventionens komponenter och implementeringsstrategier. Idén om stöd från hälsopedagoger på FaR-mottagningar utvecklades eftersom man i tidigare studier sett att personer med psykisk ohälsa behöver mer stöd än andra för att genomföra ordinationen av FaR som tänkt, och att det är svårt att hitta tid och utrymme för detta stöd inom hälso- och sjukvården. Idén om fortbildning för FaR-förskrivare inkluderades eftersom tidigare kliniska erfarenheter från implementering av metoden FaR visat att förskrivarna behöver ytterligare stöd och dels för att informera om det specifika innehållet i interventionen. Interventionens logiska struktur, det vill säga den tänkta orsakskedjan, beskrivs i figur 1.



**Figur 1. Logisk modell som beskriver interventionens tänkta orsakskedja**

## Beskrivning av interventionen

Interventionen inkluderade en interventionskomponent och tre implementeringsstrategier.

### **Interventionskomponent: Stöd från hälsopedagoger på FaR-mottagningar**

Två FaR-mottagningar upprättades utanför hälso- och sjukvården i Stockholms län, i områden som valdes ut av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, bland annat utifrån förekomst av psykisk ohälsa. En mottagning upprättades i Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning och en i Södertälje kommun. Båda var lokaliserade centralt i stadsdelen/kommunen och var enkla att nå med kollektivtrafik. Med tiden bemannades båda mottagningarna med två hälsopedagoger, även om mottagningen i Södertälje till en början endast var bemannad med en hälsopedagog. Syftet med mottagningarna var att ge individer med FaR individualiserat stöd för att komma igång med fysisk aktivitet, i enlighet med ordinationen på receptet.

De två mottagningarna utrustades med viss utrustning för konditionstest och fysisk aktivitet, såsom ergometercykel och gästavar. En initial uppgift för hälsopedagogerna var att kartlägga både organiserade och oorganiserade möjligheter till fysisk aktivitet i området, utöver de aktiviteter som redan fanns listade på webbplatsen FaRledare.se. FaR-mottagningen erbjöd under interventionen ett inledande samtal med insamling av hälsouppgifter och nuvarande fysisk aktivitet. Det fortlöpande stödet kunde därefter pågå i upp till cirka sex månader, eller i vissa fall mer, och omfatta information om möjligheter till fysisk aktivitet i närområdet, motiverande samtal för att komma igång med beteendeförändring, sällskap och prova-på aktiviteter, gruppträffar på både dagtid och kvällstid, tester av fysisk aktivitet med mera.

Personer som fått FaR kunde nå mottagningen på två sätt. Ett sätt var att personerna själva, efter att de vid FaR-förskrivningen fått information om mottagningen, tog kontakt med FaR-mottagningen. Ett annat sätt var att förskrivaren, efter godkännande från individen, med post skickade över kopia av FaR-ordinationen till FaR-mottagningen tillsammans med undertecknad medgivandeblankett. Individerna blev därefter kontaktade av FaR-mottagningen.

### **Implementeringsstrategi 1: Fortbildning för FaR-förskrivare**

En fortbildningsinsats om FaR-metoden togs fram för FaR-förskrivare. Deltagande hälso- och sjukvårdsenheter ombads avsätta tid för fortbildningen. Längden för fortbildningstillfället bestämdes av enheterna själva, utifrån rekommendation om att avsätta fyra timmar. Fortbildningsinsatsen erbjöds av projektmedarbetare från APC och kunde genomföras på förskrivarnas arbetsplatser eller på APC.

Fortbildningstillfället inkluderade kunskap om FaR-metodens olika delar, identifiering av vilka individer som var möjliga att inkludera i projektet, KVÅ-koder för registrering (Klassifikation av vårdåtgärder), FaR-mottagningens innehåll och möjligheter, administrationsförfarande för individ till FaR-mottagningen samt i mån av tid praktiska övningar kring att skriva FaR. Det var ett krav att ha genomgått fortbildning för att få skicka personer till FaR-mottagningen från förskrivande enheter.

### **Implementeringsstrategi 2: Ekonomisk kompensation till förskrivarenheter**

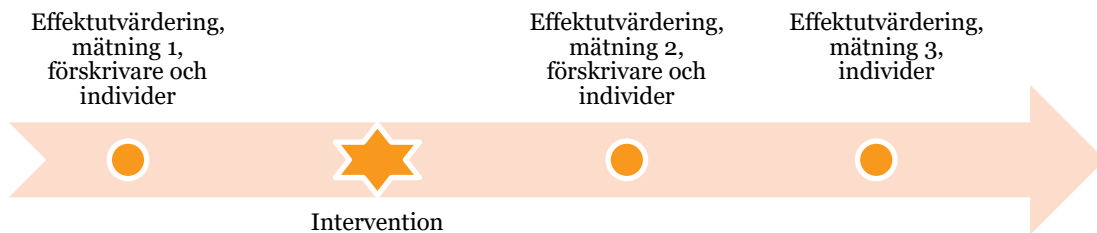
Samtliga hälso- och sjukvårdsenheter som deltog i interventionen erbjöds ekonomisk kompensation (1000 kronor/timme för läkare samt 625 kr/timme för övrig vårdpersonal) vid deltagande i fortbildning för FaR-förskrivare, för att kompensera för ekonomiskt bortfall för vårdgivaren och underlätta deltagande i projektet. Dessutom erbjöds 100 kronor i tilläggsersättning för varje uppföljning av ett FaR skrivet till en person i målgruppen för interventionen. Det innebar att för att få utbetalning för genomförd uppföljning behövde det finnas diagnos samt en inledande registrering på att FaR förskrivits (KVÅ DV200). Därefter betalades 100 kronor per uppföljning (KVÅ DV132) ut för varje genomförd och registrerad uppföljning. Alla hälso- och sjukvårdsenheter KVÅ-kodar enligt egen uppgift inte och då gjordes registrering av förskrivna FaR och uppföljningar manuellt.

### **Implementeringsstrategi 3: Expertstöd**

Expertstöd erbjöds från APC under hela interventionsperioden. Expertstödet innebar att APC levererade föreläsare till fortbildningen för FaR-förskrivare. Det innebar också att projektmedarbetare inom APC fanns tillgängliga för frågor på telefon och e-post, från både förskrivare och hälsopedagoger. Projektmedarbetare kunde dessutom vid behov besöka de olika verksamheterna. Samtliga verksamheter erbjöds också uppföljande fortbildningstillfällen och handledning.

# Studiedesign

Interventionen utvärderades både avseende effekt och process. Effekten utvärderades både på förskrivarnivå och på individnivå. Processen utvärderades med kvalitativa metoder och beskrevs även kvantitativt.



**Figur 2. Studiedesign**

## Rekrytering av deltagare

FaR-mottagningar upprättades i två områden i Stockholms län: Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning och Södertälje kommun, och inom dessa rekryterades så många hälso- och sjukvårdsenheter som möjligt. Hälso- och sjukvårdsenheter som var möjliga att rekrytera inkluderade initialt vårdcentral, primärvårdsrehab, habilitering, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM), ungdomsmottagningar (UM), elevhälsan, barnmorskemottagningar (BMM) och LSS-hälsa/HSL-team.

På grund av efterfrågan under rekryteringsarbetet utökades de möjliga hälso- och sjukvårdsenheterna med personalhälsovård och öppenpsykiatri (utskrivningsklara patienter) efter ett tilläggsavtal med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i december 2018. Rekrytering av hälso- och sjukvårdsenheter gjordes genom e-postutskick, brevtutskick, telefonkontakt, besök på enheterna samt genom information på en hälsomässa i ett av områdena. Vårdpersonal på de olika enheterna bjöds även in till en initial workshop. Sammanlagt två workshops arrangerades på Akademiskt primärvårdscentrum, en för personal från Kista stadsdelsförvaltning den 17 oktober 2018 och en för personal i Södertälje kommun den 7 november 2018. Syftet var att informera om projektet, inspirera till deltagande samt att föra dialog om behoven och möjligheterna i respektive område. Dessutom diskuterades konkreta frågor som var en FaR-mottagning skulle kunna placeras och vilka aktivitetsarrangörer som skulle kunna involveras.

## Målgrupp för interventionen

Målgrupp för interventionen var barn från sex års ålder, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa eller hotande psykisk ohälsa som besökte någon av ovan nämnda vårdenheter. Psykisk ohälsa definierades inom projektet som mild/måttlig depression, ångest, stressrelaterad ohälsa eller hotande psykisk ohälsa.



### Mild/måttlig depression

Mild/måttlig depression avsåg olika former av depressiva episoder utifrån följande ICD-koder (diagnoskoder):

- F32.0 Lindrig depressiv episod
- F32.1 Medelsvår depressiv episod
- F32.9 Depressiv episod, ospecificerad
- F33.0 Recidiverade depression, lindrig episod
- F33.1 Recidiverade depression, medelsvår episod
- F33.8 Andra specificerade recidiverande depressioner
- F33.9 Recidiverande depression, ospecificerad

### Ångest

Ångest avsåg olika ångestsyndrom och ångesttillstånd utifrån följande ICD-koder:

- F41.0 Paniksyndrom
- F41.1 Generaliserat ångestsyndrom
- F41.2 Blandade ångest och depressionstillstånd
- F41.3 Andra blandade ångesttillstånd
- F41.8 Andra specificerade ångesttillstånd
- F41.9 Ångesttillstånd ospecificerat

### Stressrelaterad ohälsa

Stressrelaterad ohälsa kunde inkludera lindriga stressproblem i form av sömnstörning, trötthet/energilöshet och/eller i form av kognitiv nedsättning, enligt följande ICD-koder:

- F43.0 Akut stressreaktion
- F43.2 Anpassningsstörning

### Hotande psykisk ohälsa

Med hotande psykisk ohälsa avsågs risk att utveckla depression, ångest eller stressrelaterad ohälsa, utifrån behandlarens professionella bedömning, enligt följande ICD-koder:

- ZZ9.8 Andra specificerade profylaktiska åtgärder
- ZZ9.9 Profylaktisk åtgärd, ospecificerad

Extra prioriterade var patienter med samsjuklighet, gravida, ungdomar, patienter utan tidigare erfarenhet av fysisk aktivitet, personer med annat modersmål än svenska, personer med stöd från Socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt personer med låg socioekonomisk status. Interventionen omfattade inte personer med svårare psykisk sjukdom såsom utmattningssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom eller psykossjukdomar.

## Insamling av information om deltagare

För att kunna beskriva deltagande hälso- och sjukvårdsenheter och personer som fått FaR samlades information in från enheterna genom KVÅ-kodning och frågeformulär till förskrivare, samt genom noteringar från FaR-mottagningarna. Den information som registrerades var:

- Antal deltagande förskrivarenheter per område
- Antal förskrivarenheter av olika typ
- Professioner som förskrev FaR
- Ålder och kön på personer som kom till FaR-mottagning

## Etiska frågeställningar

Utvecklingen av FaR-arbetet kategoriseras som verksamhetsutveckling, och frågeformulär och KVÅ-kodning har samlats in inom ramen för detta. Den kvalitativa intervjustudien har beviljats etiskt tillstånd av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholms län (2020/00171). Deltagarna i intervjustudien informerades om att deltagandet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas. De intervjuade förskrivarna, hälsopedagogerna och individerna lämnade skriftligt samtycke till att vara med i intervjustudien. Alla deltagare i intervjuer utlovades konfidentialitet vid rapportering. Eftersom hälsopedagogerna var så få, och det därigenom fanns viss risk att de skulle kunna kännas igen, gavs de dessutom möjlighet att läsa kvalitativt resultat och citat före publicering.

## Följsamhet till interventionen

Följsamhet handlar om i vilken utsträckning genomförandet av en intervention eller en metod stämmer med beskrivningen av interventionen eller metoden (Fraser et al., 2009). Följsamhet studerades genom att undersöka i vilken utsträckning interventionen genomfördes så som den var beskriven. Följsamheten dokumenterades genom noteringar från fortbildningstillfällen och noteringar från FaR-mottagningar. All kvantifierbar data kring följsamhet dokumenterades i en Excel-fil. Nedanstående faktorer noterades för beskrivning av följsamhet:

1. **Fortbildning för FaR-förskrivare.** Enligt interventionsbeskrivningen ombads deltagande hälso- och sjukvårdsenheter att erbjuda ett fortbildningstillfälle för förskrivare, gärna fyra timmar långt. Följsamheten bedömdes som god om 90 procent av enheterna erbjöd ett fortbildningstillfälle om minst tre timmar.
2. **Stöd från hälsopedagoger på FaR-mottagningar.** Enligt interventionsbeskrivningen skulle FaR-mottagningarna erbjuda stöd till personer inom projektet som fått FaR. Följsamheten bedömdes som god om hälsopedagogerna etablerade kontakt med minst 80 procent av dessa personer.

## Beskrivning av processen

För att kunna beskriva processen i detalj samlades dessutom ytterligare information, med hjälp av en kort skriftlig redogörelse från de båda FaR-mottagningarna. Den information som noterades var:

- Antal inkomna FaR

- Antal träffar och tidsåtgång per person
- Antal personer som fått träningsprogram
- Språk som användes och tolkades
- Insatser på FaR-mottagningar
- Stödmaterial på FaR-mottagningar
- Samarbeten med andra aktörer
- Pandemins påverkan

## Effektutvärdering

Effekt utvärderades avseende tre utfallsmått på förskrivarnivå och fyra utfallsmått på individnivå. Utfallsmått på förskrivarnivå var:

- Antal förskrivna FaR
- Kunskaper och attityder kring FaR-metoden
- Rutiner kring FaR-metoden

Antal förskrivna FaR registrerades utifrån KVÅ-kodning samt manuell registrering. Dessutom inhämtades blankettstatistik, det vill säga statistik över skrivna FaR-blanketter. Förskrivarnas kunskaper och attityder kring FaR-metoden samt förskrivarnas och förskrivarenheternas rutiner kring FaR-metoden bedömdes med skriftliga frågor till förskrivare. Utfallsmått på individnivå var:

- Motivation till fysisk aktivitet
- Fysisk aktivitet
- Upplevd hälsa
- Fysisk kapacitet

Personernas motivation till fysisk aktivitet, fysiska aktivitetsvanor samt hälsa bedömdes med enkät. Personernas fysiska kapacitet bedömdes med kapacitetstester på FaR-mottagningarna.

### **KVÅ-kodning och blankettstatistik**

Förskrivning av FaR på hälso- och sjukvårdsenheterna registrerades, enligt rutin, genom KVÅ-kodning (Klassifikation av vårdåtgärder). KVÅ är åtgärds-koder som används för statistisk beskrivning av åtgärder inom hälso- och sjukvården. Antal förskrivna FaR (KVÅ-kod DV200) under projektåret 2019 jämfördes med antal förskrivna FaR under 2018. Dessutom registrerades uppföljning av FaR under projekttiden (KVÅ-kod DV-132). Utöver detta samlades statistik över antal signerade FaR-blanketter i journalsystemet Take Care in från regionens egna verksamheter.

