

Metoder för att främja fysisk aktivitet

En systematisk litteraturöversikt från SBU

MAI-LIS HELLÉNIUS, professor, projektgruppens ordförande, Centrum för allmänmedicin, Karolinska institutet, Huddinge, mai-lis.hellenius@ki.se
INGEMAR ECKERLUND, fil dr,

projektledare, Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, Stockholm; båda för SBU:s projektgrupp eckerlund@sbu.se

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har gjort en systematisk litteraturöversikt som sammanfattar det vetenskapliga underlaget rörande metoder som kan tillämpas inom hälso- och sjukvården för att främja fysisk aktivitet [1]. Rapporten vänder sig i första hand till sjukvårdspersonal men även till personal inom skola, friskvård och frivilligorganisationer, till beslutsfattare på administrativ och politisk nivå och till utbildningsansvariga inom skola, vård och omsorg.

En fysiskt aktiv livsstil är förenad med minskad risk att utveckla sjukdomstillstånd som hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, osteoporos och cancer. Fysisk aktivitet har också i många fall en terapeutisk och/eller sekundärpreventiv effekt då sjukdom redan inträffat [2-7; utförlig referensförteckning finns i rapporten]. Dessvärre tas inte denna potential till vara eftersom folk i allmänhet rör sig för lite, kanske i synnerhet de som skulle ha störst nytta av det. Högst 20 procent av Sveriges befolkning över 30 år bedöms vara tillräckligt fysiskt aktiva sett ur ett hälsoperspektiv [8]. Fysisk inaktivitet bidrar både direkt och indirekt till den totala sjukdomsburden och orsakar förutom mänskligt lidande betydande samhällsekonomiska kostnader till följd av sjukdom och förtida död.

Syfte och avgränsning

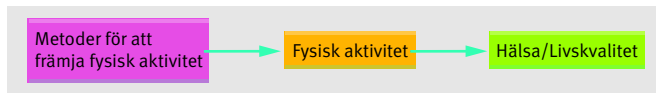
SBU beslutade våren 2004 att göra en systematisk genomgång av den vetenskapliga litteraturen om olika metoder för att främja fysisk aktivitet. Utgångspunkten har varit att det finns ett väl belagt positivt samband mellan fysisk aktivitet och hälsa. Syftet med projektet har varit att utvärdera effekter och kostnadsmässiga konsekvenser av olika metoder för hälso- och sjukvården att främja fysisk aktivitet.

Figur 1 illustrerar sambandet mellan metoder för att främja fysisk aktivitet, faktiskt utövad fysisk aktivitet och hälsa/livskvalitet. Projektet handlar om den vänstra delen av figuren, dvs sambandet mellan metoder för att främja fysisk aktivitet och utövandet av fysisk aktivitet.

Definition av fysisk aktivitet

Med fysisk aktivitet avses all kropps rörelse som är en följd av

»Högst 20 procent av Sveriges befolkning över 30 år bedöms vara tillräckligt fysiskt aktiva sett ur ett hälsoperspektiv ...«



Figur 1. Schematisk illustration av sambandet mellan metoder för att främja fysisk aktivitet, faktiskt utövad fysisk aktivitet och hälsa/livskvalitet.

skelettmuskulaturens sammandragning och som resulterar i ökad energiförbrukning [9]. Begreppet fysisk aktivitet innefattar således kropps rörelse under såväl arbetstid som fritid och alla olika former av kroppsövningar, gymnastik, motion och friluftsliv. Den valda projektinriktningen – med fokus på sjukvårdspersonalens insatser för att främja fysisk aktivitet – innebär i princip en avgränsning till metoder avsedda att främja patienters fysiska aktivitet. Detta innebär dock inte att preventiva åtgärder exkluderas. Såväl primär- och sekundärprevention som behandling/rehabilitering ingår i sjukvårdspersonalens ansvarsområde, och främjande av fysisk aktivitet kan ingå i alla dessa delar. Dessutom inkluderas skolbaserade interventioner. Projektets huvudfrågeställning var:

- Vilka metoder är ändamålsenliga och kostnadseffektiva för att främja fysisk aktivitet hos individer med sjukdomstillstånd, eller risk för sådana, där fysisk aktivitet har gynnsam effekt?

