

Utvärdering av Sörmlands metod Fysisk aktivitet på recept (FaR) med digital ingång



Tack!

Vi vill rikta ett stort tack för möjligheten att vi fick utvärdera FaR digitalt i Sörmland. Vi vill också särskilt tacka alla er som har bidragit med åsikter och erfarenheter till utvärderingen, som kontaktpersoner för FaR, förskrivare och patienter. Ett varmt tack även till Eva-Lena Kohn, Hälsovalsstaben vid Region Sörmland, och Malin Rytter som var forskningsassistent i utvärderingen.

Om utvärderingsrapporten

FoU i Sörmlands utvärderingsrapporter beskriver en utvärdering av befintlig kunskap t ex projekt, och delprojekt. Utvärderingsrapporter kvalitetsgranskas av FoU-medarbetare (som inte är författare) med kunskap i ämnet.

Författare

Anna Åkerberg & Serena Bauducco

Datum och ort

2026-03-23 Eskilstuna

Sammanfattning

FoU i Sörmland (FoUIS) har haft i uppdrag att genomföra en länsövergripande utvärdering av FaR (Fysisk aktivitet på recept) digital ingång i Sörmland. Utvärderingen har genomförts med både kvantitativ och kvalitativ metod. Syftet med utvärderingen var att kartlägga användningen av FaR med digital ingång, i Sörmland, samt att utvärdera resultaten från en grupp vuxna (>18 år) som har skickat en förfrågan om FaR digitalt, fått det förskrivet och därmed använt FaR. För att ge svar på utvärderingens frågeställningar, samlade vi in data via patientenkäter, FaR-förteckningar och intervjuer med FaR-kontaktpersoner/förskrivare.

Användningen av FaR digital ingång i Sörmland var begränsad under utvärderingsperioden. Totalt skickade 59 personer en förfrågan om FaR digitalt under fem månader, med en förskrivningsgrad på cirka 60 procent. Förfrågningarna var jämnt fördelade geografiskt över två av tre av Sörmlands länsdelar, men dokumentationen som kom in var ofullständig och flera vårdcentraler uppgav att de inte arbetade med FaR digital med ingång. Elva patienter besvarade baslinjeenkäten och sex respektive fem patienter besvarade enkäterna vid 3- och 6-månadersuppföljningen, vilket innebär att de kvalitativa resultaten bör tolkas med försiktighet. De patienter som besvarade baslinjeenkäten var huvudsakligen medelålders kvinnor, ofta med övervikt eller fetma och långvariga hälsoproblem som påverkade vardagsfunktionen. Vid uppföljningen, var patienterna överlag positiva till att ha fått FaR, men upplevelserna av individanpassning och delaktighet varierade. Förskrivare beskrev att FaR med digital ingång främst når patienter som redan är relativt motiverade och fysiskt aktiva, medan personer med mer komplexa livssituationer är svårare att nå och stödja. Uppföljning framstod som central för följsamhet och varaktig beteendeförändring, men genomfördes oregelbundet och utan tydlig systematik. Digitala uppföljningar upplevdes som tillgängliga, medan fysiska möten ansågs mer effektiva för motivationen. Förskrivarnas erfarenheter präglades av både förhoppningar och betydande organisatoriska utmaningar, inklusive hög arbetsbelastning, varierande kunskap om FaR med digital ingång och bristande strukturer för implementering. Resultaten visar på stora variationer i målgrupp, arbetssätt och tillämpning mellan verksamheter, vilket påverkar både räckvidd och tolkning av effekter.

