



Folkhälsomyndigheten

FaR i Sverige

En beskrivning av regionernas arbete med metoden
Fysisk aktivitet på recept

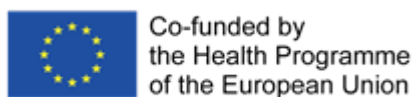


Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/

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

© Folkhälsomyndigheten, 2022.

Artikelnummer: 21232



This EUPAP publication is part of the project "847174 / EUPAP" which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020). The content of this publication represents the views of the authors only and is their sole responsibility; it cannot be considered to reflect the views of the European Commission and/or the European Health and Digital Executive Agency (HaDEA) or any other body of the European Union. The European Commission and the Agency do not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.

Reproduction is authorised provided the source is acknowledged.

Om publikationen

Fysisk aktivitet främjar en god hälsa, men den är också viktig för att förebygga och behandla sjukdomar. Fysisk aktivitet på recept, FaR, är en metod med gott vetenskapligt underlag som utvecklats i Sverige och är ett användbart verktyg för hälso-och sjukvården.

Den här rapporten beskriver det regionala arbetet med FaR-metoden avseende bland annat styrning, ledning, utbildning, kunskapsstöd och uppföljning. Rapporten är en del av EU-projektet, A European physical activity on prescription model, EUPAP, som Folkhälsomyndigheten koordinerar.

Vår förhoppning är att resultatet från den här rapporten kan vara ett underlag för regionernas fortsatta arbete och utveckling av FaR. Kunskapen från den här rapporten kan även vara viktig för implementeringen av God och nära vård.

Folkhälsomyndigheten

Anna Bessö

Avdelningschef, Avdelningen för livsvillkor och levnadsvanor

Innehåll

FaR i Sverige.....	1
Om publikationen	3
Innehåll	4
Sammanfattning.....	5
Stora skillnader i regionernas FaR-arbete.....	5
Brist på tid och kunskap hindrar arbetet	5
Summary	6
Inledning	7
Metod.....	8
Resultat.....	9
Styrdokument	9
Kunskapsstöd.....	9
Utbildning	9
Professioner och intressenter	10
Aktivitetsarrangörer	10
Ekonomiska incitament	10
Uppföljning	11
Regionernas inrapporterade data till Socialstyrelsen.....	12
Hinder	15
Kunskap och uppfattningar.....	15
Tid, resurser och prioriteringar.....	15
Organisation och struktur	15
Tekniska lösningar	16
Reflektioner	17
Referenser	18

Sammanfattning

Folkhälsomyndigheten koordinerar ett treårigt EU-projekt för att stödja implementeringen av den svenska metoden Fysisk aktivitet på recept (FaR) i lokala och regionala verksamheter i nio andra medlemsländer. Som en del av det projektet har vi inhämtat information från regioner i Sverige om deras arbete med metoden.

Stora skillnader i regionernas FaR-arbete

Alla regioner använder FaR i sin verksamhet, men antalet förskrivningar varierar mycket enligt primärvårdsdata som inrapporterats till Socialstyrelsen. Det gäller både totala antalet FaR och antalet FaR per 1 000 besök i primärvården.

Det tycks också finnas stora skillnader i regionernas sätt att styra och stödja arbetet med FaR. De flesta har regionala styrdokument som omfattar FaR, men det varierar vilka utbildningsinsatser och kunskapsstöd som de riktar till verksamheterna. Många utbildningar kan betraktas som introduktionsutbildningar, och det är få regioner som uppger att de har några påbyggnads- eller fördjupningsutbildningar.

Brist på tid och kunskap hindrar arbetet

Regionerna rapporterar även om olika hinder för att använda FaR, främst tidsbrist, resursbrist, tekniska hinder och okunskap hos beslutsfattare och professioner. Den här rapporten, med information från regionerna, kan då bidra till att arbetet med att implementera, följa upp och rapportera FaR i Sverige utvecklas.

Summary

The Public Health Agency of Sweden coordinates a three-year European project to support the implementation of the Swedish method for prescribing physical activity (PAP) in local and regional organisations in nine other member countries. As part of the project, we have collected information from the regions in Sweden regarding their way of working with the method.

Large differences in the regions' work with PAP

All regions use PAP, but the number of prescriptions show considerable variations according to primary care data that has been reported to the National Board of Health and Welfare. This applies to both the total amount of PAP and the number of PAP per 1,000 primary care visits.

It also seems to be large differences in the regions' way to direct and support the work with PAP. Most of them have regional steering documents that comprises PAP, but there are variations regarding which educational initiatives and knowledge support that aim towards different organisations. Furthermore, many educations can be seen as introductory courses and few of the regions state that they have any supplementary or advanced educations to provide.