### **Frågor till FaR-förskrivare**

Förskrivare vid de olika hälso- och sjukvårdsenheterna besvarade frågor i ett frågeformulär före och efter interventionen (bilaga 1). Så många förskrivare som möjligt vid varje enhet ombads besvara frågorna vid båda tillfällena. Det första formuläret delades ut och besvarades i samband med det initiala fortbildningstillfället. Det andra

formuläret skickades med e-post till förskrivarna i samband med att projektet avslutades, med hjälp av enkätverktyget Webropol. Eftersom frågeställningarna var specifika för projektet utvecklades frågor för detta tillfälle. Frågorna är inte testade för validitet eller reliabilitet. Formuläret innehöll frågor om:

- Förskrivarnas kunskaper och attityder kring FaR-metoden (5 frågor)
- Förskrivarnas och förskrivarenheternas rutiner kring FaR-metoden (13 frågor)

### **Frågor till personer som fått FaR**

Personerna som fått FaR ombads besvara frågor i ett frågeformulär före och efter interventionen, samt vid ett uppföljande tillfälle, sex månader efter avslutat stöd (bilaga 2). Det första formuläret (A) delades ut och besvarades vid det första besöket på FaR-mottagningen och det andra formuläret (B) fylldes i efter avslutat stöd, vid den sista kontakten med FaR-mottagningen. Det uppföljande formuläret (C) besvarades genom att hälsopedagogerna ringde upp personerna sex månader efter avslutat stöd, ställde frågorna per telefon och skrev in svaren i Webropol. Formuläret innehöll frågor om:

- Upplevd hälsa (4 frågor)
- Fysisk aktivitet (4 frågor)
- Motivation till fysisk aktivitet (3 frågor)

Frågorna i formuläret är en sammansättning av frågor från andra beprövade frågeformulär och skalor. Fråga 3, 4 och 7 baseras på frågor från enkäten LIV-2000 och omfattar skattning av fysisk hälsa, psykisk hälsa och uppskattning av kroppsligt ansträngande arbete (Ekblom-Bak, Engström, Ekblom & Ekblom, 2011). Fråga 5 och 6 kommer från den svenska versionen av Short Form 36 (SF36) och inkluderar skattning av allmän hälsa samt upplevd hälsa jämfört med för ett år sedan (Sullivan & Karlsson, 1998). Fråga 8, 9,10 kommer från Socialstyrelsens indikatorfrågor för levnadsvanor och inkluderar skattning av vardagsmotion, fysisk träning och stillasittande (Kallings). Fråga 11, 12, 13 är baserat på skalfrågor från Motiverande Samtal (MI) och kan användas för att mäta individens inre motivation till förändring (Miller & Rollnick, 2013).

### **Kapacitetstester**

Alla personer som fått FaR och som kom till FaR-mottagningarna erbjöds att genomföra två fysiska kapacitetstest. Personerna erbjöds att genomföra testerna dels vid en av de första träffarna, och dels vid den avslutande träffen på FaR-mottagningen. De två tester som erbjöds var:

- *Ekblom-Bak* – ett submaximalt konditionstest på cykel.
- *30 sec chair stand test* – antal uppresningar från en stol som testpersonen hinner göra under 30 sekunder.

Testerna valdes av hälsopedagogerna själva utifrån ett större batteri av enkla kapacitetstester, och användes främst i motiverande syfte. När resultatet av det submaximala konditionstestet rapporterades till personerna gjordes detta utifrån referensvärden för relativ maximal syreupptagning (ml/min/kg) för kvinnor och män i olika åldrar. I resultatdelen av denna rapport anges även genomsnitt för testpersonerna före och efter interventionen.

## **Statistisk analys**

Data från frågeformulär till forskrivare konverterades från programmet Webropol till Excel, för deskriptiva redovisningar. Inga statistiska tester genomfördes eftersom bortfallet vid det andra mättillfället var stort och eftersom det inte är samma individer som besvarat frågorna.

Vid analys av frågor till personer som fått FaR användes IBM SPSS statistics 27, och resultatet presenteras i sin helhet i en magisteruppsats av Linn Söderberg (Söderberg, 2021). Data som samlades in var på nominal- och ordinalskalenivå varför icke-parametriska test användes för analys (Carter & Lubinsky, 2016). För statistisk analys av frågor där frågor från tre tillfällen jämfördes hos samma grupp individer vid olika tillfällen applicerades Wilcoxon's test (Carter & Lubinsky, 2016). Tillfällena jämfördes parvis (A+B och B+C). För bortfallsanalys genomfördes oberoende T-test.

Vid analys av skattad vardagsmotion, träning och stillasittande omvandlades svarsalternativen till medianen av det skattade intervallet av minuter som frågealternativen omfattade. Individernas aktivitetsminuter beräknades även utifrån skattad tid med vardagsmotion och träning.

Spearman's rangkorrelationskoefficient används för att räkna ut rangkorrelation mellan utfall och deltagarnas skattade motivation och tilltro till egen förmåga. Fråga 11, 12 och 13 från mättillfälle A jämfördes med Spearman's test gentemot differens av de olika variablerna om skattad hälsa och fysisk aktivitet mellan mättillfälle A och C för att utvärdera om en ökad motivation och tilltro till den egna förmågan korrelerade med en förändrad hälsa eller aktivitet (Carter & Lubinsky, 2016).

## **Kvalitativ intervjustudie**

En kvalitativ studie genomfördes för att undersöka vad som har betydelse vid implementering av FaR-mottagningar för stöd till personer med psykisk ohälsa. Implementeringen studerades i två områden, Kista och Södertälje, där modellen med särskilda FaR-mottagningar testades. I respektive områdena fanns en FaR-mottagning, bemannad med två hälsopedagoger. Kvalitativ metod användes för studien, eftersom det är en lämplig metod när man vill undersöka informella mönster och oväntade interaktioner (Patton, 2015) och intervjuer användes som datainsamlingsmetod eftersom denna metod ger förståelse för deltagarnas uppfattningar (Berg & Lune, 2012).

### **Rekrytering av deltagare**

Samtliga fyra hälsopedagoger tillfrågades om att delta i intervjustudien. Via dessa fyra hälsopedagoger inhämtades kontaktuppgifter till FaR-förskrivare som hänvisat individer till mottagningen. Dessa kontaktades via e-post med förfrågan om att delta i intervjustudien, utifrån en ambition om att få spridning avseende geografiskt område, profession, typ av arbetsplats och kön. Via hälsopedagogerna inhämtades också kontaktuppgifter till individer som fått FaR. Hälsopedagogerna ombads att tillfråga individer som avslutat en behandlingsperiod, samt att eftersträva spridning utifrån ålder och kön. Individerna tillfrågades först av hälsopedagogerna om de ville delta i en intervju, och kontaktades därefter av intervjuaren per telefon. Rekrytering av deltagare avslutades när mättnad uppnåtts.

### Beskrivning av deltagare

Sammanlagt intervjuades 16 personer, varav fyra hälsopedagoger, sju FaR-förskrivare och fem individer som fått FaR (tabell 1). Hälften av de intervjuade arbetade eller var patienter i Kista och hälften arbetade eller var patienter i Södertälje. Av FaR-förskrivarna var tre fysioterapeuter, en psykolog, en psykoterapeut, en läkare och en barnmorska. Sammanlagt tre av förskrivarna arbetade på vårdcentral, tre på primärvårdsrehab och en på en ungdomsmottagning.

**Tabell 1.** Beskrivning av intervjupersoner

	<b>Antal</b>	<b>Kön</b> (kvinna /man)	<b>Ålder</b> , år i genomsnitt (min-max)	<b>Område</b> , antal i Kista /Södertälje
<b>Hälsopedagoger</b>	4	4/0	34,5 (30-47)	2/2
<b>FaR-förskrivare</b>	7	6/1	40,4 (25-54)	4/3
<b>Personer som fått FaR</b>	5	2/3	45,2 (38-59)	2/3
<b>Totalt</b>	16	12/4	40,4 (25-59)	8/8

### **Datainsamling**

Individuella intervjuer genomfördes med förskrivare, hälsopedagoger samt personer som fått FaR. Genom att intervjua personer från grupper med olika perspektiv skapades triangulering vilket bidrog till att stärka studiens trovärdighet (Patton, 2015). En av författarna (HB) genomförde alla intervjuer. Intervjuaren hade aldrig träffat deltagarna tidigare, med undantag från de fyra hälsopedagogerna. Intervjuaren och hälsopedagogerna var anställda i samma verksamhet, även om de på daglig basis arbetade på geografiskt olika platser, och hade därför träffats i flera sammanhang.

Intervjuerna varade omkring 35-80 minuter per intervju. Intervjuerna med hälsopedagogerna genomfördes på Akademiskt primärvårdscentrum. Inledningsvis genomfördes intervjuer med FaR-förskrivare på förskrivarnas arbetsplatser och intervjuer med individer som fått FaR på FaR-mottagningar. När covid-19 började spridas i länet ändrades strategi och sammanlagt fem intervjuer genomfördes på videolänk, med det digitala verktyget Zoom. Tre olika semi-strukturerade intervjuguider användes, en för hälsopedagogerna, en för FaR-förskrivarna och en för individerna som fått FaR. Frågorna täckte, utöver bakgrundsfrågor och introduktionsfrågor, följande områden:

- Kunskap om FaR
- Fortbildning för FaR-förskrivare (endast FaR-förskrivare)
- Ekonomisk kompensation (endast FaR-förskrivare)
- Förskrivning av FaR
- Följsamhet till FaR-metoden
- Stöd från hälsopedagoger på FaR-mottagning
- Motivation till fysisk aktivitet
- Fysisk aktivitet
- Psykisk hälsa

### **Dataanalys**

Alla intervjuer transkriberades ord för ord och lästes igenom ett flertal gånger, för att få en känsla för innehållet. Intervjuerna med hälsopedagogerna, FaR-förskrivarna och individerna som fått FaR analyserades först separat, och integrerades därefter till en helhet. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys, enligt den procedur som beskrivits av Graneheim och Lundman (2004). Inledningsvis identifierades meningsbärande enheter, som benämndes med koder. Koderna jämfördes, baserat på likheter och olikheter, och sorterades in i kategorier och underkategorier. Analysen genomfördes av en av författarna (HB) och diskuterades med övriga projektmedarbetare (EFW och CB) för att uppnå trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004).



# Resultat

## Beskrivning av deltagare

### Deltagande hälso- och sjukvårdsenheter

Sammanlagt 21 hälso- och sjukvårdsenheter deltog i interventionen genom att ta del av den initiala fortbildningen för förskrivare, varav 13 enheter i Södertälje och åtta enheter i Kista (tabell 2). Av dessa enheter rapporterade två att de inte kom igång med att skriva FaR. Den ena av dessa två genomgick en större omstrukturering och den andra hade en stor påverkan på sin verksamhet på grund av pandemin.

**Tabell 2.** Inbjudna hälso- och sjukvårdsenheter varav deltagande i fortbildning

	Södertälje	Kista	Totalt
<b>Vårdcentraler</b> , antal (procent)	3 (23,0)	3 (37,5)	6 (28,6)
<b>Primärvårdsrehab</b> , antal (procent)	5 (38,5)	2 (25)	7 (33,3)
<b>Öppenpsykiatri</b> , antal (procent)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Habilitering</b> , antal (procent)	1 (7,7)	0 (0)	1 (4,8)
<b>Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM)</b> , antal (procent)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Ungdomsmottagningar (UM)</b> , antal (procent)	1 (7,7)	1 (12,5)	2 (9,5)
<b>Elevhälsan</b> , antal (procent)	1 (7,7)	0 (0)	1 (4,8)
<b>Barnmorskemottagningar (BMM)</b> , antal (procent)	0 (0)	1 (12,5)	1 (4,8)
<b>LSS-hälsan/HSL-team</b> , antal (procent)	1 (7,7)	1 (12,5)	2 (9,5)
<b>Personalhälsovård</b> , antal (procent)	1 (7,7)	0 (0)	1 (4,8)
<b>Totalt</b>	13	8	21

De professioner som skrev FaR på förskrivarenheterna var läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster, dietister, psykologer/psykoterapeuter och kuratorer (tabell 3).

**Tabell 3.** Antal FaR som skrevs av olika professioner under projekttiden

	<b>Södertälje</b>	<b>Kista</b>	<b>Totalt</b>
<b>Läkare</b> , antal FaR (procent)	4 (5,5)	52 (23,3)	56 (18,9)
<b>Sjuksköterska/distriktssköterska/skolsköterska</b> , antal FaR (procent)	4 (5,5)	15 (6,7)	19 (6,4)
<b>Barnmorska</b> , antal FaR (procent)	10 (13,7)	14 (6,3)	24 (8,1)
<b>Fysioterapeut/sjukgymnast</b> , antal FaR (procent)	18 (24,7)	100 (44,8)	118 (39,9)
<b>Arbetsterapeut</b> , antal FaR (procent)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Dietist</b> , antal FaR (procent)	0 (0)	6 (2,7)	6 (2,0)
<b>Psykolog/psykoterapeut</b> , antal FaR (procent)	35 (48,0)	36 (16,1)	71 (24,0)
<b>Kurator</b> , antal FaR (procent)	2 (2,7)	0 (0)	2 (0,7)
<b>Totalt</b> , antal FaR	73	223	296

### Deltagande personer

Under interventionen registrerades sammanlagt 246 FaR med KVÅ-koden DV-200 till personer med diagnoserna depression, ångest, stress eller hotande psykisk ohälsa (tabell 4).

**Tabell 4.** Diagnoser bland personer som fick FaR inom projektet (n=246)

	<b>Södertälje</b>	<b>Kista</b>	<b>Totalt</b>
<b>Depression</b> , antal personer	22	44	66
<b>Ångest</b> , antal personer	31	31	62
<b>Stress</b> , antal personer	20	5	25
<b>Hotande psykisk ohälsa</b> , antal personer	31	62	93

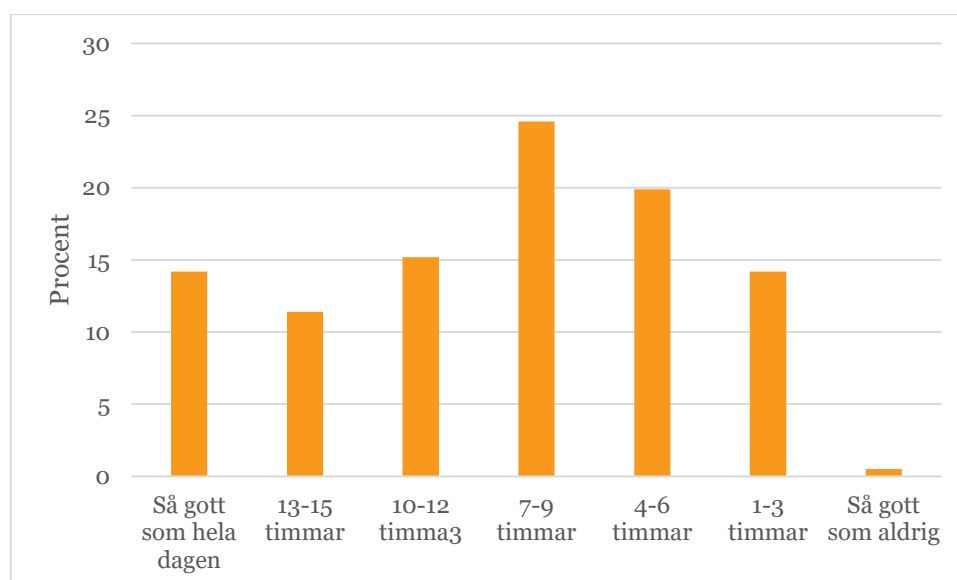
Till de två FaR-mottagningarna inkom under interventionen sammanlagt 296 recept. De personer som kom till FaR-mottagningarna beskrivs i tabell 5.