Metodik för systematisk litteraturgenomgång

Inledningsvis undersöktes tillgången på systematiska översikter avseende de aktuella frågeställningarna. Dessa sökningar gjordes i databaserna i Cochrane Library. Därefter gjordes sökningar i PubMed, PsycInfo, Eric, SportDiscus och i Campbell Collaboration Library. Dessutom granskades referenslistor i relevanta arbeten för att identifiera ytterligare studier.

Inklusionskriterier. Följande kriterier har tillämpats för att en studie ska övervägas som vetenskapligt underlag för att besvara de olika frågeställningarna:

- Syftet med studien ska vara att undersöka studerade metoders effektivitet med avseende på att främja fysisk aktivitet.
- Det ska finnas en relevant jämförelsegrupp (kontrollgrupp) som behandlats med annan åtgärd eller ingen åtgärd.
- Effektmåttet ska vara förändring i fysisk aktivitet eller i andra hand förändring i fysisk prestationsförmåga.
- Uppföljningstiden ska vara minst sex månader räknat från interventionens början.

Mätning av fysisk aktivitet. Det är svårt att mäta fysisk aktivitet på ett objektivt sätt. I stora epidemiologiska studier används ofta någon form av frågeformulär där studiedeltagarna själva rapporterar sin fysiska aktivitet. Mera objektiva mätmetoder är stegräknare och accelerometer (bärbara aktivitetsmätare som bl a kan registrera fysisk aktivitet både i dagligt liv och

SAMMANFATTAT

Råd om fysisk aktivitet ger resultat. **Råd kompletterade med recept** på fysisk aktivitet förstärker effekten. **Det lönar sig** att börja med barnen. **Utveckling av skolämnet** idrott och hälsa är ett effektivt sätt att främja barnens fysiska aktivitet. **Den enskilda individens** tillit till den egna förmågan att förändra sitt beteende är viktig när det gäller att främja fysisk aktivitet.

under ansträngande aktiviteter). Skattad energiförbrukning är ett vanligt indirekt mått på fysisk aktivitet. Andra indirekta mått, som närmast avser prestationsförmåga eller fysisk kapacitet, kan vara gångsträcka eller maximal syreupptagningsförmåga skattad från ett arbetsprov [10].

Ett särskilt problem i sammanhanget är att mätmetodiken skiljer sig mycket åt mellan olika studier och dessutom ofta är bristfälligt beskriven. Detta innebär stora svårigheter när det gäller att skatta effektstorleken av olika metoder för att främja fysisk aktivitet.

Kvalitetsbedömning och evidensgradering

De strukturerade sammanfattningarna av artiklar (abstrakt), som togs fram vid databassökningen, bedömdes av två granskare (oberoende av varandra) med avseende på fastställda inklusionskriterier. Alla arbeten som någon av bedömarna ansåg vara relevanta granskades därefter i fulltextformat av samma två personer, fortfarande oberoende av varandra. Därefter sammanställdes väsentliga data från inkluderade studier i tabeller. Varje studie granskades med hjälp av särskilda – i förväg fastställda – kriterier avseende studie kvalitet och relevans, och tilldelades högt, medelhögt eller lågt bevisvärde.

För varje frågeställning vägdes studiernas resultat samman till slutsatser som evidensgraderades enligt följande:

- Starkt vetenskapligt underlag (evidensstyrka 1)
- Måttligt starkt vetenskapligt underlag (evidensstyrka 2)
- Begränsat vetenskapligt underlag (evidensstyrka 3).

Otillräckligt vetenskapligt underlag anges när det saknas tillräckligt antal studier som uppfyller uppställda kriterier. Vid heterogena resultat mellan studier som inte kan förklaras utifrån patientmaterial eller studiedesign reduceras evidensstyrkan.

Granskningen av hälsoekonomiska utvärderingsstudier följde i princip ovan beskriven process. För inklusion krävdes att studierna omfattar både kostnader och effekter, är relevanta för svenska förhållanden och innehåller jämförelser med bästa alternativet. Kvalitetsbedömningen gjordes med hjälp av SBU:s checklista för hälsoekonomiska studier.

RESULTAT

Rådgivning

Definitioner och metod. Begreppet rådgivning omfattar här dels direkta råd (advice) från personalen till patienten, dels samtal (counseling), med vilket avses en rådgivande dialog mellan personal och patient.