Lack of time and knowledge inhibits the work

The regions also report various obstacles in the use of PAP, mostly lack of time, resources, knowledge and technical obstacles among decision makers and professions. This report, with information from the regions, can thus contribute to that the work of implementation, following up and reporting about FaR develops.

Inledning

Folkhälsomyndigheten koordinerar sedan 2019 ett treårigt EU-projekt, A European physical activity on prescription model, EUPAP (1), för att stödja implementeringen av den svenska metoden Fysisk aktivitet på recept (FaR) (2) i nio andra medlemsländer. Sverige bidrar även med metodstöd och utbildar hälso- och sjukvårdspersonal från de andra länderna. I projektet ingår också att identifiera viktiga faktorer för implementering och att utveckla uppföljning. Av den anledningen har länderna som är partner i projektet analyserat förutsättningar för att genomföra implementeringen (3). FaR är redan implementerad i Sverige. Inom ramen för EUPAP har det därför inte varit aktuellt med fortsatta insatser för implementering, men vi kommer däremot att kunna dra nytta av partnerländernas erfarenheter. Folkhälsomyndigheten har i stället undersökt regionernas arbete med FaR, inom ramen för projektet. På nationell nivå finns det olika styrdokument som har betydelse för arbetet med FaR. Dessa är till exempel Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen, men också God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik och Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Den här rapporten beskriver det regionala arbetet med FaR i nuläget avseende bl.a. styrning, ledning, utbildning, kunskapsstöd och uppföljning. Vi presenterar även statistik för FaR som dokumenterad åtgärd i hälso- och sjukvården 2014–2020, som rapporterats till Socialstyrelsen.

Rapporten kan användas för att identifiera områden som kräver ytterligare analys, till exempel hinder och möjligheter för den fortsatta implementeringen och uppföljningen av FaR. Den kan också vara en utgångspunkt för fortsatta dialoger inom området.

Metod

Undersökningen bygger på den frågeguide om genomförbarhet som utarbetades inom EUPAP-projektets studie (4). Guiden var primärt avsedd för att stödja partnerländerna i att identifiera befintliga styrsystem, organisation och resurser för att implementera FaR, men den bedömdes också vara användbar för att kartlägga verksamheten i Sverige. Guiden omfattar frågor om nationella, regionala och lokala regelverk, styrmedel, kunskapsstöd, utbildningsinsatser och samarbeten. Utöver frågor med koppling till frågeguiden ställde vi också frågor om uppföljning av FaR och hinder för arbetet med FaR i Sverige. I den här rapporten har vi fokuserat på följande:

- styrdokument
- kunskapsstöd
- utbildning
- professioner och intressenter
- aktivitetsarrangörer
- ekonomiska incitament
- uppföljning
- hinder

Informationen samlades in på flera sätt, från hösten 2019 till och med våren 2021. Hösten 2019 arrangerade Folkhälsomyndigheten ett dialogmöte med ett 20-tal personer: representanter för regioner, intresseorganisationer, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Socialstyrelsen. Informationen som framkom vid mötet låg till grund för ytterligare ett dialogmöte med temagruppen för fysisk aktivitet i nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård (HFS). I ett nästa steg skickade vi ut en enkät till alla regionmedlemmar i temagruppen. Samtliga regioner i Sverige har blivit kontaktade för att bidra med information om det regionala FaR-arbetet. Vi har också hämtat viss information om styrdokument, strategier och samarbeten från regionernas hemsidor, liksom information om tillgängliga utbildningar, material och kontaktuppgifter. Alla regioner fick möjligheten att komplettera sammanställningen innan denna rapport publicerades.

Vi presenterar i den här rapporten även data som Socialstyrelsen har samlat in från regionerna över FaR som dokumenterad åtgärd (KVÅ-kod DV200) och andra åtgärder för fysisk aktivitet i hälso- och sjukvården (primärvården) under perioden 2014–2020.

Resultat

Här följer en kortfattad sammanställning av informationen från regionerna. Samtliga regioner har inkommit med information. Underlaget kan begäras ut från Folkhälsomyndighetens diarium.