**Tabell 5.** Beskrivning av personer som kom till FaR-mottagning (n=296)

	<b>Södertälje</b>	<b>Kista</b>	<b>Totalt</b>
<b>Kön</b> , kvinnor/män (procent kvinnor/procent män)	53/20 (72,6/27,4)	165/55* (75,0/25)	218/75* (74,4/25,6)
<b>Ålder</b> , år, genomsnitt (min-max)	42,8 (13-79)	50,8** (19-86)	48,6 (13-86)
<b>Behov av tolk</b> , antal (procent)	3 (4,1)	18 (8,1)	21 (7,1)

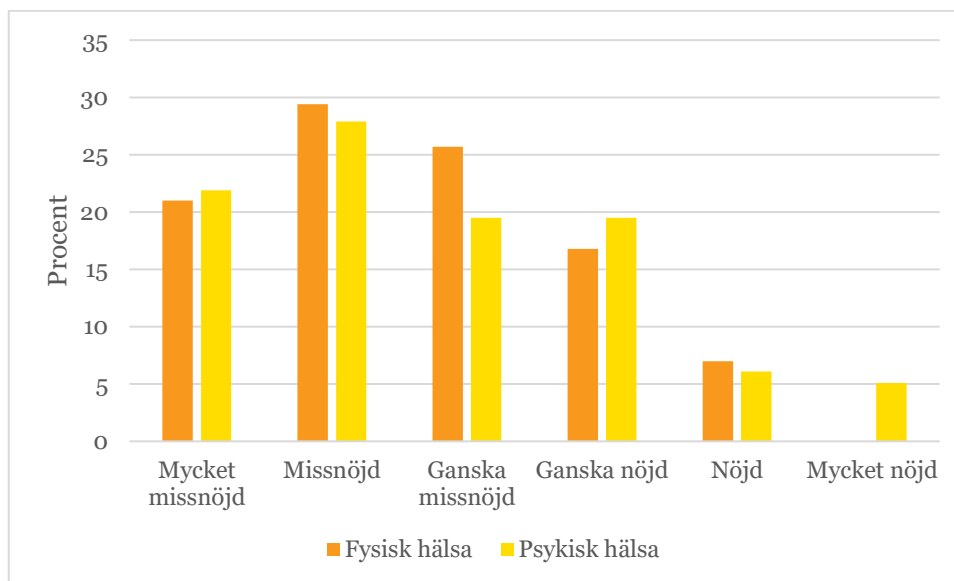
\*Uppgift saknas för 3 personer, \*\*uppgift saknas för 4 personer

Baserat på den sammanlagda summan av skattad vardagsmotion och skattad träning uppnådde 36,6 procent av personerna som fått FaR 150 aktivitetsminuter per vecka. Drygt 65 procent skattade att de var stillasittande sju timmar eller mer per dag (figur 3).



**Figur 3. Självsattad tid som tillbringas stillasittande per dag (n=216)**

Knappt 30 procent av personerna som fått FaR skattade vid baslinjen sin hälsa i allmänhet som dålig, 45 procent skattade den som någorlunda och drygt 25 procent skattade den som god, mycket god eller utmärkt. Knappt 50 procent skattade sin hälsa som mycket sämre eller något sämre än för ett år sedan, knappt 27 procent skattade den som "ungefär samma" och drygt 23 procent skattade den som något bättre eller mycket bättre. Drygt 69 procent skattade att de var ganska missnöjda, missnöjda eller mycket missnöjda med sin psykiska hälsa och drygt 76 procent skattade att de var ganska missnöjda, missnöjda eller mycket missnöjda med sin fysiska hälsa (figur 4).



**Figur 4.** Personernas självskattade fysiska och psykiska hälsa (n=216)

## Följsamhet till interventionen

Följsamhet till interventionen beskrivs utifrån genomförandet av implementeringsstrategin ”Genomförande av fortbildning för FaR-förskrivare” och interventionskomponenten ”Stöd från hälsopedagoger på FaR-mottagning”.

### Genomförande av fortbildning för FaR-förskrivare

Samtliga 21 deltagande förskrivarenheter genomförde ett fortbildningstillfälle för förskrivarna på enheten. Fortbildningstillfällena varade i genomsnitt 187 minuter (60-240 minuter) per enhet. Följsamheten angående genomförande av fortbildningstillfälle bedömdes därför som god.

### Stöd från hälsopedagoger på FaR-mottagningar

Hälsopedagogerna etablerade kontakt med 86 procent av de personer som fått FaR inom ramen för interventionen, bedömt utifrån antal FaR som inkommit till FaR-mottagningarna. Följsamheten angående stöd från hälsopedagogerna bedömdes därför som god.

## Beskrivning av process

### Process vid fortbildning för FaR-förskrivare

Fortbildningar för FaR-förskrivare vid de olika förskrivarenheterna genomfördes mellan december 2018 och mars 2020. Sammanlagt 180 förskrivare deltog i initial fortbildning på de 21 enheterna. Det kortaste fortbildningstillfället genomfördes på en timme och det längsta på den rekommenderade tiden om fyra timmar. Utöver grundläggande fortbildning genomfördes vidareutbildning eller kompletterande grundutbildning för ny personal, efter önskemål, vid sammanlagt sex enheter.

## Process på FaR-mottagningar

FaR-mottagningen i Kista höll öppet från och med januari 2019 till och med december 2020, med stöd på telefon från och med oktober. FaR-mottagningen i Södertälje höll öppet fysiskt från och med mars 2019 till och med oktober, och gav därefter stöd per telefon till och med december 2020. Sammanlagt inkom 296 FaR till de båda mottagningarna (tabell 6).

**Tabell 6.** Process på FaR-mottagningar

	Södertälje	Kista	Totalt
<b>Inkomna FaR</b> , antal	73	223	296
<b>Inkomna FaR där kontakt med individ ej etablerats</b> , antal (procent)	9 (12,3)	32 (14,4)	41 (13,9)
<b>Träffar per person*</b> , antal i genomsnitt (min-max)	9,2 (1-23)	4,3 (1-16)	5,5 (1-23)
<b>Tidsåtgång per träff</b> , minuter i genomsnitt (min-max)	36,5 (15-120)	41,0 (15-120)	39,5 (15-120)
<b>Personer som fått träningsprogram*</b> , antal (procent)	18 (28,1)	57 (29,8)	75 (29,4)
<b>Gruppträffar med träning eller teori</b> , antal	0	40	40
<b>Deltagare i gruppträffar</b> , antal i genomsnitt (min-max)	4,8 (2-10)	0	4,8 (2-10)

\*Beräknat på personer där kontakt har etablerats

## Språk som användes och tolkades

I mötet med personerna som fått FaR användes främst svenska, men också andra språk. Hälso pedagogerna använde vid behov engelska och en av dem använde vid behov italienska. I vissa fall användes tolk eller anhörigtolk. Sammanlagt tolkades sju språk med extern tolk. De språk som tolkades var arabiska, kurdiska/sorani, mongoliska, persiska, ryska, turkiska och teckenspråk.

## Insatser på FaR-mottagningar

Hälso pedagogerna på de båda FaR-mottagningarna gjorde många olika insatser för att stödja personerna som fått FaR till ökad fysisk aktivitet. Några av de mest förekommande insatserna inkluderade:

- **Samtal** – Hälso pedagogerna samtalade med personerna som fått FaR, både vid fysiska möten och på telefon. Ibland användes Motiverande Samtal.
- **Kartlägga och föreslå aktiviteter** – Redan i tidigt skede kartlade hälso pedagogerna aktivitetsutbudet i den aktuella kommunen. Kartläggningen var ett komplement till webbplatsen FaRledare.se och bidrog till att denna uppdaterades med sju nya aktivitetsarrangörer. Dessutom kartlades kostnadsfria

alternativ till aktivitet i närområdet. Kartläggningen användes därefter för att matcha och föreslå aktiviteter.

- **Följa med till aktivitet** – Hälso pedagogerna följde med personer som fått FaR till träningsanläggning eller badhus och tränade tillsammans med dem, tills de bedömdes kunna fortsätta på egen hand.
- **Promenader/stavgång** – Promenader och stavgång arrangerades. Detta gjordes dels individuellt med personerna, men ibland också i grupp.
- **Påminnelse och uppföljning** – Personerna som fått FaR kontaktades regelbundet för påminnelse och uppföljning, bland annat genom telefonsamtal, påminnelse-sms och uppföljande bedömningar och tester.
- **Bedömningar och kapacitetstester** – Olika bedömningar och kapacitetstester genomfördes, såsom bedömning av uppreningsförmåga och syreupptagningsförmåga.

I ett av områdena (Kista) genomfördes också gruppträffar. Dessa inkluderade olika aktiviteter såsom promenader, styrketräning, löpning, utegym eller föreläsningar. Träffarna arrangerades en gång i veckan och varade cirka 45 minuter per gång. Vissa gruppträffar var öppna att ansluta till och andra krävde anmälan. I genomsnitt deltog 4,8 personer per gång.

#### Stödmaterial på FaR-mottagningar

Hälso pedagogerna hade olika sorters stödmaterial till sitt förfogande, och använde detta i olika utsträckning med olika personer. I vissa fall hade de stor nytta av stödmaterial, och i andra sammanhang upplevde de att stödmaterial kunde vara stressande, och att det fungerade bättre utan. Stödmaterial som användes var, enligt hälso pedagogerna:

- **Aktivitetsdagbok eller träningsdagbok** – Olika varianter av aktivitetsdagbok eller träningsdagbok användes. Enligt hälso pedagogerna passade det bra för en del och mindre bra för andra.
- **Modeller och skalor** – Borgskalan användes för att visa intensitetsnivå. En hälso pedagog beskrev att hon använde SMART-modellen för att specificera målsättning.
- **Stegräknare** – Både vanlig stegräknare (som lånades ut) och stegräknare i deltagarnas egna mobiltelefoner användes. Stegräknaren var ibland ett komplement till aktivitetsdagboken och användes som motivationshjälp.
- **Träningsappar** – Olika appar användes ibland, som till exempel "Workout" och andra styrketräningsappar. Enligt hälso pedagogerna fungerade appar bra för vissa, medan andra blev stressade eller föredrog att skriva på papper.
- **Pulsklocka** – En hälso pedagog beskrev att pulsklocka i kombination med Borgskala fungerade bra, men att en del velat ha en egen och att ekonomin då satt stopp.
- **Träningsprogram** – Olika varianter av träningsprogram, på olika nivåer, användes. Bland annat användes programmet "ExorLive" för att skapa träningsprogram. En hälso pedagog nämnde också TV-programmet "Träna med Sofia".

- **Träning** – Gåstavar användes och även gummiband. Dessutom användes ergometercykel för att göra kapacitetstester.

#### Samarbete med andra aktörer

Hälsopedagogerna samarbetade med många olika aktörer för att möjliggöra fysisk aktivitet för personer som fått FaR. De initierade samverkan med certifierade aktivitetsarrangörer via Stockholms FaR-ledarnätverk, och uppmuntrade nya aktivitetsarrangörer att ansluta sig till webbplatsen. Dessutom samverkade de med andra aktörer i lokalsamhället. Samarbetet handlade i många fall om dialog, informationsutbyte och möjlighet att erbjuda aktiviteter, men i vissa fall också om till exempel gemensamma workshoppar. Samarbete genomfördes bland annat med:

- **Offentliga verksamheter** – Aktivitetscenter, mötesplatser, anhörigcenter, LSS-verksamhet, kultur- och fritidsförvaltning, arbetsmarknadsenhet, arbetsmarknadsprojekt etc.
- **Privata aktivitetsarrangörer** – Gym, träningsanläggningar, simhallar, dansstudios, företagshälsovård etc.
- **Föreningar** – Friluftsförbundet, patientföreningar, pensionärsorganisationer, intresseorganisationer, idrottsföreningar, studieförbund etc.
- **Evenemang** – En av FaR-mottagningarna deltog i en hälsomässa samt tillsammans med personer som fått FaR i ett motionslopp.

#### Pandemins påverkan

Pandemin påverkade arbetet på FaR-mottagningarna på flera sätt och innebar många utmaningar. Pandemin innebar bland annat:

- **Telefonmöten istället för fysiska möten** – Hälsopedagogerna fick planera om så att många samtal med personer som fått FaR genomfördes på telefon istället för fysiskt möte. Detta kunde vara utmanande bland annat i samtal med personer med annat modersmål än svenska och när det fanns behov av tolkstöd.
- **Aktiviteter utomhus istället för inomhus** – Hälsopedagogerna planerade för promenader och stavgång utomhus istället för aktiviteter inomhus. Att inte kunna träffas inomhus innebar bland annat att det inte gick att genomföra hälsotester.
- **Inställda gruppaktiviteter** – FaR-mottagningarnas gruppaktiviteter fick ställas in. Även gruppaktiviteter hos externa arrangörer ställdes ofta in.
- **Minskat utbud av aktiviteter** – Många aktiviteter och verksamheter ställdes in eller ändrade form. Det blev svårt både att träffas i grupp och att träna inomhus i träningslokaler. Detta nedförde att det blev svårare att hitta passande aktiviteter. Även vardagsmotionen blev lidande för en del, då de till exempel inte vågade gå ut eller började jobba på distans.
- **Oro i relation till pandemin** – Pandemin tog stort fokus och blev ytterligare ett samtalsämne med personerna som fått FaR, vilket medförde att fler träffar ibland behövdes. Hälsopedagogerna behövde också hantera eventuell egen oro i förhållande till pandemin.

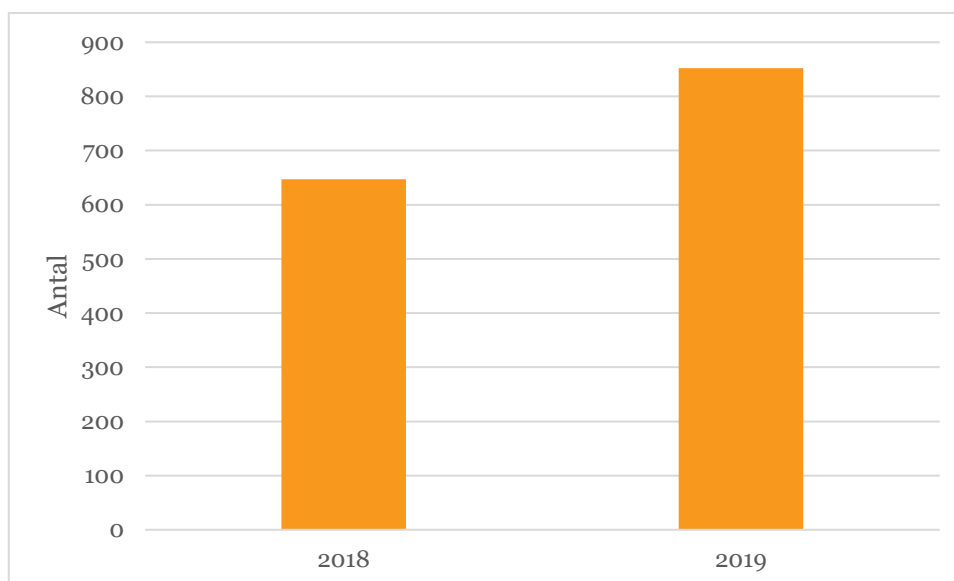
- **Ytterligare arbetsuppgifter** – Det tog extra tid att ställa in, boka av och boka om möten med personer som fått FaR. Det tog också tid att kontakta förskrivare om förändrade rutiner.
- **Extra utmaningar i utsatta grupper** – Hälso- och sjukvårdspedagogerna upplevde att äldre personer, och personer som var oroliga för smitta, blev extra isolerade. Hälso- och sjukvårdspedagogerna upplevde också att det kunde vara extra svårt att nå ut med information till personer med funktionsnedsättning och personer med annat modersmål än svenska. Tolkstöd fick genomföras per telefon istället för vid fysiskt möte.

## Interventionens effekt

Sammanlagt 21 hälso- och sjukvårdsenheter deltog i interventionen. Av dessa var 19 aktiva under interventionen genom att skriva FaR.

### Förskrivning av FaR

Förskrivning av FaR utifrån blankettstatistik i de båda områdena ökade under det första interventionsåret (2019) jämfört med året innan (figur 5). Eftersom projektet endast fick tillgång till blankettstatistik för primärvårdsrehab och vårdcentraler inom regionen, och inte av privata aktörer som arbetar på uppdrag av regionen, är endast dessa inkluderade i statistiken.