Femton studier om rådgivning har inkluderats, huvudsakligen genomförda i primärvården med patienter hos ordinarie vårdgivare. Flertalet av de granskade studierna har genomförts under kliniska vardagsförhållanden och gällt effekterna av rådgivningen på patienternas fysiska aktivitetsnivå. Utformningen av respektive rådgivningsmetod varierar mellan studierna. En studie undersökte effekten av enbart korta muntliga råd medan övriga studier har kombinerat muntliga råd med en eller flera olika former av tillägg eller hjälpmedel. Exempel på sådana hjälpmedel i de granskade studierna är: skriftlig information/råd, individuellt anpassad ordination av fysisk aktivitet, stöd via korta telefonsamtal, tilläggsråd via brev, pulsmätning för att hitta rätt träningsnivå, lista över tillgängliga träningsanläggningar, motionsdagbok, belöningar och målsättningsdiskussion.

Rådgivningsmetoderna har även skilt sig åt med avseende på intensitet i rådgivningen, vem som har gett råden, typ av fysisk aktivitet, hur patienterna/försökspersonerna har rekryterats,

var interventionen har skett och hur länge interventionen pågått. Slutligen skiljer sig studierna också åt vad gäller de insatser som riktats till kontrollgrupperna.

Resultat. Rådgivning i klinisk vardag har genomgående visats medföra en ökad fysisk aktivitetsnivå, i storleksordningen 12–50 procent. Ingen studie har rapporterat minskad fysisk aktivitetsnivå, och det kan konstateras att rådgivning till patienter i klinisk vardagsmiljö leder till ökad fysisk aktivitet vid uppföljning efter sex månader eller mer (evidensstyrka 1).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att avgöra om det är effektivare att ge råd om någon särskild typ av fysisk aktivitet, t ex om råden fokuserar på aktiviteter i vardagen eller avsiktlig motion respektive om motionen bedrivs på egen hand eller i någon form av organiserad träning.

En ökad frekvens och intensitet av rådgivning genom upprepade kontakt under flera månader medför en ytterligare ökad fysisk aktivitetsnivå efter sex månader eller mer (evidensstyrka 3).

Effekten blir 15–50 procent bättre om man kompletterar rådgivningen med t ex recept på fysisk aktivitet, stegräknare, motionsdagbok, målsättningsdiskussion eller liknande (evidensstyrka 3). Däremot är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för att avgöra om något av dessa komplement har bättre effekt än övriga.

Det saknas också underlag för att bedöma om rådgivningen kan bli effektivare genom samverkan med andra aktörer än om rådgivningen sker helt inom hälso- och sjukvården.

Handledd gruppträning och individuellt anpassad träning

Definitioner och metod. Med träningsgrupper avses här någon form av organiserad och professionellt handledd träning, oftast polikliniskt på sjukhus eller i direkt anslutning till vårdinrättning, och/eller individanpassade hemträningsprogram med professionell handledning. En bred sökning gjordes inledningsvis avseende träning vid olika sjukdomstillstånd. Många studier exkluderades på grund av att de saknade relevant effektmått och/eller att uppföljningstiden var för kort. Granskningen kom därför endast att omfatta studier av patienter med hjärt-kärlsjukdomar eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och friska, fysiskt inaktiva individer med eller utan riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Sammanlagt granskades 19 studier.

Resultat. Fysisk träning i grupp vid kranskärlssjukdom leder till ökad fysisk aktivitet. Bäst effekt nås om träningen initialt är övervakad, omfattar åtminstone 45–60 minuter vid 2–3 tillfällen per vecka, har sådan intensitet att den allmänna konditionen påverkas positivt och pågår under minst sex månader (evidensstyrka 3).

Hos patienter med benartärsjukdom leder handledd träning till ökad fysisk aktivitet mätt som gångsträcka och/eller gångtid. Bäst resultat nås om träningen initialt är övervakad, omfattar 30–60 minuter vid tre eller fler tillfällen per vecka, har en intensitet nära smärtgränsen och pågår under minst sex månader (evidensstyrka 3).

Deltagande i träningsgrupper som en del i ett rehabiliteringsprogram vid kroniskt obstruktiv lungsjukdom kan leda till ökad fysisk aktivitetsnivå. Bäst resultat nås troligen om träningen är övervakad, pågår under minst tre månader och följs av ett hemträningsprogram i form av dagliga promenader. Det vetenskapliga underlaget medger dock inga slutsatser.