Styrdokument

Flera regioner nämner att de använder Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor” (5). I dessa riktlinjer rekommenderas i första hand rådgivande samtal med eller utan tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet alternativt tillägg av aktivitetsmätare, till personer som inte är tillräckligt fysiskt aktiva. FaR är ett exempel på ett rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination. Likaså nämner de att de ser kunskapsstödet ”Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling” (FYSS) som ett styrdokument på nationell nivå. Alla regioner, förutom två, har även regionala styrdokument för FaR-arbetet, exempelvis budgetplaner, regionala riktlinjer för FaR, vårdprogram, hälso- och sjukvårdsstrategier och överenskommelser om samverkan. Drygt hälften av regionerna har styrdokument som riktar sig direkt till verksamheten, exempelvis riktlinjer för FaR-arbetet för enskilda verksamheter, regelbok för primärvården och rutiner för rättspsykiatri. Två regioner rapporterar att de arbetar med att ta fram styrdokument. Slutligen nämner ett par regioner att de inväntar det kommande vårdprogrammet för ohälsosamma levnadsvanor (6).

Kunskapsstöd

Femton regioner rapporterar att de som kunskapsstöd använder utbildningsmaterialet om FaR, som HFS-nätverket har tagit fram i samråd med Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), och FYSS som YFA står bakom. Ungefär lika många regioner anger att de har tagit fram ett eget material, och att de då antingen enbart använder det egna materialet eller att de använder det i kombination med FYSS och HFS-nätverkets utbildningsmaterial.

Utbildning

Samtliga regioner, förutom en, erbjuder någon form av kortare utbildning i FaR-metoden på cirka 2–4 timmar. Utbildningarna erbjuds återkommande, vid förfrågan från olika verksamheter eller för särskilt intresserade. Några regioner erbjuder heldagsutbildningar. Ett fåtal regioner har för tillfället inga särskilda kurser som är inriktade på FaR, men anger att det finns kortare utbildningar om hälso- och sjukvårdens generella arbete med levnadsvanor och fysisk aktivitet. Några regioner anger vidare att de erbjuder eller har tidigare erbjudit särskilda påbyggnadsutbildningar. Det finns också exempel på regioner som anger att de ger fortbildning via olika nätverksträffar på regional eller lokal nivå eller efter förfrågan. Regionerna erbjuder även utbildning för aktivitetsarrangörer och hos en del har aktivitetsarrangörerna möjlighet att certifiera sig.

Några regioner ger utbildning i FaR-metoden inom grundutbildningarna i medicin och vård, oftast som en introduktionskurs eller som kortare moment. Flera regioner anger dessutom att utbildning i FaR ges i specialistkompetenskursen om sjukdomsförebyggande metoder inom läkarutbildningens specialiseringstjänstgöring. Vidare finns fristående universitetskurser i FaR-metoden, om 7,5 högskolepoäng, vid bland annat Gymnastik- och idrottshögskolan, Karolinska Institutet, Mälardalens högskola och Umeå universitet.

Professioner och intressenter

Regionerna rapporterar att det framför allt är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som förskriver FaR, och i vissa regioner är det primärt fysioterapeuter och distrikts- eller sjuksköterskor som förskriver. I några regioner kan icke-legitimerad personal också förskriva FaR, då främst via delegering från en läkare. Exempelvis rapporterar en region att hälsopedagoger har möjlighet att förskriva FaR.

Regionerna nämner flera intressenter i FaR-arbetet: Riksidrottsförbundet (RF), Länsstyrelsen, kommuner, patienter, patientorganisationer, ideella organisationer, Försäkringskassan, förtroendevalda och olika instanser inom psykiatri (t.ex. öppenspsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomsmedicin).

Aktivitetsarrangörer

Enligt regionerna är det både privata och kommunala aktivitetsarrangörer som hjälper patienten att genomföra den förskrivna aktiviteten. Många har ett samarbete med RF:s och Svenska idrottsrörelsens studieförbunds (SISU:s) regionala distrikt, och några anger också att de aktivitetsarrangörer som anlitas ska ha ett avtal med RF-SISU. Avtalet inkluderar krav på att aktivitetsarrangören ska delta i utbildning om FaR, erbjuda försäkring för utövarna och kontinuerligt uppdatera sin information. Andra regioner har etablerade samarbeten med ideella organisationer och intresseorganisationer (t.ex. pensionärsföreningar), men också med privata aktörer, som i flera fall ger rabatt på träningskort för dem som har fått FaR.

Ett par av regionerna använder friskvårdslotsar, hälsokonsulenter, hälsopedagoger, ideella ledare och personliga tränare. Flera regioner rapporterar att de främst rekommenderar aktiviteter som patienterna kan genomföra på egen hand.

Ekonomiska incitament

Regionerna rapporterar tre olika typer av ekonomiska incitament för arbetet med FaR – regionens ekonomiska styrning av verksamheterna, ekonomiskt avtal med aktivitetsarrangörer och rabatter för utövare.