**Figur 5. Antal FaR skrivna i de aktuella områdena, oavsett diagnos, under året före intervention (2018) samt under det första interventionsåret (2019).**

Sammanlagt KVÅ-kodades 246 FaR till målgruppen samt 77 uppföljningar under interventionen. Genom att jämföra KVÅ-koder och blankettstatistik för regionens egna verksamheter kan man se att diskrepansen mellan dessa båda metoder att bedöma antal FaR kan vara stor. På den enhet där skillnaden var störst gällande FaR till personer med psykisk ohälsa fanns blankettstatistik för 74 FaR fler än vad som hade KVÅ-kodats. Därutöver noterades en diskrepans mellan KVÅ-kodade FaR och antal FaR som inkom till mottagningarna, vilket var 50 fler än vad som kodats.



## Beskrivning av FaR-förskrivare som besvarade frågor om fysisk aktivitet och FaR

Totalt 156 förskrivare från 17 olika enheter besvarade frågor om fysisk aktivitet och FaR före interventionen och 37 förskrivare från 16 enheter besvarade samma frågor efter interventionen (tabell 7).

**Tabell 7.** FaR-förskrivare som besvarade frågor om fysisk aktivitet och FaR

	Före	Efter
<b>FaR förskrivare i Södertälje som besvarade frågor, antal</b>	88	18
<b>FaR förskrivare i Kista som besvarade frågor, antal</b>	67	19
<b>FaR förskrivare som besvarade frågor totalt, antal</b>	156	37

### Profession

Före interventionen var 36 av de 88 som besvarade frågorna i Södertälje sjuksköterskor. Sammanlagt 24 var fysioterapeuter och 14 var läkare. Av de 68 som besvarade frågorna i Kista var 19 läkare, 14 fysioterapeuter och 13 sjuksköterskor. Övriga svarade att de var barnmorska, arbetsterapeut, dietist, psykolog, psykoterapeut, kurator, "annat" eller besvarade inte frågan. Efter interventionen var åtta av de 18 som besvarade frågorna i Södertälje fysioterapeuter och sex sjuksköterskor. Av de 19 som besvarade frågorna i Kista var sju läkare och fyra fysioterapeuter. Övriga svarade att de var barnmorska, psykolog, psykoterapeut, dietist, "annat" eller besvarade inte frågan.

### Yrkeserfarenhet

Före interventionen uppgav 36 av de 88 som besvarade frågorna i Södertälje att de hade upp till fem års yrkeserfarenhet och 51 personer uppgav att de hade mer än fem års yrkeserfarenhet. Av de 68 som besvarade frågorna i Kista hade 24 personer upp till fem års yrkeserfarenhet och 44 personer hade mer än fem års yrkeserfarenhet. En person besvarade inte frågan. Efter interventionen uppgav sex av de 18 som besvarade frågorna i Södertälje att de hade upp till fem års yrkeserfarenhet och elva personer uppgav att de hade mer än fem års yrkeserfarenhet. Av de 19 som besvarade frågorna i Kista hade åtta personer upp till fem års yrkeserfarenhet och tio personer hade mer än fem års yrkeserfarenhet. I båda områdena var det en förskrivare som inte besvarade frågan om yrkeserfarenhet.

### Förskrivarnas kunskaper och attityder kring FaR-metoden

Vid det uppföljande tillfället, då det var betydligt färre förskrivare som besvarade frågorna, var det i båda områdena en något större andel av FaR-förskrivarna som svarade att de hört talas om boken "Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling" (FYSS), FaR-metoden samt FaR-ledarnätverket, men en mindre andel som svarade att de kände till Socialstyrelsens indikatorfrågor för fysisk aktivitet (tabell 8).

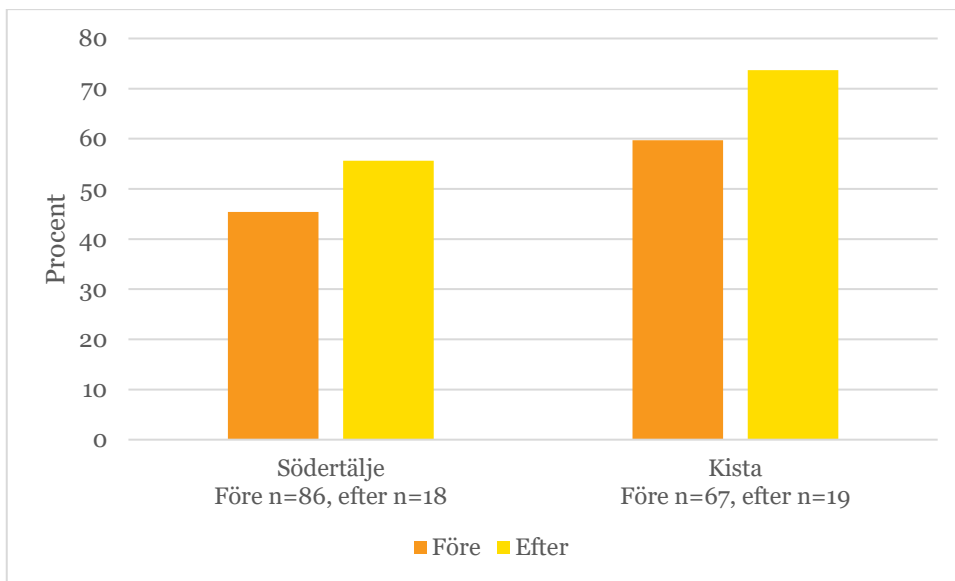
**Tabell 8.** Förskrivarnas kunskaper kring FaR-metoden

	<b>Södertälje före</b>	<b>Södertälje efter</b>	<b>Kista före</b>	<b>Kista efter</b>
<b>Känner till FYSS, procent</b>	68,2 n=88	88,9 n=18	76,1 n=67	100 n=19
<b>Hört talas om FaR- metoden, procent</b>	96,6 n=88	100 n=17	98,5 n=66	100 n=19
<b>Känner till FaR- ledarnätverket och FaRledare.se, procent</b>	25,3 n=75	35,3 n=18	61,1 n=62	68,8 n=16
<b>Känner till Socialstyrelsens indikatorfrågor, procent</b>	30,1 n=73	23,1 n=13	45,2 n=62	25,0 n=16

När FaR-förskrivarna ombads skatta hur relevant de upplevde FaR-metoden vid behandling av psykisk ohälsa, på en skala 0-7, där 7 stod för ”mycket relevant” skattade de före interventionen, i genomsnitt, 5,9 i Södertälje och 6,1 i Kista. Efter interventionen var motsvarande siffra 5,5 i båda områdena.

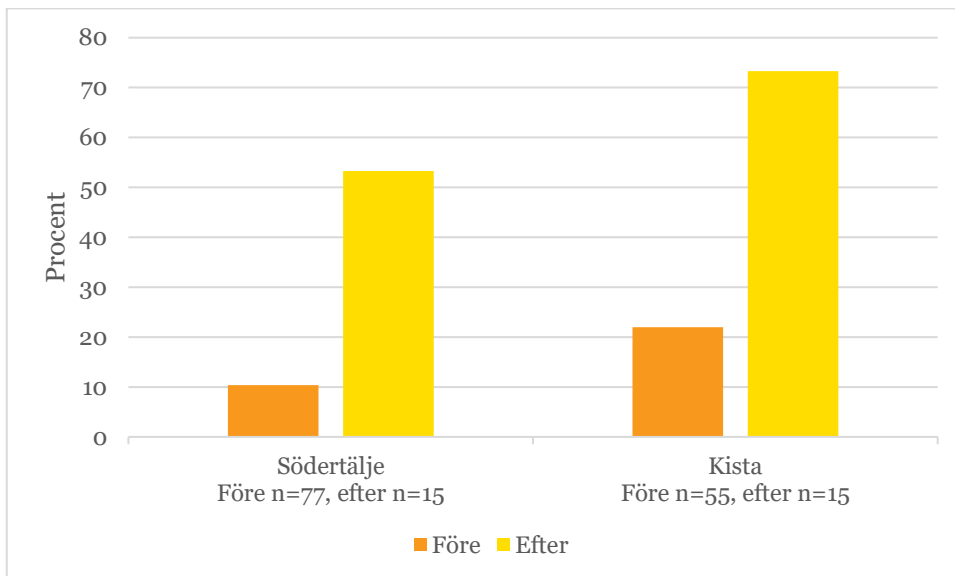
#### **Förskrivarnas och förskrivarenheternas rutiner kring FaR-metoden**

Både före och efter interventionen svarade 100 procent, eller nästan 100 procent, av förskrivarna i både Kista och Södertälje att de informerar om fysisk aktivitet och dess betydelse för hälsan. Före interventionen svarade 65,9 procent i Södertälje att de använde FYSS och efter intervention var denna siffra 64,7 procent. Före interventionen svarade 40,3 procent i Kista att använde FYSS och efter intervention var denna siffra 36,8 procent. Vid den uppföljande mätning var det en något större andel av de förskrivare som besvarade enkäten som uppgav att de använde FaR-metoden (figur 6).



**Figur 6. Andel FaR-förskrivare som använt FaR-metoden.**

Både före och efter interventionen uppgav den största andelen FaR-förskrivare, av de som svarat ja på frågan om de kände till FaR eller frågan om de använt FaR, att de förskrev FaR 1-5 gånger per månad. Efter interventionen var det, både i Södertälje och i Kista, en betydligt större andel som svarade att de hade erfarenhet av att ordinera FaR vid psykisk ohälsa (figur 7).



**Figur 7. Andel FaR-förskrivare som har erfarenhet av att ordinera FaR vid psykisk ohälsa. Frågan ställd till de som svarat att de hört talas om eller använt FaR-metoden.**

### Bedömning av fysisk aktivitet

Före interventionen svarade 62,8 procent i Södertälje att de bedömde fysisk aktivitet inför förskrivning av FaR och efter intervention var denna siffra 85,7 procent. Före interventionen svarade 77,1 procent i Kista att de bedömde fysisk aktivitet inför förskrivning av FaR och efter intervention var denna siffra 42,9 procent. För att bedöma om personen är tillräckligt fysiskt aktiv i relation till sjukdomstillståndet använde de flesta, både före och efter interventionen, frågor vid anamnes. En mindre andel använde andra metoder, såsom Socialstyrelsens indikatorfrågor, enkät, stegräknare, appar/armband eller "annat".

### Bedömning av fysisk kapacitet

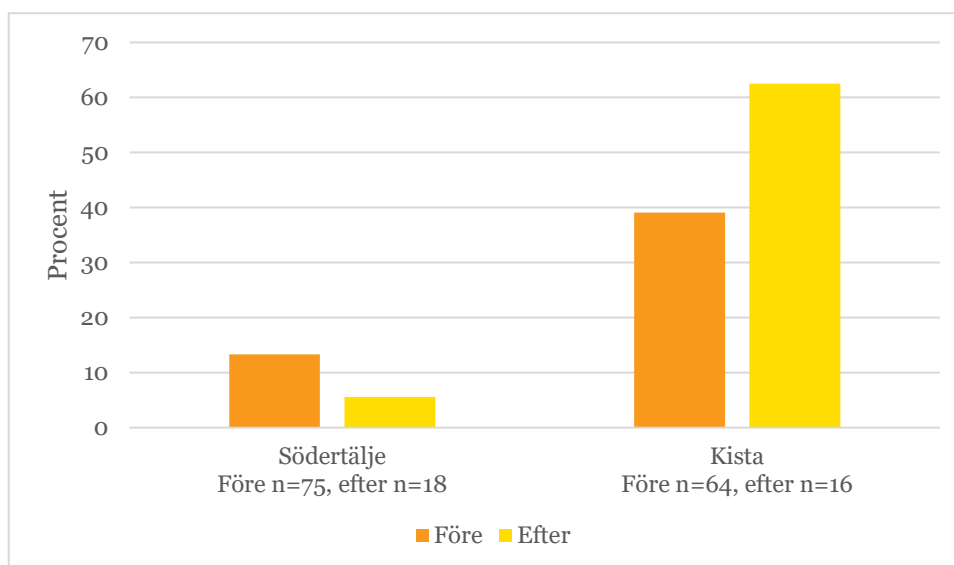
Bedömning av fysisk kapacitet genomfördes, både före och efter intervention, främst genom bedömning av förmåga att utföra vardagsaktivitet, men också genom bedömning av kondition och muskelstyrka. För att bedöma kondition användes främst cykel-test eller "annat". Enstaka förskrivare svarade att de använde step-test, "rating och perceived capacity" eller box-test. För att bedöma muskelstyrka användes främst 30 sec chair stand test, 0-5 skalan, handgrepp och "annat". Enstaka förskrivare rapporterade att de använde Sit to stand och 1RM. Generella tester som användes var framför allt TUG, "6 min" och "annat". Enstaka förskrivare rapporterade också att de använde patientspecifik funktionell skala. Ingen svarade att de använde testet "10 min".

### Utvärdering av effekt av ordinerad fysisk aktivitet i behandling vid psykisk ohälsa

Den största andelen av förskrivarna svarade, både före och efter intervention, att de utvärderade effekt av ordinerad fysisk aktivitet i behandling vid psykisk ohälsa med instrument för att mäta hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D, Rand36), ångest- och depressionssymtom (HADS, PHQ9 Madras) eller "annat". Ett mindre antal svarade att de utvärderade effekt av ordinerad fysisk aktivitet med instrument för att mäta stressymtom (SCI-93) eller sömn och återhämtning (KSQ), och någon enstaka förskrivare svarade att effekten utvärderades med instrument för att mäta tilltro till egen förmåga (GSE).

### Samordningsansvar för FaR-arbetet på arbetsplatsen

På frågan om arbetsplatsen har någon med samordningsansvar för arbetet med FaR svarade en större andel ja i Kista jämfört med Södertälje, både före och efter interventionen. I Södertälje svarade en ännu mindre andel ja vid det andra tillfället, och i Kista svarade en ännu större andel ja vid det andra tillfället (figur 8).



**Figur 8. Andel FaR-förskrivare som svarade att det på arbetsplatsen finns en person som har samordningsansvar för FaR-arbetet.**

### Beskrivning av personer som fått FaR och som besvarade frågor om hälsa och levnadsvanor

Totalt 216 personer som fått FaR besvarade frågor före interventionen, 142 personer besvarade samma frågor efter interventionen och 50 personer besvarade frågorna vid uppföljning (tabell 9). Två individer från mättilfälle A exkluderades från analys av skattad fysisk aktivitet, eftersom svar på dessa frågor saknades.