Fysisk träning för att förändra aktivitetsnivån hos friska men fysiskt inaktiva personer är sannolikt mest effektiv om de är hembaserad, uppmuntrar till promenader och inkluderar

»Interventioner som inkluderar hela livsstilen – inriktade på såväl fysisk aktivitet som kost och stresshantering – förstärker den fysiska aktivitetsökningen.«

regelbunden uppföljning. Träning som inte kräver att man uppsöker speciella träningslokaler kan leda till en mer varaktig ökning i total fysisk aktivitetsnivå. Det vetenskapliga underlaget medger dock inga slutsatser.

Teoribaserade beteendebaserade interventioner

Definitioner och metod. En teoretisk beteendeförändringsmodell ger möjlighet att identifiera och testa vilka faktorer som leder till eller främjar (medierar) beteendeförändring. Den generella beskrivningen av hur en beteendeförändring går till, enligt de teoretiska modellerna, stämmer också väl överens med den förändring i synen på fysisk träning, i riktning mot ökad vardagsmotion, som skedde i mitten av 1990-talet.

De två teoribaserade beteendeförändringsmodellerna som huvudsakligen har använts inom forskningen om fysisk aktivitet är Social Cognitive Theory (SCT) och Transtheoretical Model (TTM). SCT betonar interaktionen mellan individ, omgivning och beteende, lyfter fram betydelsen av att öka tilliten till den egna förmågan att förändra beteende och använder ofta beteendeförändringstekniker av typen målsättningsdiskussion och självregistrering. Kännetecknande för TTM är att förändringsarbetet utgår från det stadium i förändringsprocessen som individen befinner sig i och att man anpassar de åtgärder som vidtas för att förändra beteendet till detta stadium.

Av de olika psykologiska begrepp som använts för att förklara och förutsäga en individs fysiska aktivitetsnivå har individen tillit till den egna förmågan att kunna utföra den fysiska aktiviteten (som är central i SCT) visat det starkaste sambandet med framtida fysisk aktivitet. Själv tilliten (self-efficacy) påverkas av våra tankar och föreställningar (kognitioner) om fysisk aktivitet.

Antalet identifierade studier som bedömts hålla tillräcklig kvalitet uppgår till 21, varav 5 använt sig av flera olika beteendetekniker och därför inte kan klassificeras som tillhörande en specifik teoretisk modell. Av övriga 16 studier byggde 6 i huvudsak på TTM, 6 på SCT eller på »self-efficacy«-begreppet, och i 4 av studierna uppges att man hämtat komponenter från både TTM och SCT.

Resultat. Interventioner som bygger på teoribaserade beteendeförändringsmodeller ökar den fysiska aktiviteten 10–15 procent mer än vanligt omhändertagande. Det gäller i synnerhet när interventionsinsatsen har varit relativt omfattande, som i livsstilsstudier. Detta har varit fallet t ex när man arbetat med program för specifika sjukdomstillstånd inom hjärt-kärl- och diabetesområdet. Effekten har varit mer osäker i studier där man för att hålla nere resursanvändningen minimerat interventionsinsatsen till endast några få tillfällen (evidensstyrka 2 för kvinnor och 3 för män).

Interventioner som bygger på teoribaserade beteendeförändringsmodeller är lika effektiva som strukturerade träningsprogram när det gäller att öka den fysiska aktiviteten hos fysiskt inaktiva personer. Vid specifika sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar kan man se fördelar och förbättringar i den fysiska aktiviteten och kapaciteten med beteendeförändringsprogram (evidensstyrka 3).

Mer omfattande beteendebaserade interventioner leder till ytterligare ökning i fysisk aktivitetsnivå, men med avtagande marginal-

effekt. Det tycks också finnas en tröskleffekt. En alltför liten interventionsinsats ger minimalt utfall i form av förändrat beteende (evidensstyrka 3).

Interventioner som inkluderar hela livsstilen – inriktade på såväl fysisk aktivitet som kost och stresshantering – förstärker den fysiska aktivitetsökningen. Detta kan bero på många olika faktorer, bl a interventionsinsatsens storlek (evidensstyrka 3).

Individens tillit till den egna förmågan att förändra sitt beteende (self-efficacy) är en betydelsefull främjande faktor (mediator) för att uppnå en ökad fysisk aktivitetsnivå (evidensstyrka 3).

Metoder inriktade på barn och ungdomar

Definitioner och metod. Tjugofyra studier återfanns som uppfyllde kriterierna avseende metoder för att främja fysisk aktivitet hos barn och ungdomar. Endast 3 av dessa studier var sjukvårdsbaserade medan 21 var skolbaserade interventionsstudier omfattande flera olika åtgärder.