Sammantaget framstår FaR med digital ingång i Sörmland som ett verktyg med potential att bidra till en mer hälsofrämjande primärvård, men där genomslag och jämlikhet i praktiken är starkt beroende av hur man definierar vem som förskrivs FaR, gemensamma arbetssätt och organisatoriskt stöd. Rapporten presenterar därför ett antal rekommendationer för den fortsatta utvecklingen av FaR med digital ingång i Sörmland (läs mer detaljer om rekommendationerna i slutet av rapporten):

Rekommendationer

Utifrån verksamheten

- ✓ Tydligare förankring i verksamheterna
- ✓ Mer likartade arbetssätt
- ✓ Minskad administrativ belastning och tydligare arbetsflöden
- ✓ Långsiktiga förutsättningar för hållbar implementering

Utifrån patienter

- ✓ Vidareutveckling av den digitala ingången utifrån patientens behov
- ✓ Ökad kännedom och tillgänglighet för invånarna

Utifrån andra kontextuella faktorer

Utforskande utveckling av samverkan med aktivitetsarrangörer

Innehåll

Sammanfattning	1
Bakgrund och uppdrag	4
Utvärderingens syfte	6
Metod	6
Utvärderingsmodell.....	6
Beskrivning av målgrupper.....	7
Beskrivning av utvärderingsprocessen	8
Datainsamling och genomförande	8
Baslinjeenkät patient.....	10
Uppföljande enkäter till patienter (tre och sex månader)	10
FaR-förteckning	10
Intervju med förskrivare	10
Etiska ställningstaganden.....	10
Analys	11
Baslinjeenkät patient.....	11
Uppföljande enkäter till patienter (tre och sex månader)	11
FaR-förteckning	12
Intervju med förskrivare	12
Resultat.....	12
Frågeställning 1:	12
Frågeställning 2:.....	15
Patientperspektiv.....	15
Förskrivarperspektiv.....	16
Frågeställning 3:.....	18
Patientperspektiv.....	18
Förskrivarperspektiv.....	21
Frågeställning 4:.....	23
Före förskrivning.....	23
Efter förskrivning	23
Frågeställning 5	25
Inledande fråga: Vad hade ni för förväntningar på FaR med digital ingång, när det infördes (nov-23)?...	25
Fråga 1: Vad tycker ni om FaR med digital ingång?.....	26
Fråga 2: Under rekryteringsperioden, var det inte så många som skickade en förfrågan om FaR digitalt. Vad tror ni att det beror på?	28
Fråga 3: Baserat på de erfarenheter ni har av FaR med digital ingång, vad ser ni för möjligheter för FaR med digital ingång i framtiden?	29
Öppen fråga: Förbättringsförslag?	31
Diskussion.....	34
Metoddiskussion.....	34
Resultatdiskussion	35
Rekommendationer.....	36
Referenser	38
Bilaga 1 - Baslinjeenkät.....	39
Bilaga 2 – Uppföljande enkät	44
Bilaga 3 – FaR-förteckning	50
Bilaga 4 - Intervjuguide.....	51

Bakgrund och uppdrag

I Sverige pågår just nu fler parallella initiativ där fokus för hälso- och sjukvården förflyttas från det patogena perspektivet till mer salutogent perspektiv, genom mer fokus på hälsofrämjande arbete. Exempel på detta är den nationella omställningen till en god och nära vård, där en av komponenterna är att ”arbeta proaktivt och hälsofrämjande”. I Region Sörmland tillämpas en gemensam målbild för nära vård, där ett fokusområde är ”hälsofrämjande och förebyggande”. Region Sörmland arbetar också efter visionen att:

I Sörmland lever alla ett rikt och meningsfullt liv, där vi vill skapa jämlika möjligheter för både medarbetare och invånare att växa. Vi är en tillgänglig Region som varje dag förbättrar livskvaliteten för alla som bor och verkar i Sörmland. Vi är en pålitlig samhällsaktör som använder våra resurser för en positiv utveckling i ett välmående län. Tillsammans finns vi här när det bästa händer och när det värsta inträffar. Genom hela livet i hela Sörmland.

(Region Sörmland 2025).