**Tabell 9.** Personer som fått FaR och besvarat frågor om hälsa och levnadsvanor

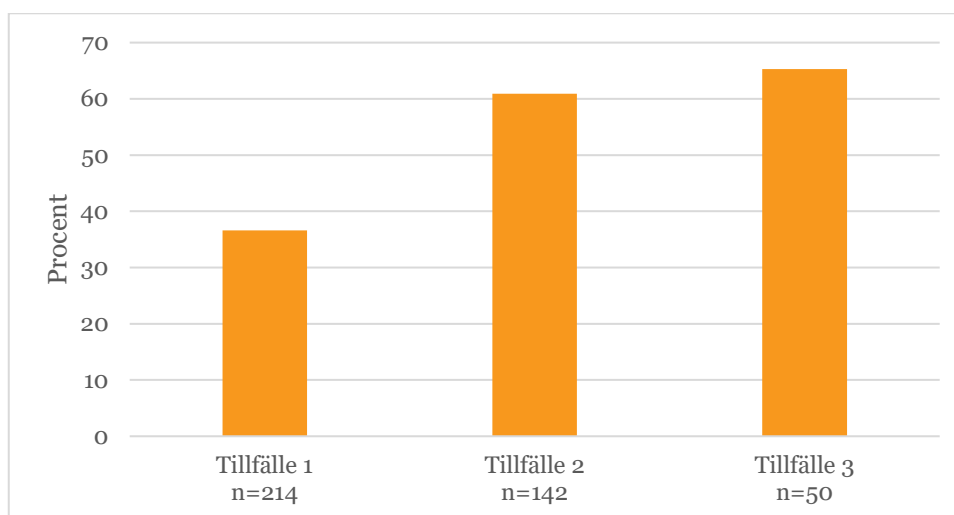
	Före	Efter	Uppföljning
<b>Personer som fått FaR i Södertälje och besvarade frågor, antal</b>	62	41	12
<b>Personer som fått FaR i Kista och besvarade frågor, antal</b>	154	101	38
<b>Personer som fått FaR och besvarade frågor totalt, antal</b>	216	142	50

### Personernas hälsa och fysiska aktivitetsvanor

Mellan första och sista kontakt med FaR-mottagning skattade personerna som fått FaR en signifikant förbättring av fysisk, psykisk och allmän hälsa. Vid sista kontakt med FaR-mottagning skattade personerna även en signifikant förbättrad hälsa jämfört med för ett år sedan (Söderberg, 2021). Gruppen skattade dessutom en signifikant ökad tid ägnad åt

vardagsmotion och fysisk träning samt signifikant mindre tid ägnad åt stillasittande, mellan mättillfälle 1 och 2. Hos de personer som besvarat frågorna vid tillfälle 3 observerades en kvarstående ökning av skattad vardagsmotion och träning sex månader efter avslutad kontakt, men någon kvarstående effekt kunde inte ses avseende stillasittande.

Andelen som uppnådde minst 150 aktivitetsminuter per dag var utifrån deskriptiva data större vid tillfälle 2 och 3, jämfört med det första tillfället (figur 9). Vid det andra tillfället observerades en ökning av faktiskt antal individer som uppnådde 150 aktivitetsminuter trots bortfall i svarsfrekvens. Vid det tredje tillfället observerades ytterligare en procentuell ökning, men här var bortfallet av individer som svarade stort. Bortfallsanalys utifrån totalt skattad aktivitetsnivå visade ingen signifikant skillnad mellan de som endast besvarade frågor vid första tillfället och de som fortsatte besvara frågor efter intervention och vid uppföljning.



**Figur 9. Andel individer som uppnår minst 150 aktivitetsminuter per vecka**

## Korrelation mellan deltagarnas motivation och utfall

Spearman's rho test visade en låg negativ korrelation mellan skattning av hälsa för ett år sedan och skattning av hur säker personen är att klara av att ändra sin aktivitetsvana (Söderberg, 2021). Det fanns även en låg negativ korrelation mellan skattad vardagsmotion och skattning av hur säker personen är att klara av att ändra sin aktivitetsvana. Den negativa korrelationen tyder på ett litet samband mellan en lägre skattad tilltro till den egna förmågan och en bättre upplevd hälsa jämfört med för ett år sedan samt en ökad vardagsmotion. På grund av gruppens homogenitet och skattningsskalans utformning så bör detta resultat dock tolkas försiktigt och den kliniska signifikansen, det vill säga den verkliga betydelsen, är högst osäker.

## Personernas fysiska kapacitet

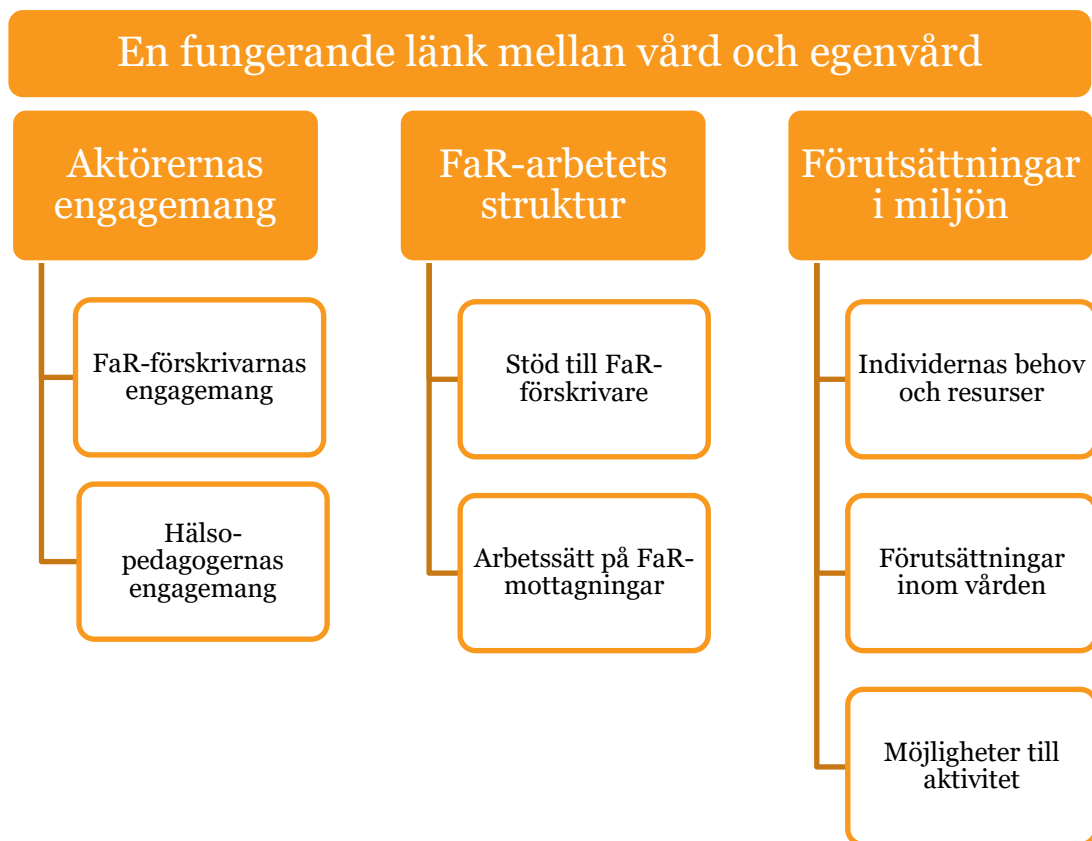
En mindre subgrupp valde att genomföra ett frivilligt konditionstest på cykel före och efter stödet på FaR-mottagningen. Dessa personers fysiska kapacitet testades med ett submaximalt konditionstest på cykel samt ett uppresningstest. Sammanlagt 12 personer gjorde cykeltestet före och efter intervention, och av dessa förbättrade åtta sina resultat. Före interventionen hade elva personer (92 %) en låg syreupptagningsförmåga utifrån referensvärden för ålder och kön, och efter interventionen hade nio personer (75 %) en låg syreupptagningsförmåga utifrån samma referensvärden. Sammanlagt sju personer gjorde uppresningstestet före och efter interventionen, varav samtliga förbättrade sina resultat (tabell 10).

**Tabell 10.** Personernas fysiska kapacitet

	Före intervention	Efter intervention
<b>Submaximalt konditionstest på cykel</b> , ml/min/kg, genomsnitt (min-max), n=12	29,5 (22,3-43,4)	32,1 (26,3-45,3)
<b>Uppresningstest</b> , antal uppresningar, genomsnitt (min-max), n=7	14,1 (8-26)	17,8 (11-27)

## Intervjustudie

Baserat på intervjuer med hälsopedagoger, FaR-förskrivare och personer som fått FaR identifierades det övergripande temat "En fungerande länk mellan vård och egenvård" och tre beskrivande huvudkategorier. Resultatet beskriver vad som har betydelse vid implementering av FaR-mottagningar och stöd till FaR-förskrivare, och på så vis kan bidra till ökad förskrivning av och bättre rutiner kring FaR samt ökad fysisk aktivitet och förbättrad psykisk hälsa bland individerna. En översikt av resultatet ges i figur 10.



**Figur 10: Tema och kategorier som beskriver vad som har betydelse vid implementering av FaR-mottagningar och stöd till FaR-förskrivare**

### **Tema: En fungerande länk mellan vård och egenvård**

Det övergripande temat – en fungerande länk mellan vård och egenvård – handlar om FaR-mottagningens funktion för att ge patienter med psykisk ohälsa stöd att genomföra den beteendeförändring som FaR-ordinationen kräver. Patienter med psykisk ohälsa har stort behov av stöd för att komma igång med fysisk aktivitet, vilket inte alltid är möjligt att ge med de förutsättningar som finns inom hälso- och sjukvården. Genom att FaR-mottagningen kan fungera som en länk, med hälsopedagoger som under längre tid kan ge stöd till nya rutiner, erbjuds en möjlighet till att stödja personer med psykisk hälsa till en ökad fysisk aktivitet, och i förlängningen en bättre fysisk och psykisk hälsa.



## Kategori 1: Aktörernas engagemang

FaR-förskrivarnas och hälsopedagogernas engagemang har betydelse för hur många FaR som förskrivs, och för individernas upplevelse av insatsen. För FaR-förskrivarna är det viktigt att se fördelarna med FaR och hälsopedagogerna behöver stöd och handledning för att kunna genomföra sitt arbete på bästa sätt.

### FaR-förskrivarnas engagemang

FaR-förskrivarnas engagemang för FaR och för fysisk aktivitet som behandling har betydelse för i vilken utsträckning de förskriver FaR-recept. Vissa förskrivare har ett stort intresse för fysisk aktivitet och ser det som en viktig del i behandlingen. Andra förskrivare gör andra prioriteringar. Det framkom också att det kan finnas kulturella skillnader, till exempel bland läkare, på hur man ser på psykisk ohälsa och på betydelsen av fysisk aktivitet som behandling.

*Jag tror att jag gör det jättemycket för att jag är intresserad av det, jag har sportat mycket själv och jag försöker följa hälsoråd och så där, så att jag är ju personligen väldigt intresserad av det och sedan är jag också intresserad av de här kroniska sjukdomarna, och fysisk aktivitet är svaret på allt och det brukar jag säga till patienterna. Det är ju diabetes och benskörhet och smärtor, humöret liksom. Allt påverkas ju positivt av fysisk aktivitet så det, jag brukar alltid göra reklam för det. /FaR-förskrivare 4*

Bland förskrivarna beskrevs att det är viktigt att se fördelarna med FaR för att välja att prioritera att arbeta med metoden. Fördelar kan till exempel vara att patienten får träffa en hälsopedagog eller får rabatt hos en aktivitetsarrangör. Om förskrivaren inte ser en tydlig fördel kan han eller hon välja att prata med patienten om fysisk aktivitet, utan att använda receptblanketten.

*Väldigt positiv till det de [FaR-mottagningen] har att erbjuda, framför allt bara den stöttningen, att kunna implementera det här utanför sjukvården för det är det som har varit, som jag upplever har varit ett väldigt stort problem innan, att det blir ett glapp mellan sjukvård och friskvård så de blir ju lite bron däremellan och, vare sig om det gäller bara verbal stötning, telefonsamtal eller möten och planering så underlättar det jättemycket för patienter som känner sig lite mer omhändertagna, att de inte släpps lösa efter de avslutas från vården. /FaR-förskrivare 3*

Personer som fått FaR beskrev dels upplevelser av FaR-förskrivare med stort engagemang för FaR och dels upplevelser av att det kan vara svårt att få FaR, trots uttryckliga önskemål. De intervjuade beskrev att det krävs kompetens för att fylla i FaR-blanketten korrekt och dosera fysisk aktivitet på rätt sätt. När förskrivaren har kompetens går det snabbare och smidigare att skriva ut ett FaR. En del förskrivare har både tagit del av fortbildning och har erfarenhet, medan andra känner osäkerhet. Enligt hälsopedagogerna händer det att FaR är felaktigt ifyllda. Exempel som gavs på felaktigheter var att underskrift saknas, att aktivitetens intensitet inte beskrivits, att de föreslagna aktiviteterna är orealistiska eller för dyra, eller att förskrivaren fyllt i att patienten ska få rabatt trots att aktivitetsarrangören inte erbjuder rabatt. Personer som fått FaR beskrev olika upplevelser av förskrivarnas kompetens kring FaR, och det

framkom beskrivningar av bristande kunskap bland annat om särskilda behov vid funktionsnedsättning.

*Men det har också hänt att det har stått vattengympa på receptet och personen har inte möjlighet att betala ekonomiskt och det finns inte gratis vattengympa någonstans så då blir det ju också svårt och det samtalet ska ju egentligen förskrivaren ha haft men det, jag tror att det handlar om tidsbristen där.  
/Hälsopedagog 1*

### Hälsopedagogernas engagemang

Hälsopedagogernas engagemang för individen och hans eller hennes hälsa har betydelse för personer som kommer till FaR-mottagningen med ett FaR-recept, och hur de upplever insatsen. Individerna beskrev att hälsopedagogerna visade intresse genom att lyssna och ställa frågor. Enligt individerna är relationen till hälsopedagogen viktig och den beskrevs till exempel i form av att de kunde känna sig bekväma, eller att de mådde bättre efter en träff med hälsopedagogen.

*Hälsopedagogerna har kunnat tänka utanför boxen och varit mycket duktigare på att fånga upp individerna där de befinner sig och hur deras möjligheter till träning ser ut och tagit vara på det som finns i deras närhet, så de har lyckats bättre än min erfarenhet. /FaR-förskrivare 1*

*Okej, då man känner att, lite bekväm om man lyssnar på dig, om man försöker att hjälpa dig, rekommenderar dig att göra, vi ska till, kom med mig, vi ska promenera här, jag vet inte, i skogen som hon visar vad man ska göra eller man måste göra för att man gå vidare från den här situationen. /Individ 1*

Hälsopedagogerna upplevde att de i huvudsak hade den kompetens de behövde, även om de ibland upplevde det som utmanande att möta personer med svårare psykisk ohälsa. De beskrev också att de ständigt måste vara kreativa eftersom de hela tiden möter nya situationer. Det kan handla om att hitta sätt att stödja personer med vitt skilda behov och förutsättningar. Ett specifikt exempel var att två hälsopedagoger vid ett tillfälle följde med en person hem för att hjälpa den personen att montera ihop en träningscykel. För att hälsopedagogerna ska kunna ge bästa möjliga stöd till personer med psykisk ohälsa och för att ständigt kunna vara kreativa i nya situationer, uttryckte de ett behov av kontinuerlig handledning.

*Jag tror att man skulle behöva ha där man träffas, dels att vi träffas tillsammans alla hälsopedagoger och kan byta ut, alltså byta erfarenheter med varandra och jobba liksom i case och hur gjorde du i den här situationen. Ta fram goda exempel och där också ha en handledare som, ja men som är väldigt påläst inom, dels inom liksom inom det psykiska, mentala, om det är någon psykolog eller liknande som har jobbat med det men kanske också i det pedagogiska. Hur man arbetar rent praktiskt i vår roll. /Hälsopedagog 4*

### **Kategori 2: FaR-arbetets struktur**

Struktureringen av FaR-arbetet påverkar hur väl det kan genomföras. FaR-förskrivarna behöver fortbildning och stöd för att arbeta med metoden, FaR-mottagningarna måste

organiseras på ett sätt som underlättar arbetet och på FaR-mottagningarna behöver man hitta fram till fungerande rutiner och arbetsätt.

#### Stöd till FaR-förskrivare

FaR-förskrivare behöver någon form av initial fortbildning eller genomgång för att kunna förskriva FaR-recept på ett bra sätt. Bland förskrivarna lyftes att blanketten inte är helt enkel att fylla i, och att man därför vill ha stöd i detta. Svårigheter med blanketten som lyftes var bland annat att man inte förstår aktivitetsdagboken på baksidan samt att man önskar färdiga mallar för till exempel olika diagnoser. Önskemål framkom också om ett förenklat digitalt förfarande.