De studier som beskriver hur sjukvården kan främja fysisk aktivitet hos barn och ungdomar avser tre olika metoder: träningsgrupp, rådgivning respektive datorbaserat beteendeförändringsprogram. Sammanfattningsvis kan konstateras att det saknas tillräckligt vetenskapligt underlag för slutsatser om dessa metoders effekt på barns och ungdomars fysiska aktivitetsnivå. Alla granskade skolbaserade studier bygger på en kombination av olika metoder. Interventionerna innehåller i varierande omfattning och intensitet komponenter av följande slag: utveckling av läroplan, utbildning av lärare, extra aktivitetspass under lektionstid alternativt under raster, stöd i beteendeförändring och förstärkt hälsoundervisning. I sju studier involverades dessutom föräldrarna.

Resultat. Interventioner som fokuserar på utveckling av idrottslektionernas innehåll har visat sig höja aktivitetsnivån (5–25 procents ökning) under lektionstid hos barn mellan 7 och 14 år. Detta gäller i högre grad för pojkar än för flickor (evidensstyrka 1). Ökningen var större i grupper där insatserna genomfördes av specialutbildade lärare och instruktörer. Fysisk aktivitet under idrottslektioner ger ett gott bidrag till barnens totala aktivitetsnivå. I vilken omfattning detta sker är dock oklart eftersom antalet lektionstimmar per vecka ofta inte redovisas i studierna. Det är också oklart om insatserna ökar den generella fysiska aktiviteten utanför idrottslektionerna.

Skolbaserade interventioner som omfattar flera olika åtgärder har positiv effekt på barns och ungdomars fysiska aktivitet under skoldagen och i vissa fall även på fritiden. Metoderna är i flera studier otvetydigt beskrivna, och det går inte att dra slutsatser om vilka av de enskilda komponenterna som har effekt. Möjlighet till fysisk aktivitet under skoldagen ger dock ett gott bidrag till barns och ungdomars totala fysiska aktivitetsnivå. Interventioner som omfattar hälsoundervisning, stöd i beteendeförändring och möjligheter att pröva olika typer av aktiviteter och få träna sina färdigheter visar i hälften av studierna på en ökning av den fysiska aktiviteten även på fritiden. Involvering av föräldrar i skolbaserade interventioner verkar dessutom ha en gynnsam effekt. I många av studierna sammanfaller uppföljningstiden med interventionstiden varför man endast kan konstatera att den ökade aktivitetsnivån kvarstår så

»Skolbaserade interventioner som omfattar flera olika åtgärder har positiv effekt på barns och ungdomars fysiska aktivitet under skoldagen och i vissa fall även på fritiden.«

länge interventioner pågår (evidensstyrka 2).

Skolbaserade interventioner som riktas till grupper med ökad risk för hjärt-kärlsjukdom leder till ökad fysisk aktivitet i storleksordningen 10 procent. Största effekten ses hos pojkar med riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom (evidensstyrka 3).

Hälsoekonomiska aspekter

Endast ett fåtal hälsoekonomiska studier som belyser projektets frågeställningar och samtidigt håller acceptabel kvalitet har identifierats. Det innebär att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om de studerade metodernas kostnadseffektivitet.

Etiska och sociala aspekter

Rapportens kapitel om Etiska och sociala aspekter har på SBU:s uppdrag, och i samråd med projektgruppen, skrivits av professor Niels Lynöe, Centrum för bioetik, institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME), Karolinska institutet. Detta kapitel syftar till att identifiera och diskutera vilka aspekter av detta slag som aktualiseras i samband med främjande av fysisk aktivitet och bygger inte på någon systematisk litteraturgenomgång [11].

Tillämpningen av olika metoder för att främja fysisk aktivitet kan inkräkta på en patients privatsfär, livsprojekt, värderingar och åsikter. Det är därför viktigt att man är uppmärksam på denna risk och undviker att kränka patientens rätt till medbestämmande, eftersom en kränkning kan resultera i motsatt effekt. Om vårdansvarig personal anser sig veta bättre än patienten själv vad som är bäst för patienten och låter detta styra handlandet, vilket brukar kallas ett paternalistiskt förhållningssätt, så är det kränkande – även om det sker i all välmening – eftersom det innebär att man omyndigförklarar patienten.