Enligt enkätundersökningen Liv & Hälsa för år 2022, uppgav 67 procent av invånarna i Sörmland att det allmänna hälsotillståndet är bra eller mycket bra. Statistiken visar också att 29 procent har högt blodtryck, och från 2004 till 2022 ses även en ökande trend i Sörmland vad gäller övervikt och fetma, för både kvinnor och män. Mot denna bakgrund framhåller Världshälsoorganisationen (WHO; figur 1) fysisk aktivitet som en central förebyggande faktor och rekommenderar att vuxna är fysiskt aktiva i minst 150–300 minuter per vecka på måttlig intensitet, eller 75–150 minuter på hög intensitet, kompletterat med muskelstärkande aktiviteter minst två dagar per vecka, samt att långvarigt stillasittande begränsas och ersätts med vardagsrörelse när så är möjligt.

Figur 1. Rekommenderad fysisk aktivitet enligt Världshälsoorganisationen (WHO).



Det är väl känt att fysisk aktivitet är bra för hälsan och har positiv effekt på en mängd sjukdomstillstånd. I Sverige används fysisk aktivitet som behandlande, rehabiliterande, förebyggande och hälsofrämjande insats på olika sätt, till exempel som skriftlig ordination via

hälso- och sjukvården, så kallad Fysisk aktivitet på recept, även kallat FaR. Metoden FaR är etablerad i Sverige sedan år 2001, påvisar goda resultat och har nu implementerats i nio länder i Europa (Onerup, Arvidsson & Blomqvist, 2019). FaR är en metod där hälso- och sjukvården ordinerar fysisk aktivitet som en del av en behandling eller förebyggande insats för personer som behöver öka sin aktivitetsnivå för att förbättra eller förebygga ohälsa. Metoden FaR bygger på fem komponenter, där tre utgör själva kärnan i behandlingen (individuellt rådgivande samtal, skriftlig ordination och uppföljning) och två utgör mer metodstöd (FYSS; Evidensbaserat kunskapsstöd och samverkan med aktivitetsarrangörer) (Kallings et al., 2021). Metoden bygger på samtal mellan vårdgivare och patient om individens nuvarande aktivitetsvanor, förutsättningar och mål, och leder till en skriftlig ordination av lämplig fysisk aktivitet som är anpassad till personens situation. FaR kan omfatta en mängd olika aktiviteter, till exempel promenader, cykling, simning, gymträning eller annan rörelse i vardagen. Uppföljning sker utifrån behov för att utvärdera utvecklingen och vid behov justera ordinationen. Syftet är att främja regelbunden fysisk aktivitet som komplement eller alternativ till medicinska behandlingar, eftersom ökade aktivitetsnivåer har starka bevisade positiva effekter på både fysisk och psykisk hälsa (Onerup, Arvidsson & Blomqvist, 2019; 1177 Vårdguiden, 2025).

FaR är aktuellt nationellt just nu, i och med olika nationella uppdrag. Regeringen gav våren 2023 Socialstyrelsen uppdraget att fördela medel, stödja ökad ordination och främja följsamhet av FaR, och tillsammans med Folkhälsomyndigheten fick de uppdraget att följa regionernas arbete med metoden. Syftet med uppdraget var att sträva mot en jämlik användning av FaR nationellt. Slutredovisningen av uppdraget visar att ordinationen av FaR inom primärvården har ökat under åren 2022–2024. Antalet uppföljningar av FaR har ökat men nivån är fortfarande låg. Det görs mycket arbete med FaR – men det är fortfarande stor variation mellan Sveriges regioner (Folkhälsomyndigheten, 2025). E-hälsomyndigheten har också haft i uppdrag att utarbeta ett statligt stöd för FaR för att standardisera och strukturera information om fysisk aktivitet, utveckla ett digitalt kunskapsstöd och en digital aktivitetskatalog som ska stödja ökad förskrivning, uppföljning och en mer jämlik ordination av fysisk aktivitet på recept (E-hälsomyndigheten, 2025).