Två av regionerna rapporterar att de betalar ut ersättning till de egna verksamheterna efter dokumenterad uppföljning av ett förskrivet FaR. Ersättningen är cirka 500 kronor per uppföljt FaR. Flera regioner uppger att de har ekonomiska

incitament för generellt arbete med levnadsvanor, vilket inkluderar fysisk aktivitet och förskrivning av FaR. I en region får verksamheten exempelvis 100 kronor per listad invånare och år för det förebyggande arbetet. I samma region har primärvårdens hälsoenhet en egen budget för rådgivning till patienter med ett förskrivet FaR. Den förskrivande vårdenhetens budget belastas därmed inte. I en annan region får primärvården ersättning för att ta fram en handlingsplan och resultatrapport för att förbättra det hälsoinriktade arbetet, där FaR ingår. I ytterligare en region är det hälso- och sjukvårdsnämnden som finansierar verksamheter som kostnadsfritt ger vårdgivarstöd och utbildningar om fysisk aktivitet. Nämnden finansierar även FaR-mottagningar där patienterna kan få mer stöd och vägledning.

Andra former av ekonomiska incitament är bidrag till regionala idrottsförbund, projektbidrag för idrottskoordinatorer som fungerar som kontaktpersoner mellan friskvårdsaktörerna och hälso- och sjukvårdens FaR-ansvariga samt bidrag för subventionerade träningskort till FaR-patienterna. Åtta regioner rapporterar att det inte finns några ekonomiska incitament för arbetet med FaR.

Uppföljning

Regionerna har i sin rapportering angett olika typer av uppföljning, och i denna rapport har vi kategoriserat dem så här:

- uppföljning av patienten
- uppföljning av vården
- uppföljning av aktivitetsarrangörer
- dokumentation och uppföljning av kvalitet.

Flera regioner anger att förskrivaren ansvarar för att följa upp patienten, men att ansvaret också kan överföras till eller samordnas med annan personal, en verksamhet eller en aktivitetsarrangör. Uppföljningen kan göras genom fysiska eller digitala besök, med telefon eller brev. Flera regioner uppger att det är patientens behov som avgör, men 2 regioner har också riktlinjer för när patienten ska följas upp.

Sju regioner anger att verksamheterna dokumenterar och följer upp arbetet med FaR i journalsystemen. Två regioner anger att de använder Cosmic, men även andra system nämns. Det är också tre som registrerar förskrivningen av FaR med den nationella KVÅ-koden för Fysisk aktivitet på recept (DV200), men några menar att det finns ett mörkertal i registreringen och att arbetet till viss del registreras på annat sätt eller med andra KVÅ-koder, såsom Rådgivande samtal (DV132). En del regioner har skapat lokala koder för uppföljningen, medan andra efterfrågar KVÅ-koder för att kunna följa upp förskrivningen. Vidare anger några regioner att det finns olika rapport- och analysystem, som kan kopplas till dokumentationen. De två som nämns specifikt är Qlickview och Diverportalen. Några har möjlighet att få ut olika bakgrundsuppgifter om patienten och orsak till

förskrivningen samt vilken profession och verksamhet som förskriver, men även effekten av åtgärden. Få regioner nämner uppföljning av aktivitetsarrangörernas arbete.

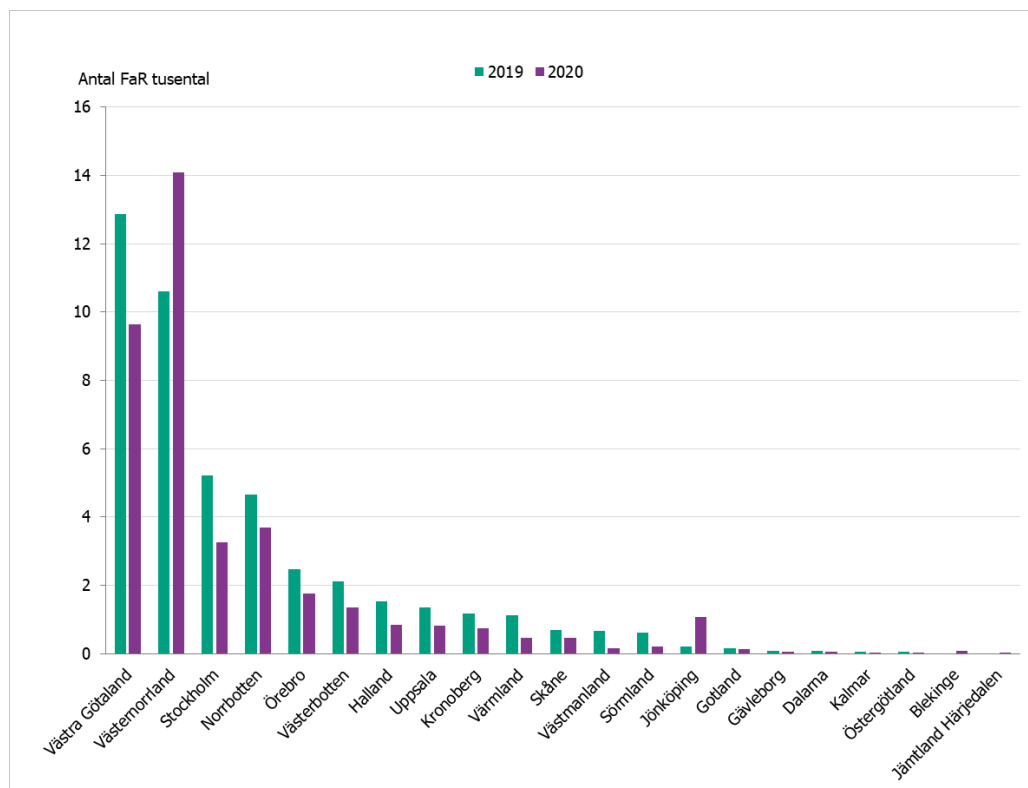
En utmaning med uppföljningen är att olika journalsystem används, och att allt arbete inte dokumenteras eller inte dokumenteras på rätt sätt, t.ex. att man inte registrerar arbetet med avsedd KVÅ-kod. Två regioner nämner uppföljning av kvaliteten i arbetet, men utan att specificera.