*Jag hade uppskattat om man kunde fylla i det på internet, alltså att man kunde gå in på någon hemsida, kryssa i en tid, skriva en kort kommentar att det här är från [mottagningen] och att man själv tillsammans med patienten här inne på rummet skulle kunna boka en tid eller något sådant där. Det hade varit lättare. /FaR-förskrivare 6*

Flera av förskrivarna beskrev att de fått en genomgång i projektets början, vilket var uppskattat. Några lyfte att informationstillfället genomförts på förskrivarnas arbetsplats, vilket uppfattades som praktiskt. En del beskrev att de också gjort besök på FaR-mottagningarna, och detta uppfattades som mycket positivt. Bland annat lyftes fördelen med att kunna beskriva mottagningen, mottagningens verksamhet och vägen till mottagningen för patienterna. Utöver detta önskades av vissa återkommande möten med hälsopedagogerna, för att få information om hur det går och bli motiverad att skriva fler FaR-recept. En annan sak förskrivarna kan önska stöd kring är hur man motiverar till fysisk aktivitet.

*Något som har varit uppskattat och som jag tycker har varit jättebra är att det har funnits möjlighet att komma dit till mottagningen också, när de bjuder in till sina träffar där. Det är mycket lättare att skicka patienter dit när vi själva har varit där och sett hur det ser ut, hur man tar sig dit, träffat hälsopedagogerna. Så att de dagarna har varit jättegivande också. /FaR-förskrivare 3*

Inom projektet gavs ekonomiskt kompensation både för deltagande i fortbildning och för varje uppföljning av FaR. Enligt FaR-förskrivarna är den ekonomiska kompensationen inte den huvudsakliga anledningen till varför man väljer att skriva FaR. Samtidigt beskrevs att den ekonomiska kompensationen kan fungera som en morot för förskrivare som annars är tveksamma.

*När vi skriver FAR så finns det nog ingen här som på något sätt någonsin, någonsin, absolut inte jag i alla fall, har tänkt på någon form utav ersättning. Ersättningen är, det är inte skälet till att vi skriver FAR. Att ringa upp och göra en kontroll, då är det skulle jag säga att det är säkert, ja det kommer inte att ske om vi inte får ersättning. /FaR-förskrivare 5*

Bland hälsopedagogerna framkom förslag på att de kan ge kontinuerligt stöd till FaR-förskrivande eller ta fram kom ihåg-lappar. FaR-förskrivarna beskrev att de ibland saknade aktuell information och kontaktuppgifter, till exempel via en kontinuerligt uppdaterad webbsida.

*Det som jag har saknat har varit att det inte har funnits någon speciell hemsida för det här. Det tyckte jag var frustrerande för att jag hade väl kanske papperen utskrivna men ibland hade jag dem hemma så här, när man då åkte och kunde inte hitta dem någonstans och då blev det liksom fördröjning för att jag bara inte kunde skriva ut den här samtyckesblanketten till exempel eller så fick jag gå och springa runt och leta reda på det. /FaR-förskrivare 7*

### Organisering av FaR-mottagningar

Organiseringen av FaR-mottagningarna har betydelse för hur de fungerar. Enligt hälsopedagogerna är det viktigt med en tydlig ledning och koordinering. Under projekttiden fanns brister i samordningen, vilket ledde till emotionell stress bland hälsopedagogerna. Sådant som enligt hälsopedagogerna är viktigt är att det finns tydliga roller, väldefinierade arbetsuppgifter, en genomarbetad struktur för arbetet och gemensamma mål för arbetet.

*Att man har någon slags struktur för det kände inte jag att vi hade i början och man visste inte riktigt vad man skulle göra och inte göra och, att man, och sedan tror jag väldigt mycket på det här med att man träffas i teamen och ger varandra feedback och att man samarbetar. /Hälsopedagog 3*

FaR-mottagningarna var i detta projekt organiserade utanför vården, vilket innebar att de fysiskt inte befann sig i en vårdmiljö. En fördel de intervjuade såg med detta var att individerna som fått FaR kunde känna sig trygga i miljön och inte behöva vara oroliga för att bli "avslöjad" avseende sin psykiska ohälsa. En annan fördel som lyftes var att det är lättare att arrangera gruppaktiviteter när man inte behöver ta hänsyn till patientsekretess. Bland FaR-förskrivare lyftes samtidigt att det är bra om mottagningen finns inom rimligt geografiskt avstånd, eftersom det kan bli ett hinder om patienterna måste ta sig en längre sträcka.

*Många vill inte veta för att, jag pratar inte om svenskar, jag pratar om mig eller som många i min situation, de vill inte veta, att någon ska veta. /Individ 1*

En nackdel som lyftes bland individerna var att den som använder färdtjänst inte kan räkna resorna till FaR-mottagningen som en sjukresa.

*Jag behöver färdtjänst, men får bara ett visst antal resor. De tycker att träning är en fritidssysselsättning. Det tycker inte jag. Visst, om man går på ett flashigt gym då har man valt det. Sjukgymnast är inte heller godkänt. Säg att jag får tennisarmbåge, då får jag direkt tio gånger hos en sjukgymnast. Sen när det är klart då kan jag träna på vårt gym, och måste utnyttja mina fritidsresor. Pratar inte bara för mig själv. Man kan inte välja. /Individ 4*

En nackdel som upplevdes av hälsopedagogerna var att inte kunna vara del av ett team. Hälsopedagogerna kunde sakna att bolla med kollegor inom andra professioner, och hade ibland på ett enkelt sätt kunna hänvisa individer om de var oroliga för deras psykiska hälsa. Även bland FaR-förskrivare och individer lyftes att teamarbete skulle kunna vara bra, även om det fanns olika tankar om vilken organisering som är den bästa.

*Jag tror att det skulle finnas en sådan här person på varje mottagning, inte att de skulle sitta någon annanstans. Det tror jag hade varit det allra bästa, att de var integrerade och en del av vårt team och att de användes både för fysisk, alltså för psykisk ohälsa men kanske också kunde hjälpa andra/FaR-förskrivare 7*

*Så jag skulle tänka mig att det kunde vara bättre om de var, om de jobbade mer som ett team. Där det finns hälsopedagog som är expert för den här delen och läkaren och att de diskuterar om hur de kan hitta till exempel, läkaren eller terapeuten som, om jag tänker på mitt fall, de vet hur jag mår. /Individ 2*

Det lyftes också att man på FaR-mottagningen endast arbetar med fysisk aktivitet, samtidigt som man ser ett behov av att ta ett större helhetsgrepp kring hälsa.

*Det är många som kommer till oss, de röker ju, de äter inte bra, de stressar. Det skulle vara, och de är väldigt ensamma och så, man skulle vilja jobba lite bredare. Ja men att kunna hjälpa dem med lite mer andra saker också eller, för allt hänger ju ihop. Just det där psykiska måendet är ju inte, bara för att de börjar träna. Det är klart att de mår bättre men det finns ju andra saker som de måste, de måste ta tag i också. /Hälsopedagog 3*

Ett annat problem var att hälsopedagogerna ofta hamnade ensamma med individer på mottagningen. I enstaka fall upplevde de att det kunde vara obehagligt, eller innebära en risk, att ensam möta en person med dokumenterad ohälsa, utan att ha tillgång till larm eller kollegor.

Organiseringen utanför vården innebar också att hälsopedagogerna inte hade tillgång till journalsystem eller var inkluderade i remissförfaranden. Hälsopedagogerna menade att det ibland kunde vara en fördel att möta individen utan förutfattade meningar och lyssna på individens egen berättelse. Samtidigt upplevde de nackdelar i form av att inte ha tillgång till information om specifika behov, eller till exempel veta om en person skulle kunna vara potentiellt farlig. Bland FaR-förskrivarna lyftes att det kunde vara omständligt att kontakta FaR-mottagningen via brev, och att det hade varit enklare om ett vanligt remissförfarande hade kunnat användas.

*Alltså jag ser verkligen fördelar med båda för det är ju, vi ska ju fokusera på det som är friskt och det som fungerar och det som är möjligt och skulle jag ha journalerna skulle jag ju läsa dem och då tror jag att jag skulle ta med mig en massa av mina fördomar som blir i huvudet in i samtalen, vilket jag slipper nu. /Hälsopedagog 2*

#### Arbetsätt på FaR-mottagningar

Eftersom FaR-mottagningarna inte använde journalsystem användes andra system för dokumentation, till exempel i form av vanliga Excelldokument. Hälsopedagogerna uttryckte att dessa system inte fungerade optimalt. Ett problem var till exempel att två hälsopedagoger på samma mottagning inte kunde arbeta med dokumentation samtidigt. Hälsopedagogerna använde också olika verktyg och instrument för att mäta och bedöma sådant som syreupptagningsförmåga och motivation, och beskrev att dessa mått kan vara bra som underlag vid samtal med individen. Redan i tidigt skede arbetade de med

kartläggning av aktivitetsutbudet i kommunerna, och upprättade kontakter med olika aktivitetsarrangörer.

Hälsopedagogerna beskrev att de arbetade med samtal vid fysiska möten, men också med telefonsamtal, sms-kontakter samt träning och annan fysisk aktivitet tillsammans med individerna. En viktig uppgift för hälsopedagogerna var att följa med individer till olika aktiviteter och träningsanläggningar. Just möjligheten att följa med som stöd till olika aktiviteter beskrevs som mycket uppskattad, både av individerna själva och av FaR-förskrivare som refererade till vad de fått höra från sina patienter.

*Jag tror att det är väldigt många som är osäkra och de vet inte riktigt vad de ska typ ta på sig eller hur de ska bete sig eller hur man ska vara i grupp och att de tänker att alla tittar på dem. Det är så mycket utifrån liksom och du vet sociala medier och man ska vara så perfekt jämt och så mår de dåligt, plus det liksom, på alla de här hemska kraven som man får och så mår man dåligt på andra sätt också så att man orkar inte riktigt. Man vill liksom ha någon som följer med och bara håller en i handen och typ nästan går in. Och sedan märker man att de växer ju rätt snabbt. /Hälsopedagog 3*

*Det avdramatiserades ju med att personen tränar med en för då liksom, då är det, då kan det vara en kompis eller en kollega eller, och det är ingen som står och skriker på en att man ska göra någonting utan man kör liksom tillsammans som ett team liksom. Så det har varit positivt. /Individ 5*

Flera av de intervjuade pratade också om vikten av att bryta isolering genom promenadgrupper eller genom att följa med till olika aktiviteter.

*Ja men det var en äldre kvinna som har mycket oro och nedstämdhet och som också är ganska ensam, liksom lite socialt isolerad och så och där fungerade det väldigt bra med att få ut henne i vardagen för att hon behövde ju den här vardagsmotionen, att komma igång. /FaR-förskrivare 7*

*Så det var bra att jag fick träffa också andra människor som har samma behov som jag har och var och en har olika anledningar till att man har hamnat hit i FaR-mottagningen men det var bra eftersom man ser att man inte är själv, så det finns andra människor där också, därute som har också svårt. /Individ 2*

### **Kategori 3: Förutsättningar i miljön**

Förutsättningar i miljön påverkar både förskrivning av FaR och individernas följsamhet. Förutsättningarna inom vården påverkar förskrivandet och individernas egna behov och resurser tillsammans med möjligheterna till aktiviteter i lokalsamhället påverkar i vilken utsträckning individerna blir mer fysiskt aktiva.

Individernas behov och resurser

Den målgrupp som interventionen riktade sig till är en grupp som ofta är utsatt på flera olika sätt. De intervjuade beskrev psykisk ohälsa i form av till exempel stress, sömnsvårigheter, dålig självkänsla, nedstämdhet, depression, oro, ångest, ätstörningar, trauma och posttraumatiskt stressyndrom. Förutom psykisk ohälsa beskrevs också fysisk ohälsa i form av till exempel trötthet, värk, benskörhet, övervikt, högt blodtryck,

diabetes eller hjärtsjukdom. En del har också någon form av funktionsnedsättning. De intervjuade berättade om bristande fysisk aktivitet, men också om ohälsosamma matvanor, rökning och medicinering. När det gäller fysisk aktivitet kan en del vara ovana vid att träna och till exempel känna oro för att besöka ett gym eller inför vad som händer i kroppen vid träning.

Interventionen genomfördes i kommuner med en stor andel invånare med annan etnisk bakgrund än svensk. Detta kan i vissa fall medföra språksvårigheter eller andra kulturella värderingar i samband med fysisk aktivitet eller psykisk ohälsa. En del beskrev till exempel att psykisk ohälsa inte är accepterat inom vissa kulturer.

*Många andra kulturer kanske inte ser på träning som en behandling på det sättet utan mår man dåligt så vill man bli omhändertagen så det är alltid en utmaning i bara den biten. /FaR-förskrivare 3*

*Det betyder där man ska gå till och prata i mitt hemland, psykiskt det betyder att (visslar), vi kan inte acceptera, jag kan acceptera det men många kan inte acceptera. Aha han är upperdum, dum i huvudet. /Individ 1*

För en del kan ett krävande och stressigt arbetsliv påverka livssituationen. Många har också en svår ekonomisk och social situation. En del är arbetslösa eller sjukskrivna och är beroende av bidrag, medan andra har lågavlönade arbeten eller studerar. Det finns också individer som är hemlösa eller bor på asylboenden. Man kan inte alltid orientera sig i samhället och det är lätt att man "faller mellan stolarna".

Samtidigt som många har en svår ekonomisk situation för sin egen del kan de behöva ta hand om sjuka anhöriga eller en familj som bor i ett annat land och inte kan försörja sig själva. Den ekonomiska situationen gör att en del inte kan betala för mediciner eller gymkort. Trots att många av de intervjuade individerna beskrev motgångar och utmaningar beskrev de också att de kämpat och kämpar hårt för att ta sig vidare, både när det gäller den sociala situationen och sin egen hälsa.

*Ja, de säger att de inte har råd att köpa ett SL-kort, de har inte råd att köpa ett gymkort, det är många som får väldigt stora ekonomiska problem så att det blir en katastrof. Om de tycker att de behöver bli sjukskrivna och sedan så dröjer Försäkringskassan några veckor. Då blir det en ekonomisk katastrof för dem när de inte får några pengar den månaden så, och det här har jag aldrig upplevt tidigare, att människor har så extremt lite pengar och inte riktigt kan orientera sig heller. /FaR-förskrivare 4*

*Vi har väldigt många patienter som alltså inte har råd att, alltså alla har ju råd att träna, det vill säga du kan göra en armhävning om du har ett hem det vill säga. Även om du inte har ett hem, vi har ju hemlösa också här. Det går att göra liksom, det går att studsa och hoppa, det går att göra. Men det går inte att ha gymkort om du inte har mat på bordet liksom. /FaR-förskrivare 5*

Inför besöket hos hälsopedagog kan det vara svårt att förstå vad det innebär, eftersom hälsopedagog är ett yrke som är okänt för många och över huvud taget inte existerar

inom vissa kulturer. Detta innebar att en del hade fel förväntningar, och till exempel förväntade sig att komma till en rehabmottagning. Andra kunde uppleva att det var svårt om de behövde vänta för att få en tid.

*Vi har märkt väldigt tydligt att när någon kommer till oss och har en annan förväntning, att det blir både mycket besvikelse för att man tror att man ska få någonting men så får man inte det och det blir också svårare jobba för oss för då behöver vi börja med att liksom vända om personen och, ja men det är som att vi får börja med att klättra upp istället för att vara på samma nivå när vi ses.*

/Hälsopedagog 1

#### Förutsättningar inom vården

Förutsättningarna inom vården styrs bland annat av politik och ekonomi, och en del av de intervjuade menade att nedskärningar kan göra att patienterna kommer i kläm. Det beskrevs att FaR-förskrivarna upplever hög arbetsbelastning och tidsbrist. Detta kan göra att de rådgivande samtalen blir hastiga och att det inte finns tid att skriva FaR på ett bra sätt. Läkare och annan vårdpersonal känner sig stressade och ett extra moment, som att skriva FaR, kan avskräcka. En del av förskrivarna uttryckte att man måste vara rädd om och ta hand om sig själv, för att inte blir utbränd.