I Sörmland förskrivs i genomsnitt cirka 300 FaR per år. Region Sörmland bedrev ett pilotprojekt under vintern 2022/2023, där man testade FaR med digital ingång. Det unika med denna pilot var att invånaren själv, på eget initiativ, kunde göra en förfrågan digitalt om att få FaR för att komma i gång med fysisk aktivitet i hälsofrämjande syfte. FaR digital ingång innebär att patienten själv skickar in en förfrågan om FaR till sin vårdcentral via en digital ingång (till exempel via 1177 och Vårdkontakt Direkt). Till skillnad från sedvanlig FaR, där vårdpersonalen tar initiativet, ökar detta tillgängligheten till metoden, medan den fortsatta processen i huvudsak följer ordinarie FaR-rutiner. Efter förfrågan hanteras ärendet av FaR-samordnare vid vårdcentralen som lämnar över till en behandlare (vid mindre vårdcentraler samma person) som kontaktar patienten för ett första obligatoriskt möte, som kan genomföras fysiskt eller digitalt. Därefter sker förskrivningen enligt sedvanlig FaR-rutin på respektive vårdcentral.

Resultaten från piloten blev positiva, och därmed beslutades att FaR med digital ingång skulle implementeras i Sörmland från slutet av november 2023 (beslut Hälsovalsenheten Region Sörmland). Målgruppen för implementeringen var vuxna (>18 år), som bor i Sörmland och tillhör någon av de 31 vårdcentralerna i Sörmland. Syftet med breddinförandet var att öka nivån av fysisk aktivitet och att minska stillasittandet, vilket i sin tur främjar hälsan för invånarna i Sörmland.

Region Sörmland kontaktade FoU i Sörmland (FoUis) för att diskutera hur FaR med digital ingång skulle kunna utvärderas. Detta resulterade i att forskare vid FoUis fick i uppdrag att genomföra en

länsövergripande utvärdering av resultaten av FaR med digital ingång. Denna utvärdering kan vara betydelsefull för både patienter och medarbetare inom hälso-och sjukvården, genom att bidra med ökad kunskap, ökad förskrivning av FaR, ökad nivå av fysisk aktivitet, vidareutveckling av metoden FaR samt i ett längre perspektiv bidra till förbättrad hälsa för invånarna i Sörmland.

Utvärderingens syfte

Syftet var att kartlägga användningen av FaR med digital ingång i Sörmland samt att utvärdera resultaten från en grupp vuxna (>18år) som skickat förfrågan om FaR digitalt, fått det förskrivet och därmed använt FaR.

Vetenskapliga frågeställningar:

1. I hur stor omfattning använder målgruppen vuxna (>18 år) FaR digitalt vid de 31 Vårdcentralerna i Sörmland?
2. Vad karaktäriserar målgruppen som skickar förfrågan om FaR digitalt?
3. Hur är deltagandet vid uppföljningarna (3 och 6 mån efter förskrivning), och hur ser följsamheten ut för patienterna över tid (dvs. utförs och vidmakthålls förskriven fysisk aktivitet)?
4. Vilka uppfattningar/åsikter och förbättringsförslag har målgruppen om metoden FaR som de har förskrivits?
5. Vilka är förskrivarnas erfarenheter och synpunkter av FaR med digital ingång?