Regionernas inrapporterade data till Socialstyrelsen

I den här rapporten redovisas endast analyser som är gjorda av Folkhälsomyndigheten, vilka är baserade på uppgifter som rapporterats av regionerna till Socialstyrelsen om förskrivning av FaR i primärvården. Regionerna kan ha ytterligare uppgifter om förskrivningen av FaR än de som rapporterats till Socialstyrelsen.

År 2019 uppskattas att drygt 45 000 patienter i primärvården erbjöds FaR (dokumenterad KVÅ-kod) (figur 1). Antalet rapporterade förskrivningar var 0–12 856 i regionerna. Fem regioner rapporterade färre än 100 FaR medan regionen med flest rapporterade närmare 13 000 förskrivningar. Under 2020 minskade antalet FaR i de flesta regionerna (figur 1), troligen till följd av pandemin.

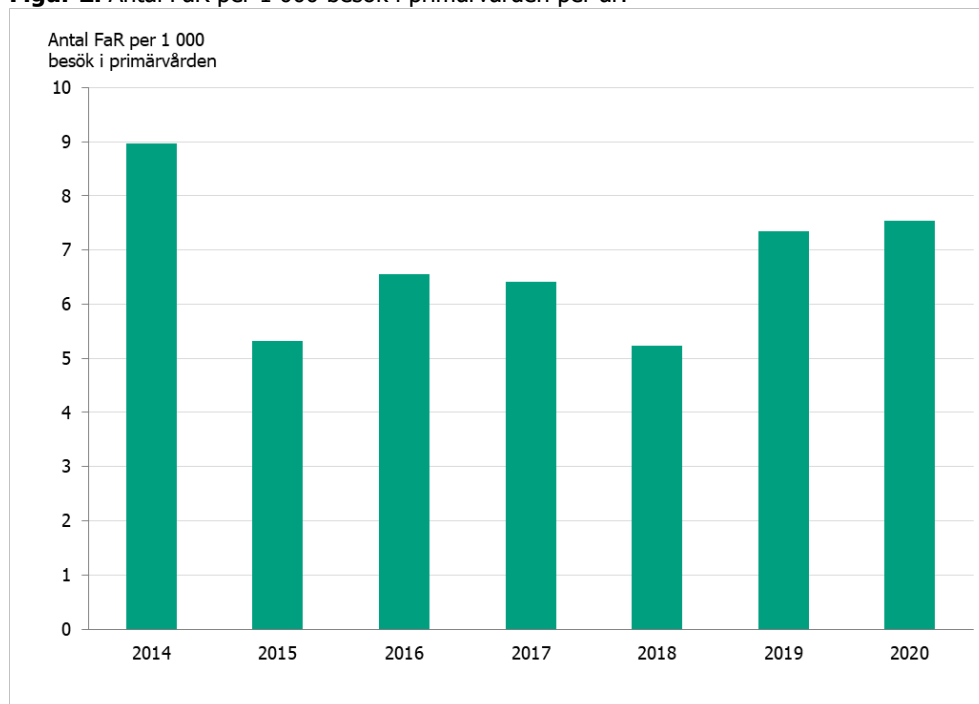
Figur 1. Antal FaR i primärvården, per region, 2019 och 2020.