*Läkare vill ju inte jobba längre inom primärvård för att det är så fruktansvärt stressigt och det är pinnräknande. De får ägna stor del av sin arbetstid åt att komplettera läkarintyg och bråka med försäkringskassan så de har ju fått riktigt ohälsosamma arbetsvillkor, så just nu slösar vi bort stora samhälleliga resurser på fel saker.* /FaR-förskrivare 1

*Allt man inte måste göra det gör inte jag, för då blir man utmattad, ja och sjukskriver sig själv.* /FaR-förskrivare 4

På några ställen beskrevs brist på läkare och annan kvalificerad personal. En uppfattning var att arbetsplatsen måste vara attraktiv för att läkare ska lockas att arbeta där. Om man är ett bra team på arbetsplatsen är det lättare att stödja varandra, och arbetet behöver inte kännas för tungt.

Arbetet inom vården, och möjligheten att arbeta med FaR, påverkas också av arbetsplatsens inriktning. På vissa arbetsplatser beskrev de intervjuade FaR-förskrivarna att det finns en inriktning mot hälsofrämjande arbete och levnadsvanor, vilket gör att FaR-arbetet får en naturlig plats.

*Jag deltar också i vårt hälsouppdrag som vi har fått, det har varit som ett hälsoprojekt och nu har vi fått det som uppdrag och det är meningen att vårdcentralen ska arbeta preventivt och också.* /FaR-förskrivare 2

Hälsopedagoger saknas inom vårdcentraler, rehabmottagningar och andra förskrivarenheter, och flera av de intervjuade menade att hälsopedagogerna behövs som ett komplement till det stöd som erbjuds inom vården. Det uttrycktes bland annat att hälsopedagogerna har fokus på det friska, på ett annat sätt än vad vårdpersonalen har.



*För att förenkla det så brukar jag säga att jag är som en fysioterapeut men en fysioterapeut fokuserar på där du har ont och jag fokuserar på det som inte gör ont. På det som fungerar. /Hälsopedagog 2*

Skrivandet av FaR underlättas också om det finns fungerande rutiner för arbetet. På vissa arbetsplatser har man till exempel utsett en FaR-ansvarig som är extra insatt och kan fortbilda sina kollegor. I den praktiska processen beskrevs vissa hinder som att det kan vara knepigt att fylla i blanketten och att det är svårt att boka in uppföljning långt fram i tiden.

*Det är många som tycker att det är lite svårare och framför allt när det blir uppföljningar som är lite längre fram, dels för att vi sällan vet hur våra scheman är lagda några månader framåt. Patienter kan också tycka att det är jobbigt att boka när det är tider långt fram, då blir det istället att de säger att de själva hör av sig och sedan händer inte det. Så uppföljningen tror jag är svårast att få till, jag tycker själv att det är lättast att boka dem kort inpå för att följa upp. /FaR-förskrivare 3*

*Jag skulle ju få en uppföljning via vårdcentralen men det har ju inte hänt så jag måste ju höra av mig till dem själv och fråga. För jag skulle ju få en ny dietist då som skulle ta hand om mig när de gamla slutade men jag har inte hört någonting, och jag har ju inte hört av mig själv heller men det är ju lite så här att man vill ju ogärna liksom besvära all form utav vård nu om man inte måste. /Individ 5*

#### Möjligheter till aktivitet

Individernas möjlighet att vara fysiskt aktiva påverkas av möjligheterna till aktivitet i närområdet. Det kan handla om utbud av träningsanläggningar och olika sportaktiviteter som passar. Om det till exempel står ”bad i varmvattenbassäng” på FaR-blanketten måste det också finnas en varmvattenbassäng att tillgå. För att det ska vara möjligt att ta del av aktiviteterna kan det behövas att de erbjuds inom rimligt geografiskt avstånd, att det finns grupper eller träningstider som riktar sig specifikt till kvinnor eller att de är tillgängliga för personer med funktionsnedsättning.

*Jag ville simma, men det lyckades jag inte med. Jag blev portad på simhallen. De kunde inte lova att min manlige assistent fick komma med, trots att det var en unisex-avdelning. Det blev en konflikt om det, vakter hit och dit. Jag gav upp, orkade inte. Sedan sa [hälsopedagogen] att de bytt ägare. Men min tröskel var hög. Jag hade aldrig gått dit utan sällskap. Nu blev det tre, fyra gånger innan coronan kom. Jag känner mig fortfarande inte trygg, men nu fick jag känna att det kan funka. /Individ 4*

Eftersom många i målgruppen har begränsad ekonomi spelar kostnaderna också stor roll. Vissa aktiviteter kräver dyra medlemskap. Några verksamheter erbjuder rabatter för personer med FaR, men det beskrevs att det kan vara ont om denna typ av rabatter, och ibland uppfattas priset som dyrt trots rabatter. I vissa fall kan det vara möjligt att hitta aktiviteter till bättre priser exempelvis genom patientföreningar eller via kyrkan.

Det framkom också att det kan vara svårt att ta sig till aktiviteter om man har behov av färdtjänst eftersom träning bedöms som fritidssysselsättning, och eftersom man därför bara har tillgång till ett begränsat antal resor. Om man har en funktionsnedsättning krävs dessutom ofta extra tid för planering med assistenter och för transport till och från träningen, vilket gör att det kan vara svårare att planera in i vardagen. Vinterväglag och mörker kan också göra att det för många blir svårare att vara fysiskt aktiv utomhus. Man kan också sakna någon att träna tillsammans med.

*Hela livet är bara stress kan man säga, och det som är ännu värre här när det är så mörkt. När det är ljusare, när det är sommar eller så, då känner man inte den där när det är väldigt ljus så bara, men herregud jag måste vara ute. Men när det är mörkt man vill inte. /Individ 3*

# Diskussion

Interventionen ”FaR som prevention och behandling till personer med psykisk ohälsa” har utvärderats både avseende effekt och process, vilket bidragit till värdefulla kunskaper och erfarenheter för det fortsatta folkhälsoarbetet riktat till personer med psykisk ohälsa. Följsamheten till interventionen bedömdes som god, både när det gällde genomförande av fortbildning för FaR-förskrivare och när det gällde att erbjuda stöd till personer med psykisk ohälsa via hälsopedagoger på FaR-mottagningar. Detta indikerar att det är fullt möjligt att genomföra liknande insatser med god följsamhet.

## Interventionens effekter

Under interventionen skrevs fler FaR än tidigare år. Statistiken över antal skrivna FaR skiljer dock avsevärt beroende på om man väljer att titta på KVÅ-koder eller blankettstatistik, vilket i sig är anmärkningsvärt. I de fall det fanns fler noterade blanketter än KVÅ-kodade FaR kan detta bero på att förskrivarna inte alltid registrerar KVÅ-kod. I de fall det fanns fler KVÅ-koder än noterade blanketter kan detta exempelvis bero på att förskrivaren ordinerat via pappersblankett eller att koden av misstag använts också vid uppföljning, trots att det finns en specifik KVÅ-kod för detta ändamål.

När det gäller förskrivarnas kunskaper och rutiner kring FaR-metoden är det viktigt att betona att det inte nödvändigtvis var samma förskrivare som besvarade frågorna före och efter interventionen. Frågorna besvarades dock vid samma hälso- och sjukvårdsenheter, och ett av interventionens mål handlade om att förbättra kunskaper och rutiner kring FaR vid enheterna, utan att detta enbart ska vara knutet till enskilda individer. Det är också viktigt att betona att antalet svarande var betydligt lägre vid det andra tillfället, och på vissa frågor mycket lågt, vilket man bör ha i beaktande när man tolkar resultaten. Vid det andra datainsamlingstillfället var det i båda områdena en större andel som svarade att de använder FaR-metoden och en betydligt större andel som svarade att de har erfarenhet av att ordinera FaR vid psykisk ohälsa, vilket stärker bilden av att interventionen ledde till ökad förskrivning av FaR, både generellt och specifikt till personer med psykisk ohälsa.

Personer med psykisk ohälsa, som tog del av stöd från FaR-mottagning, förbättrade sin självskattade hälsa och ökade sin självskattade fysiska aktivitet, vilket visar att interventionen bidrog med positiva effekter för målgruppen. Detta ska också ses i ljuset av att pandemin drabbade världen medan interventionen pågick, i många fall mellan det att individerna besvarade de första respektive de uppföljande frågorna. Pandemin har generellt haft en negativ inverkan på psykisk hälsa, samtidigt som fysisk aktivitet under pandemin kan ses som en skyddsfaktor mot ohälsa (Violant-Holz, Gallego-Jiménez, González-González, Muñoz-Violant, Rodríguez et al., 2020).

Endast ett litet antal personer valde att testa sin fysiska kapacitet före och efter interventionen. På grund av det låga antalet deltagare var det inte möjligt att testa om skillnader mellan de olika mättillfällena var statistiskt signifikanta. De genomsnittliga värdena var dock bättre vid det andra mättillfället både avseende syreupptagningsförmåga och antal uppresningar, vilket indikerar att det är möjligt att förbättra fysisk kapacitet i målgruppen med hjälp av stöd från hälsopedagoger på FaR-mottagningar. Man kan dock iaktta viss försiktighet vid tolkning av resultaten, eftersom det kan vara så att de var de mest motiverade personerna som valde att göra testerna.

## Implementering

Resultatet av intervjustudien visade på betydelsen av en fungerande länk mellan hälso- och sjukvården och fysisk aktivitet som egenvård. Förskrivarna har inte alltid möjlighet att ge personer med psykisk ohälsa det stöd de behöver för den beteendeförändring som krävs för att öka sin fysiska aktivitet. Just detta, att bidra med stöd till motivation och praktiskt genomförande, kunde hälsopedagogerna på FaR-mottagningarna bidra med. De hade möjlighet att under en längre period ge stöd till nya vanor och göra en helt annan typ av insatser än vad personal inom hälso- och sjukvården uppger att de normalt har möjlighet till och utrymme för. Hälsopedagogerna hade till exempel möjlighet att undersöka kommunens aktivitetsutbud och följa med individen till träningslokalen eller närområdets promenadstigar. Utanför vården finns inte heller samma strikta regelverk, vilket ger större möjligheter till kontakt via till exempel e-post och sms. Detta behov bekräftas av den tidigare studie som genomförts i regionen, där det framkom en brist på en överbryggande länk mellan vården och aktivitetsarrangörerna (Säfsten et al., 2016).

Det framkom genom intervjustudien att förskrivarnas engagemang för fysisk aktivitet, och för metoden FaR, har betydelse för i vilken utsträckning de skriver FaR. En av de faktorer som påverkar förskrivarnas engagemang är om de ser en fördel med att använda metoden, jämfört med att inte använda metoden. Detta dilemma beskrevs också i den tidigare studien i regionen, där förskrivarna uttryckte tvivel över om metoden var effektiv, trots att samtliga hade en positiv inställning till betydelsen av fysisk aktivitet (Säfsten et al., 2016). När det gäller den aktuella interventionen medförde FaR-mottagningarna att förskrivarna såg ett tydligare incitament att skriva FaR. De kunde hänvisa individerna till FaR-mottagningarna för vidare stöd, vilket gjorde att de tydligt kunde se fördelarna med receptet.

Utöver att känna engagemang och se motiv visade studien att förskrivarna behöver känna sig trygga med FaR-metoden för att förskriva FaR på ett bra sätt. Förskrivarna beskrev utmaningar i processen och hälsopedagogerna beskrev att recepten ibland var felaktigt ifyllda, vilket kan medföra svårigheter vid genomförandet och en sämre upplevelse för individen. Liknande utmaningar beskrevs i den tidigare studien i regionen, där förskrivarna uttryckte osäkerhet kring val av fysisk aktivitet, aktivitetsnivåer, subventioner etcetera (Säfsten et al., 2016). Utöver fortbildning kan man förvänta sig att förskrivarna behöver arbeta upp en vana och få erfarenhet samt att verksamheten behöver införa lokala rutiner, till exempel i form av så kallade FaR-samordnare.

Att det för många personer finns ett behov av en brygga mellan vård och egenvård framkommer tydligt i det här projektet. Detta uttrycktes av samtliga inblandade grupper: förskrivare av FaR, hälsopedagoger och personer som själva fått FaR. Hur det stödet bör vara organiserat fanns det däremot olika åsikter om, och även en del osäkerhet kring. Fördelar som lyftes kring externa FaR-mottagningar var att hälsopedagogerna kunde möta individerna utan "förutfattade meningar" från journalanteckningar, att det var lättare att arrangera gruppaktiviteter och att det kan kännas tryggare för individerna att befinna sig i en miljö som inte är en vårdmiljö, där de inte riskerar att bli "avslöjade" avseende sin psykiska ohälsa.

Fördelar med att istället inkludera det extra stödet inom vården skulle kunna vara att de olika yrkeskategorierna skulle kunna arbeta som ett interprofessionellt team och ta ett helhetsgrepp kring hälsa, att man skulle kunna använda journalsystemet, att hälsopedagogerna inte behöver oroa sig för att vara ensamma med personer med psykisk ohälsa, att det är lättare för hälsopedagogerna att hänvisa individer med oroande psykisk ohälsa till psykolog samt att individer som har färdtjänst beviljad kan räkna resorna till hälsopedagogen som en sjukresa.

## Styrkor och svagheter

En svaghet i projektet är ett stort bortfall på många utfallsvariabler. Mätningarna försvårades av pandemin, som gjorde att många fysiska möten ställdes in och att en del individer som fått FaR under ett visst skede av interventionen endast träffade hälsopedagogerna utomhus eller hade kontakt per telefon. Detta innebar bland annat distribueringen av enkäterna försvårades, samt i vissa fall att det uppföljande fysiska kapacitetstestet inte kunde genomföras. Pandemin medförde också att intervjuer efter ett tag inte längre kunde genomföras vid fysiska möten, utan behövde genomföras med hjälp av det digitala videoverktyget Zoom. Det är möjligt att personer som fått FaR, och som hade tackat ja till en fysisk intervju, tackade nej på grund av man inte var van vid eller kände sig bekväm med den här typen av digitala möten. När det gäller intervjuerna finns det också en risk att de som var mer positivt inställda eller mer engagerade hade ett större intresse av att ställa upp för intervju jämfört med de som eventuellt var negativt inställda eller hade ett bristande intresse för FaR.

En ytterligare utmaning var att KVÅ-kodning inom hälso- och sjukvården inte genomförs fullt ut som ålagt och att just arbetet med levnadsvanor riskerar att bli osynligt eftersom det inte är prioriterat för KVÅ-kodning. Enligt anvisningar för kodning av vårdåtgärder (Socialstyrelsen, 2016) räcker det att hälso- och sjukvårdspersonal registrerar det viktigaste i ett vårdmöte med en patient, och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har lyft att det finns brister i KVÅ-kodning i anslutning till just levnadsvanor (Sveriges Kommuner och Regioner, 2020). KVÅ-koder för FaR ger heller inte ekonomisk ersättning, även om enheterna i denna intervention fick ersättning för uppföljning av FaR, vilket också kan påverka huruvida koden registreras eller inte.