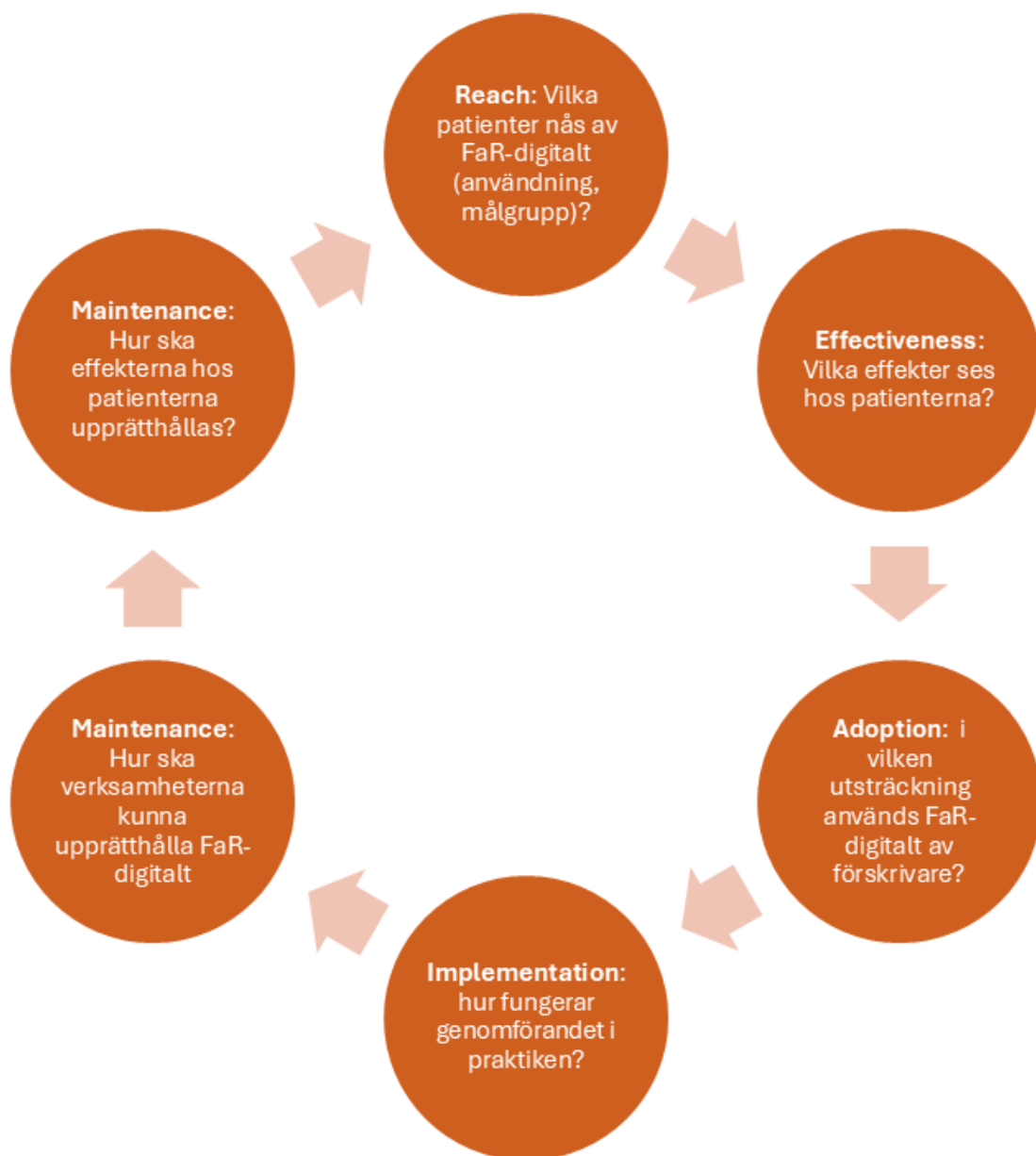
Metod

Följande avsnitt beskriver hur utvärderingen genomfördes, och utvärderingens målgrupper, ger mer detaljerad information om datainsamlingen samt hur insamlade data analyserades. Avsnittet innehåller även etiska ställningstaganden som anses relevanta för utvärderingen och dess resultat.

Utvärderingsmodell

Utvärderingen av FaR med digital ingång har huvudsakligt fokus på de tre komponenterna som utgör kärnan i behandlingen (individuellt rådgivande samtal, skriftlig ordination och uppföljning). Utvärderingen är en kombinerad process- och effektutvärdering som syftar till att kartlägga användningen av FaR med digital ingång samt att utvärdera dess resultat och upplevda effekter hos patienter, i kombination med en analys av FaR-förskrivares erfarenheter av metoden. Utvärderingsmodellen RE-AIM (Glasgow 1999, se figur 2).