Blekinge, Gävleborg, Kalmar, Kronoberg, Uppsala, Västernorrland och Västra Götaland anger att det finns olika typer av felkällor till uppgifterna, bl.a. möjlighet för datauttag från system och bristande rutiner för dokumentation. Västernorrland gjorde ingen skillnad mellan åtgärderna Rådgivande samtal och Fysisk aktivitet på recept.

Antalet FaR per 1 000 besök i primärvården för alla regionerna sammantaget var relativt stabilt 2014–2020 (figur 2). Uppgifterna behöver dock tolkas med viss försiktighet eftersom det är stor variation i vad regionerna rapporterar år för år och att alla regioner inte redovisat sin statistik vid alla tillfällen. Ett exempel är Region Västra Götaland med högst antal förskrivna FaR som endast rapporterade in uppgifter mellan 2018 och 2020. År 2018 rapporterade inte Västernorrland in antalet FaR, som sedan 2015 varit 8 000–10 000. Värt att notera är att Västernorrland inte särskiljer åtgärderna Rådgivande samtal och Fysisk aktivitet på recept.

Figur 2. Antal FaR per 1 000 besök i primärvården per år.



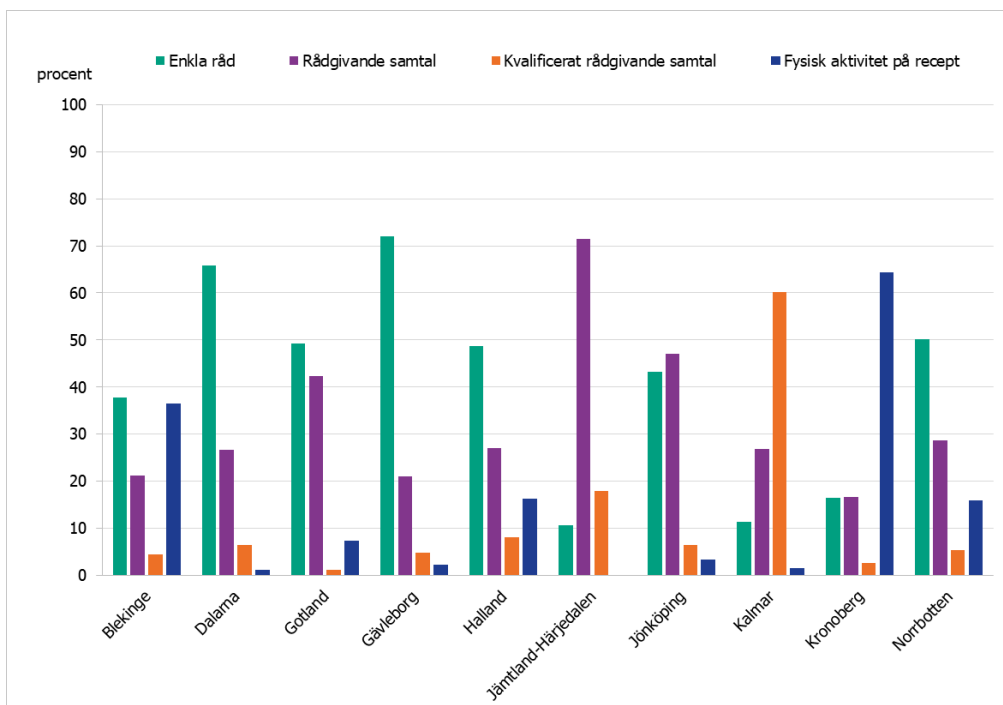
Jämförelsen mellan åren behöver göras med viss försiktighet eftersom det har tillkommit flera regioner som har svarat på enkäten efter 2014. Samtliga regioner lämnade uppgifter för 2019 och 2020.

Enligt en rapport från Socialstyrelsen om hur nationella riktlinjer används, erbjuds personer med otillräcklig fysisk aktivitet främst åtgärderna Enkla råd eller Rådgivande samtal vid besök i primärvården (7). Andelen av primärvårdens patienter, som har fått antingen Enkla råd, Rådgivande samtal eller Kvalificerat rådgivande samtal för att främja fysisk aktivitet har ökat över tid, från strax under 3 procent 2013 till över 6 procent 2019 (7). Under 2020 ses en minskning i andelen av primärvårdens patienter som fått en åtgärd för att främja fysisk aktivitet (8). Flertalet regioner rapporterade större andel Enkla råd under 2020 än 2019, medan ett fåtal regioner rapporterade att primärvården erbjudit en större andel Rådgivande samtal 2020 (8).