Det kan å andra sidan också vara så att behandlande personal upplever det som känsligt och svårt att ta upp frågor om patientens levnadsvanor. Man kan vara överdrivet rädd för att kränka patienten och därför avstå helt även om man vet att fysisk aktivitet skulle kunna vara till stor nytta. Detta strider mot göra gott-principen, eftersom det innebär att vårdpersonalen undanhåller information som kan vara till nytta för patienten.

Strävan bör vara att med hjälp av ett patientcenterat förhållningssätt säkerställa att patienten tar aktiv del i besluten om behandlingsmetod. En optimal tillämpning av olika metoder för att främja fysisk aktivitet förutsätter att man noga beaktar de etiska och sociala aspekterna.

Praxis

Kunskapen är begränsad om hur och i vilken omfattning man inom hälso- och sjukvården arbetar för att främja patienternas fysiska aktivitet. Som ett komplement till den systematiska kunskapsöversikten genomfördes därför en praxiskartläggning för att få en översiktlig bild av praxis i hälso- och sjukvården och skolan när det gäller att främja fysisk aktivitet. Denna visade att arbetet med att främja fysisk aktivitet i hög grad uppfattas ingå i hälso- och sjukvårdens uppdrag. En klar majoritet av de svarande enheterna uppgav sig också arbeta aktivt med detta. Det var emellertid endast inom företagshälsovården som flertalet enheter hade rutiner/program för hur personalen ska ta upp frågan om fysisk aktivitet med patienterna. Vidare framkom att man visserligen satsat på att höja personalens kunskaper inom området, men endast i begränsad omfattning genom att använda sig av kunskapsunderlaget Fyss [12].

Bland de enheter som hade rutiner/program för arbetet med att främja fysisk aktivitet uppgav sig i stort sett samtliga ordinaera patienten/eleven fysisk aktivitet genom muntliga råd. En

FAKTA 1. SBU:s projektgrupp

<i>Mai-Lis Hellénus:</i> (ordförande), professor, Centrum för allmänmedicin, Karolinska institutet, Huddinge	heten, Örebro läns landsting, Örebro
<i>Viveka Alton:</i> (biträdande projektledare), fil kand, informatiker, SBU, Stockholm	<i>Margareta Johansson:</i> MPH, Folkhälsoenheten, Örebro läns idrottsförbund, Örebro
<i>Ingemar Eckerlund:</i> (projektledare), fil dr, hälsoekonom, SBU, Stockholm	<i>Lena Kallings:</i> MSc, Statens folhälsoinstitut och Karolinska institutet, Huddinge.
<i>Susanne Eksell:</i> (projektassistent), SBU, Stockholm	<i>Bernt Lindahl:</i> docent, överläkare, beteendemedicin, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
<i>Margareta Emtner:</i> med dr, leg sjukgymnast, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet, Uppsala	<i>Hans Lingfors:</i> med dr, distriktläkare, Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
<i>Lars Hagberg:</i> med dr, folkhälsovetenskap, hälsoekonom, samhällsmedicinska en-	<i>Agneta Ståhle:</i> docent, enheten för sjukgymnastik, kardiologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna.

betydligt mindre andel inom respektive verksamhetsområde ordinerade fysisk aktivitet på recept eller genom att remittera patienten. En sammanfattande slutsats av praxiskartläggningen var att det konkreta arbetet med att främja patienternas fysiska aktivitet uppvisar stora variationer mellan och inom olika delar av hälso- och sjukvården. Generellt sett är det dock bristfälligt utvecklat. Orsakerna till detta kan sökas dels i brist på tid och kunskap, dels i bristfällig styrning av verksamheten.

Förutsättningarna för att åstadkomma effektivitetsfrämjande praxisförändringar får anses goda. Dels har personalen stor tilltro till att patienterna kan ha nytta av fysisk aktivitet, dels uppfattar man allmänt att arbetet med att främja fysisk aktivitet ingår i hälso- och sjukvårdens uppdrag. Mot denna bakgrund redovisas i rapporten några exempel på tänkbara praxisförändringar – inom områden där det kan antas finnas betydande skillnader mellan dagens praxis och optimal, evidensbaserad praxis. Det är svårt att bedöma de samlade hälsomässiga, ekonomiska, etiska och sociala konsekvenserna av praxisförändringar av detta slag. Det framstår emellertid som en rimlig hypotes att förändringar av praxis enligt ovan är en i de flesta avseenden »lönsam« utveckling – för patienten genom bättre hälsa och livskvalitet, för hälso- och sjukvården genom bättre behandlingsresultat och för hela samhället genom effektivare resursutnyttjande och ökad välfärd för befolkningen.