En styrka är att interventionen utvärderats både avseende effekt och process, samt att interventionen beskrivits i detalj. Inom interventionsforskningen anses det viktigt att tydligt beskriva komplexa interventioner, eftersom ofullständiga beskrivningar gör det svårt att upprepa interventionerna i andra sammanhang (Michie, Fixsen, Grimshaw, Eccles, 2009). Den här interventionen har beskrivits både avseende interventionskomponenter och implementeringsstrategier. Dessutom har bedömning av följsamhet inkluderats, definierat som i vilken utsträckning ett program följer sin programteori (Fraser et al, 2009). Detta är en styrka eftersom det ökar förståelsen för orsakssamband (Mercer, DeVinney, Fine et al, 2007). Ytterligare en styrka är att tre olika kategorier av personer intervjuades, vilket bidrar till triangulering (Patton, 2015). Resultaten av den kvalitativa studien är inte generaliserbara, men kan överföras till liknande kontext och ligga till grund för förbättringar och utveckling.



# Slutsatser

- Det finns ett stort behov av stöd till personer med psykisk ohälsa som fått FaR, för att dessa ska klara av att genomföra fysisk aktivitet enligt ordination. Detta behov beskrivs av FaR-förskrivare, hälsopedagoger och personer med psykisk ohälsa som själva fått FaR.
- Efter upprättande av FaR-mottagningar i två områden i Stockholms län, tillsammans med fortbildning för FaR-förskrivare, ekonomisk kompensation till förskrivarenheter och expertstöd, ökade antalet förskrivna FaR i dessa områden. En större andel av förskrivarna uppgav vid uppföljning att de använder FaR och har erfarenhet av att ordinera FaR vid psykisk ohälsa.
- Följsamheten till interventionen, bedömt utifrån genomförande av fortbildning för FaR-förskrivare och genomfört stöd till personer med psykisk ohälsa, bedömdes som god vilket indikerar att liknande interventioner kan genomföras med god följsamhet.
- Det finns flera utmaningar vid förskrivande av FaR. Förskrivarna behöver se fördelarna med metoden för att prioritera att arbeta med den. Utöver fortbildning för förskrivare kan det behövas lokala rutiner i verksamheten som möjliggör att arbeta upp rutiner och erfarenhet av metoden.
- Hälsopedagoger kan komplettera vården i att ge stöd till personer med psykisk ohälsa att genomföra ordination enligt FaR, bland annat genom att motivera och ge praktiskt stöd till fysisk aktivitet. Interprofessionell samverkan med hälso- och sjukvårdspersonal bör möjliggöras.
- FaR-mottagningar förefaller vara en väg att gå för att öka användningen av FaR-metoden och medföra ökad fysisk aktivitet hos personer med psykisk ohälsa. Organisering och bemanning kan behöva utvecklas och utvärderas ytterligare.

# Referenser

- Andersen, P., Holmberg, S., Lendahls, L., Nilsen, P., & Kristenson, M. (2018). Physical Activity on Prescription with Counsellor Support: A 4-Year Registry-Based Study in Routine Health Care in Sweden. *Healthcare (Basel)*, 6 (2). doi: 10.3390/healthcare6020034
- Andersen, P., Lendahls, L., Holmberg, S., & Nilsen, P. (2019). Patients' experiences of physical activity on prescription with access to counsellors in routine care: a qualitative study in Sweden. *BMC Public Health*. 19 (210).
- Andersen, P., Holmberg, S., Årestedt, K., Lendahls, L., & Nilsen, P. (2020). Physical Activity on Prescription in Routine Health Care: 1-Year Follow-Up of Patients with and without Counsellor Support. *Int J Environ Res Public Health*. 17 (5679).
- Berg, B., & Lune, H. (2012). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*: Pearson.
- Carter, L., & Lubinsky, J. (2016). *Rehabilitation Research - Principles and application*. 5. Missouri: ELSEVIER.
- Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., et al. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. (9), CD004366.
- Dunn, A.L., Trivedi, M.H., Kampert, J.B., et al. (2005). Exercise treatment for depression. Efficacy and dose response. *Am J Prev Med*. 28 (1-8).
- Ekblom-Bak, E., Engström, L.M., Ekblom, Ö., Ekblom, B. (2011). LIV 2000 Motionsvanor, fysisk prestationsförmåga och levnadsvanor bland svenska kvinnor och män i åldrarna 20-65 år Stockholm: Gymnastik- och Idrottshögskolan.
- Esquivel, G., Díaz-Galvis, J., Schruers, K., et al. (2008). Acute exercise reduces the effects of a 35% CO<sub>2</sub> challenge in patients with panic disorder. *J Affect Disord*. 107 (1-3).
- Folkhälsomyndigheten. (2020). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>
- Fraser, M., Richman, J., Galinsky, M., & Day, S. (2009). *Intervention Research: Developing Social Programs*: Oxford; New York: Oxford University Press.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today*, 24(2), 105-112.
- Hallgren, M., Kraepelien, M., Öjehagen, A., Lindefors, N., Zeebari, Z., Kaldo, K., & Forsell, Y. (2015). Physical exercise and internet-based cognitive-behavioural therapy in the treatment of depression: randomised controlled trial. *BJPsych*. 207, 227-234.
- Hardcastle, S., Taylor, A., Bailey, M., & Castle, R. (2008). A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Educ Couns*, 70 (1), 31-39. doi: 10.1016/j.pec.2007.09.014
- Hawley, J., & Zierath, J. (2008). Physical activity and type 2 diabetes. USA.
- Helgadottir, B., Hallberg, M., Ekblom, Ö., Forsell, Y. (2016). Training fast or slow? Exercise for depression: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine*. 91:123-131.
- Herring, M.P., Jacob, M.L., Suveg, C., et al. (2012). Feasibility of exercise training for the short-term treatment of generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 81(1):21-8.
- Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen. (2019). Strategi för egenvård Region Stockholm 2019.
- Kallings, L. Validering av Socialstyrelsens indikatorfrågor för fysisk aktivitet. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/nationella-riktlinjer/levnadsvanor-validering-av-indikatorfragor-till-patienter-om-fysisk-aktivitet.pdf>
- Lundqvist, S., Börjesson, M., Larsson, M.E.H., Cider, Å., & Hagberg, L. (2019). Which patients benefit from physical activity on prescription (PAP)? A prospective observational analysis of factors that predict increased physical activity. *BMC Public Health*. 19:482.



- Lundqvist, S., Börjesson, M., Cider, Å., Hagberg, L., Ottehall Bylin, C., Sjöström, J & Larsson, M.E.H. (2020). Long-term physical activity on prescription intervention for patients with insufficient physical activity level—a randomized controlled trial. *Trials* 21, 793 doi.org/10.1186/s13063-020-04727-y.
- Mercer, S.L., DeVinney, B.J., Fine, L.J., Green, L.W., & Dougherty, D. (2007). Study designs for effectiveness and translation research: identifying trade-offs. *Am. J. Prev. Med.* 33:139–54.
- Michie, S., Fixsen, D., Grimshaw, J.M., Eccles, M.P. (2009). Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implementation Science.* 4:40.
- Miller, R.W. & Rollnick, S. (2013). Motiverande Samtal. Att hjälpa människor till förändring. Tredje reviderade och utökade utgåvan. Natur Kultur Läromedel.
- Onerup, A., Arvidsson, D., Blomqvist, Å., Daxberg, E\_L., Jivegård, L., Jonsdottir, I.H., Lundquist, S., Mellén, A., Persson, J., Sjögren, P., Svanberg, T., & Borjesson, M. (2018). Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. *Br J Sports Med.* 0:1–7.
- Peddie, N., Westbury, T., Snowden, A. (2020). 'Nobody will put baby in the corner!': A qualitative evaluation of a physical activity intervention to improve mental health. *Health and Social Care.* DOI: 10.1111/hsc.13017.
- Puetz, T.W. (2006). Physical activity and feelings of energy and fatigue: epidemiological evidence. *Sports Med.* 36(9):767–80.
- Patton, M. (2015). Qualitative Evaluation and research methods: London: Sage Publications.
- Singh, N. A., Stavrinou, T. M., Scarbek, Y., Galambos, G., Liber, C., & Fiatarone Singh, M. A. (2005). A randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60(6), 768–776. doi: 10.1093/gerona/60.6.768
- Socialstyrelsen. (2020). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning.
- Socialstyrelsen. (2016). Anvisningar för kodning av vårdåtgärder.
- Strohle, A., Graetz, B., Scheel, M., et al. (2009). The acute antipanic and anxiolytic activity of aerobic exercise in patients with panic disorder and healthy control subjects. *J Psychiatr Res.* 43 (12).
- Sullivan, M., & Karlsson, J. (1998). The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterionbased validity: Results from normative population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1105–1113.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2020). <http://primarvardskvalitet.skl.se/kvalitetsindikatorer/introduktiontillindikatoromradena/levnadsvanor.485.html>
- Säfstén, E., Sundblom, E., & Forsell, Y. (2016). Hur används FaR inom primärvården i Stockholms läns landsting? Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.
- Söderberg, L. (2021). FaR-mottagning som utökat stöd vid förskrivning av FaR för personer med psykisk ohälsa. Magisteruppsats, Luleå Tekniska Universitet. (manuskript)
- Violant-Holz, V., Gallego-Jiménez, M.G., González-González, C.S., Muñoz-Violant, S., Rodríguez, M.J., Sansano-Nadal, O., & Guerra-Balic, M. (2020). Psychological Health and Physical Activity Levels during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* Dec 15;17(24):9419. doi: 10.3390/ijerph17249419. PMID: 33334073; PMCID: PMC7765528.
- Yang, P.Y., Ho, K.H., Chen, H.C., et al. (2012). Exercise training improves sleep quality in middleaged and older adults with sleep problems: a systematic review. *J Physiother.* 58(3):157–63.
- Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. (2017). FYSS 2017. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling.

# Bilagor

## Bilaga 1. Frågor till förskrivare

### FaR för psykisk hälsa

*En kort enkät för att hämta in information om dina erfarenheter av att använda metoden FaR vid psykisk ohälsa. Dina svar kommer endast att redovisas på gruppnivå och det kommer inte gå att identifiera enskilda personer.*

#### 1. I vilken profession arbetar du?

- Läkare
- Allmänläkare/Specialistläkare
- Sjuksköterska
- Distriktssköterska/Specialistsjuksköterska
- Barnmorska
- Psykolog
- Psykoterapeut
- Kurator/Socionom
- Fysioterapeut/Sjukgymnast
- Arbetsterapeut
- Dietist
- Annat: \_\_\_\_\_

#### 2. Hur länge har du varit verksam i din nuvarande profession?

- Mindre än 1 år
- 1-5 år
- 5-10 år
- Mer än 10 år

#### 3. Informerar du om fysisk aktivitet och dess betydelse för hälsa?

- Ja
- Nej

#### 4. Har du hört talas om boken "Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling" - FYSS?

- Ja
- Nej

**5. Använder du FYSS?**

- Ja
- Nej

**6. Har du hört talas om metoden Fysisk aktivitet på recept - FaR?**

- Ja
- Nej

**7. Har du använt FaR-metoden?**

- Ja
- Nej

*Följande tre frågor gäller dig som svarat JA på någon av de två senaste frågorna (6 och 7):*

---

**8. Hur många gånger per månad förskriver du FaR?**

- 1-5 ggr
- 6-10 ggr
- 11-15 ggr
- Fler än 15 ggr

**9. Har du erfarenhet av att ordinera FaR vid psykisk ohälsa?**

- Ja
- Nej

**10. Hur ser du på FaR-metoden som en del av behandling vid psykisk ohälsa?**

- 1 - Inte relevant/inte användbar
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 - Mycket relevant/mycket användbar

## Bedömning av aktivitet och kapacitet samt utvärdering av FaR

---

*Förutsättning att bedöma kapacitet är olika i olika verksamheter och för olika professioner.  
Frågorna nedan handlar om du gör något av detta i din verksamhet.*

### 11. Hur bedömer du om personen är tillräckligt fysisk aktiv i relation till sjukdomstillståndet?

- Ställer frågor vid anamnes om fysisk aktivitet
- Använder Socialstyrelsens indikatorfrågor
- Lämnar ut enkät för att mäta fysisk aktivitet
- Ber att få ta del av data från deras stegräknare i telefonen eller som fristående produkt
- Ber att få ta del av data från deras appar i telefonen som loggar aktiviteter och hälsoparametrar
- Ber att få ta del av data från deras aktivitetsarmband eller aktivitetsklocka
- Annat

### 12. Bedömer du fysisk kapacitet inför att du ska förskriva ett FaR?

- Ja
- Nej

### 13. Om JA, hur bedömer du fysisk kapacitet?

- Kondition
- Muskelstyrka
- Förmåga att utföra vardagsaktiviteter

### 14. Hur bedömer du kondition?

- Box-test
- Step-test
- Cykel-test
- Rating of Perceived Capacity
- Annat

### 15. Hur bedömer du muskelstyrka?

- 30 sek chair stand test
- sit-to-stand

- 1 RM
- 0-5 skala
- Handgrepp handstyrka
- Annat

**16. Använder du någon av dessa generella tester?**

- 6 min gångtest
- 10 min gångtest
- Patientspecifik skala
- TUG
- Annat

**Socialstyrelsen har tagit fram indikatorfrågor om vardagsaktivitet och träning:**

---

- Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsaktiviteter, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete?

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

**17. Känner du till Socialstyrelsens indikatorfrågor?**

- Ja
- Nej

**18. Utvärderar du effekt av ordinerad fysisk aktivitet när du använt det i behandling av psykisk ohälsa (mild till måttlig depression/ångest eller stressrelaterad ohälsa i någon form) med något av instrumenten nedan?**

- Hälsorelaterad livskvalité (EQ5D, Rand 36)
- Ångest och depressionssymtom (HADS, PHQ9 Madras)
- Stress-symtom (SCI-93)
- Sömn och återhämtning (KSQ)
- Tilltro till egen förmåga (GSE)
- Annat

**Organisation av arbete med FaR**

---

**19. Har du på din arbetsplats någon med samordningsansvar för arbetet med FaR?**

- Ja
- Nej
- Vet ej

**20. Känner du till FaR-ledarnätverket och hemsidan FaRledare.se?**

- Ja
- Nej

Bilaga 2. separat

*Tack för att du svarat på  
känslor!*

# Fysisk aktivitet på recept FaR

Individenkät A - Första besöket

1. Ange FaR-mottagning \*

- Kista
- Södertälje

2. ID \*

Exempelvis S20-003A

(S=Södertälje, K=Kista, 20= år 2020, A=Första besöket, B=Sista besöket, C=Besök efter 6 mån)

Ange ID-num-  
mer:

3. Hur upplever du din kroppsliga (fysiska) hälsa?

- Mycket nöjd
- Nöjd
- Ganska nöjd
- Ganska missnöjd
- Missnöjd
- Mycket missnöjd

4. Hur upplever du din själsliga (psykiska) hälsa?

- Mycket nöjd
- Nöjd
- Ganska nöjd
- Ganska missnöjd
- Missnöjd
- Mycket missnöjd

5. I allmänhet, skulle du säga att din hälsa är:

- Utmärkt
- Mycket god
- God
- Någorlunda
- Dålig

6. I jämförelse med för ett år sedan, hur skulle du bedöma att din hälsa är just nu?

- Mycket bättre
- Något bättre
- Ungefär samma
- Något sämre
- Mycket sämre



7. Hur kroppsligt ansträngande är ditt dagliga arbete (eller motsvarande)?

- Mycket ansträngande (tungt kroppsarbete)
- Ansträngande (går mycket och lyfter dessutom ganska mycket)
- Ganska ansträngande (går ganska mycket)
- Ej ansträngande (övervägande stillasittande arbete)

8. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången)

- Mindre än 30 minuter
- 30-60 minuter (0,5-1 timme)
- 60-90 minuter (1-1,5 timme)
- 90-150 minuter (1,5- 2,5 timmar)
- 150-300 minuter (2,5-5 timmar)
- Mer än 300 minuter (mer än 5 timmar)

9. 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 timme)
- 90-120 minuter (1,5 - 2 timmar)
- Mer än 120 minuter (mer än 2 timmar)