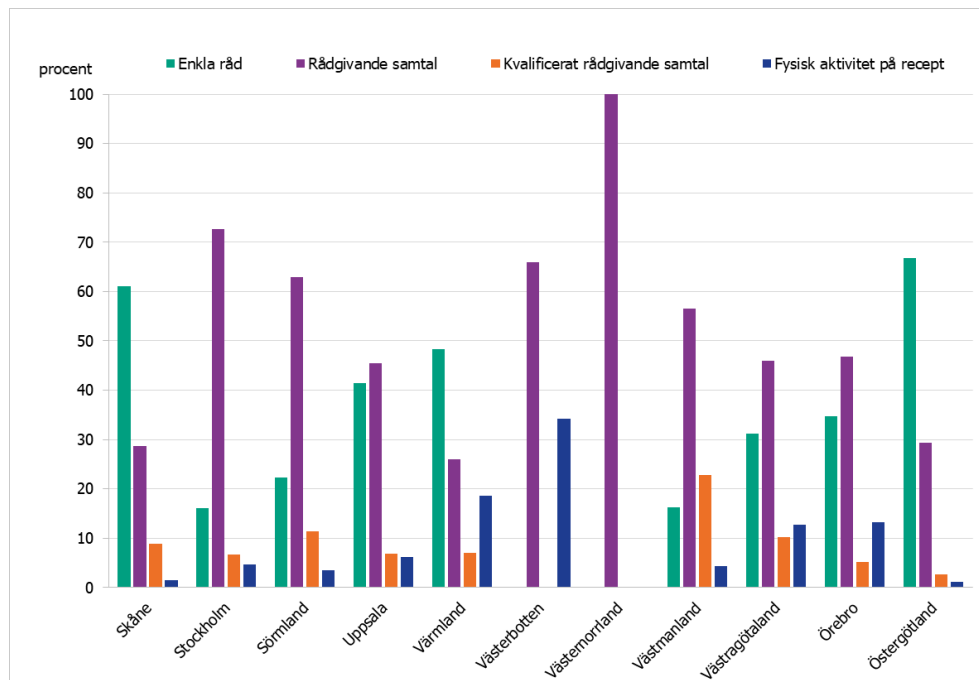
Vid en jämförelse av alla åtgärder som erbjöds i primärvården 2019 (Enkla råd, Rådgivande samtal, Kvalificerat rådgivande samtal eller FaR) var 11 procent FaR, men med en stor variation mellan regionerna. Andelen var likvärdig under 2020.

Kronoberg rapporterade att 60 procent av alla som fått en åtgärd för fysisk aktivitet erbjöds FaR. Som nämnts tidigare är det några regioner som rapporterar att FaR inte erbjöds alls det året, eller gjorde det i låg utsträckning. Men de har i stället rapporterat andra åtgärder för att främja fysisk aktivitet, såsom Enkla råd eller Rådgivande samtal. Figur 3 och 4 visar fördelningen av de olika åtgärder som erbjudits patienter i primärvården under 2019.

Figur 3. Fördelning av åtgärder för att främja fysisk aktivitet som registrerades inom primärvården 2019, per region (alfabetisk ordning, Blekinge–Norrbotten).



Figur 4. Fördelning av åtgärder för att främja fysisk aktivitet som registrerades inom primärvården 2019, per region (alfabetisk ordning, Skåne–Östergötland).



Västernorrland särskiljer inte Rådgivande samtal och Fysisk aktivitet på recept

Hinder

Kunskap och uppfattningar

Flera regioner anger att verksamheternas medicinska personal är ovana vid att inkludera FaR i sitt kliniska arbete med levnadsvanor, att det finns bristande kunskap om FaR-metoden och att kunskapsbristen finns på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Bristerna omfattar kunskap om metoden FaR och dess evidens, men även kunskap om fysisk aktivitet som ett sätt att förebygga och behandla sjukdomar. Vidare uttrycks att det ofta saknas kunskap och intresse i berörda verksamhetsledning. Slutligen nämner ett par regioner att den begränsade tillgången till utbildning är ett hinder för FaR-arbetet.

Tid, resurser och prioriteringar

Majoriteten av regionerna anger tidsbrist i patientmötet som ett hinder för FaR-arbetet, men även att utrymmet för att lära sig att använda metoden saknas. I stället prioriteras till exempel läkemedelsbehandling som ofta är mindre personcentrerad, det vill säga mer standardiserad och inte lika resurskrävande. Generellt upplevs att det förebyggande arbetet skulle kunna prioriteras mer av verksamhetsledningen.