Framtida forskningsområden

Det finns stora kunskapsluckor beträffande de långsiktiga effekterna av olika metoder avsedda att främja fysisk aktivitet. Kunskapsluckorna gäller metodernas innehåll och utformning men också när, var, hur och av vem metoderna lämpligen ska användas för olika patienter eller grupper av patienter för att åstadkomma önskvärda effekter på kort respektive lång sikt. Framtida forskningsstudier inom området bör därför utformas på ett sätt som möjliggör långsiktig uppföljning av såväl effekter som kostnader av alternativa metoder och med beaktande även av andra relevanta aspekter, t ex etiska och sociala, inklusive sådana som rör genus och etnicitet. Under projektets gång har följande områden identifierats som särskilt angelägna för framtida forskning:

- Effekterna av olika typer av rådgivning på den fysiska aktiviteten hos olika målgrupper – på såväl kort som lång sikt. Vilket genomslag har t ex råd om måttlig daglig egenaktivitet jämfört med råd om aktiviteter av högre intensitet?

Halvsida stå 87x267

- I vad mån rådgivningens effektivitet påverkas av om det är en läkare eller någon annan, t ex distriktssköterska eller sjukgymnast, som ger råden. Är det mer effektivt att enskilda personer ger råd än om det sker i någon form av lagarbete?
- Långsiktiga effekter på själva aktivitetsnivån av fysisk träning i grupp och annan handledd träning. Det saknas objektiva och tillförlitliga mätinstrument för att mäta förändringen av aktivitetsnivån, långtidsuppföljningar för att studera effekten varaktighet liksom studier för att klargöra om det har någon betydelse vem som leder träningen.
- Jämförande studier av olika beteendeförändringsteorier och långsiktiga interventionsstudier. Sådan forskning kan också studera vilka komponenter i de olika teorierna som bäst främjar förändrat beteende.
- Överföring av forskningsresultat till kliniskt fungerande verkligheter (translationsforskning). Kan utveckling av modern teknik, t ex Internetbaserade datorstöd, bidra till att vidmakthålla beteendeförändring?
- Skolbaserade interventioner som riktar sig till de mest inaktiva grupperna, där den potentiella hälsovinsten är störst. Genusperspektivet bör vara tydligt eftersom tidigare forskning visat att det finns skillnader i aktivitetsnivå mellan pojkar och flickor. Kunskap saknas även om vilka metoder som är mest effektiva för olika åldersgrupper.
- Långsiktiga interventionsstudier för att undersöka vilka metoder som är bäst för att öka den fysiska aktiviteten hos barn inom barnhälsovården eller sjukvården.
- Hälsoekonomiska studier rörande kostnader och effekter av olika metoder eller kombinationer av metoder för att främja fysisk aktivitet.
- Kartläggning av hinder (motkrafter) för en bredare satsning på främjande av fysisk aktivitet och på analys av hur sådana kan förebyggas eller undanröjas.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Metoder för att främja fysisk aktivitet: en systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2006. SBU-rapport nr 181.
2. Powell KE, Thompson PD, Caspersen CJ, Kendrick JS. Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annu Rev Public Health.* 1987;8:253-87.
3. Physical activity and health: A report of the Surgeon General. Atlanta, (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
4. World Health Report. Geneva: World Health Organization (WHO); 2002.
5. Wannamethee SG, Shaper AG. Physical activity and cardiovascular disease. *Semin Vasc Med.* 2002; 2(3):257-66.
6. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2003;10(4):S1-S78.
7. Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of diseases attributed to selected major risk factors. Volume 1. Geneva: World Health Organization (WHO); 2004.
8. Folkhälsorapport 2005. Sos 2005-111-2. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
9. Shephard RJ, Balady GJ. Exercise as cardiovascular therapy. *Circulation.* 1999;99(7):963-72.
10. Vanhees L, Lefevre J, Philippaerts R, Martens M, Huygens W, Troosters T, et al. How to assess physical activity? How to assess physical fitness? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2005;12(2):102-14.
11. Hoffmann B. Toward a procedure for integrating moral issues in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care.* 2005; 21(3):312-8.
12. Fyss - Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) i samarbete med Statens folkhälsoinstitut; 2003. FHI Rapport nr 2003:44.