Organisation och struktur

Majoriteten av regionerna anger avsaknad av rutiner och en tydlig struktur för FaR-arbetet som ett hinder. De anger att arbetet skulle gynnas av riktlinjer som klagör patientflöden samt tydliga roller, tydliga ansvarsområden och mer samverkan

mellan aktörer. Andra hinder som nämns finns på den organisatoriska nivån och inom organisationskulturen, bland annat nämns att verksamhetsledningen och förskrivarna skulle kunna öka sin kunskap om FaR-metoden och öka sin tilltro till att metoden ger effekt.

Tekniska lösningar

En del hinder är kopplade till brister i tekniken, bland annat krångliga journalsystem och uppföljningssystem. Regionerna anger att dessa system behöver bli mer användarvänliga för att underlätta arbetet med FaR. Det uttrycks dessutom en önskan om att dokumentationen för FaR ska samordnas nationellt så att den utförs på ett mer enhetligt sätt.

Reflektioner

Här sammanfattar vi våra reflektioner över det som framkommer i rapporten:

- Alla regioner använder FaR, men den insamlade informationen tyder på att metoden inte tillämpas på ett likartat sätt.
- Det tycks finnas stora skillnader i regionernas styrning av och stöd för arbetet med FaR. Majoriteten har regionala styrdokument som omfattar FaR. De regioner som beskriver en väl utvecklad och omfattande stödstruktur verkar vara bland dem som också rapporterar det högsta antalet förskrivningar av FaR.
- Utbildningsinsatser och kunskapsstöd till verksamheter varierar mellan regioner. Många av de utbildningar som regionerna erbjuder kan betraktas som introduktionsutbildningar, och få har uppgett att de ger någon påbyggnads- eller fördjupningsutbildning. Några universitet och högskolor anordnar dock längre kurser i FaR-metoden, och den ingår också i moment inom fler vård- och hälsorelaterade grundutbildningar.
- Regionerna inrapporterar data för FaR till Socialstyrelsen på olika sätt, vilket försvårar möjligheten till jämförelser och uppföljning. Det kan till exempel handla om att FaR inte alltid systematiskt registreras i journaler eller på ett enhetligt sätt inom regionerna. Dessutom används inte alltid KVÅ-koden för Fysisk aktivitet på recept för att dokumentera FaR
- I huvudsak rapporterar regionerna samma typ av hinder – brist på tid, resurser och kunskap samt tekniska svårigheter. Gemensamma insatser och insatser på nationell nivå skulle enligt svaren kunna bidra till att minska några av dessa hinder.
- Regionerna beskrivning av nuläget i FaR-arbetet kan förhoppningsvis användas för att identifiera förbättringsområden, och vara en utgångspunkt för fortsatta dialoger om arbetet med att utveckla, följa upp och rapportera FaR-arbetet i Sverige.
- Sammantaget visar resultatet från den här rapporten att arbetet med och uppföljningen av FaR varierar mellan regionerna. Det är angeläget att regionerna utbyter kunskaper och erfarenheter med varandra för att utveckla FaR-arbetet och för att vården ska bli mer jämlik.

Referenser

1. EUPAP. EU physical activity on prescription. [Internet]. [citerad 2021-12-20]. Hämtad från: <https://www.eupap.org/>.
2. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). Fysisk aktivitet på recept. [Internet]. [citerad 2021-12-20]. Hämtad från: <http://www.fyss.se/far/om-fysisk-aktivitet-pa-recept-far-2/>.
3. EUPAP Feasibility Study. Final Report. [Internet]. Lleida: EUPAP; 2020. [citerad 2021-12-20]. Hämtad från: <https://www.eupap.org/storage/app/media/WP4%20Feasibility%20Study.pdf>.
4. EUPAP Feasibility Study. A Guide for Data Collection. [Internet]. EUPAP: Lleida; 2019. [citerad 2021-12-20]. Hämtad från: <https://www.eupap.org/storage/app/media/about-us/EUPAP%20WP4%20Feasibility%20Study%20Guides.pdf>.
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. [Internet]. Socialstyrelsen: Stockholm; 2018. [citerad 2021-12-20]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/>.
6. Nationellt programområde levnadsvanor. Insatsområde levnadsvanor. [Internet]. [citerad 2021-12-20]. Hämtad från: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npolevnadsvanor/levnadsvanor.56034.html>.
7. Socialstyrelsen. Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor 2019. [Internet]. Socialstyrelsen: Stockholm; 2020. [citerad 2021-12-20]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-7185.pdf>.
8. Socialstyrelsen. Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor 2020. [Internet]. Socialstyrelsen: Stockholm; 2021. [citerad 2022-01-04]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-12-7722.pdf>.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling



Folkhälsomyndigheten

www.folkhalsomyndigheten.se