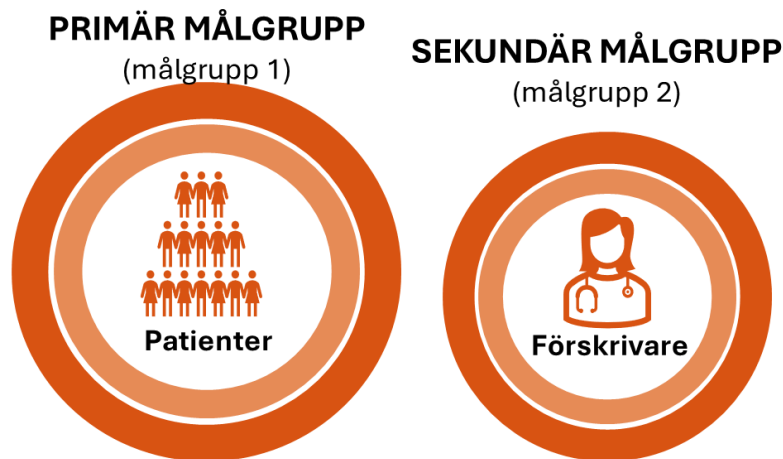
Figur 2. RE-AIM-ramverket applicerat på FaR med digital ingång (egen bearbetning av originalfigur av Glasgow et al., 1999).



Beskrivning av målgrupper

Den primära målgruppen (målgrupp 1), se figur 2, består av alla vuxna invånare (över 18 år), oberoende av hälsotillstånd, som bor i Sörmland och tillhör någon av de 31 vårdcentralerna (VC). Dessa invånare har rätt att göra en förfrågan om FaR digitalt. De invånare som ingår i målgruppen, som under rekryteringsperioden (9 september 2024 – 9 februari 2025) skickade en förfrågan om FaR digitalt, tillfrågades att delta i utvärderingen. I rapporten kallas den primära målgruppen för patienter. Den sekundära målgruppen (målgrupp 2), se figur 2, består av förskrivare av FaR från de 31 vårdcentralerna i Sörmland. I rapporten omfattar den sekundära målgruppen både förskrivare och kontaktpersoner för FaR/FaR-samordnare. Majoriteten av kontaktpersoner/FaR-samordnare är fysioterapeuter.

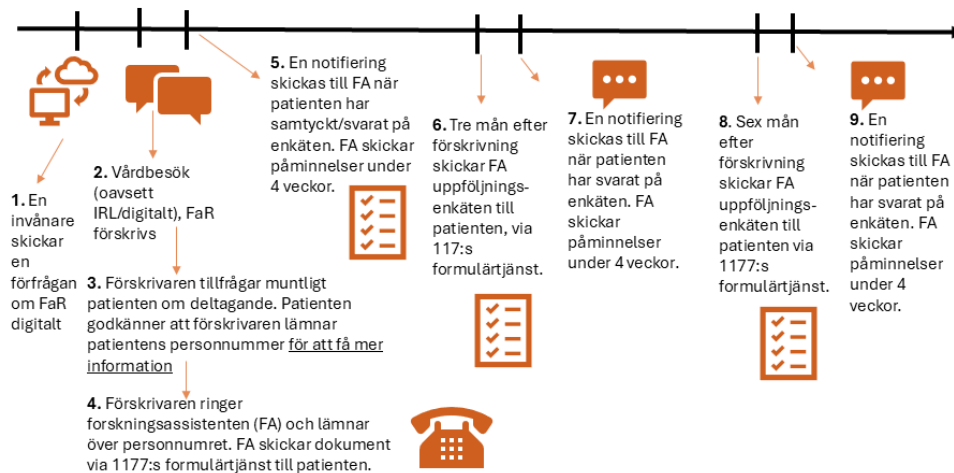
Figur3. Illustration av utvärderingens målgrupper.



Beskrivning av utvärderingsprocessen

Processen för hur utvärderingen gick till beskrivs stegvis i figur 4. Processen inleds med att en invånare som tillhör målgruppen, gör en förfrågan om FaR digitalt.

Figur 4. Beskrivning av processens genomförande, steg för steg, från att en invånare som tillhör målgruppen gör en förfrågan om FaR digitalt, till rekrytering och när data samlas in gällande patienter.

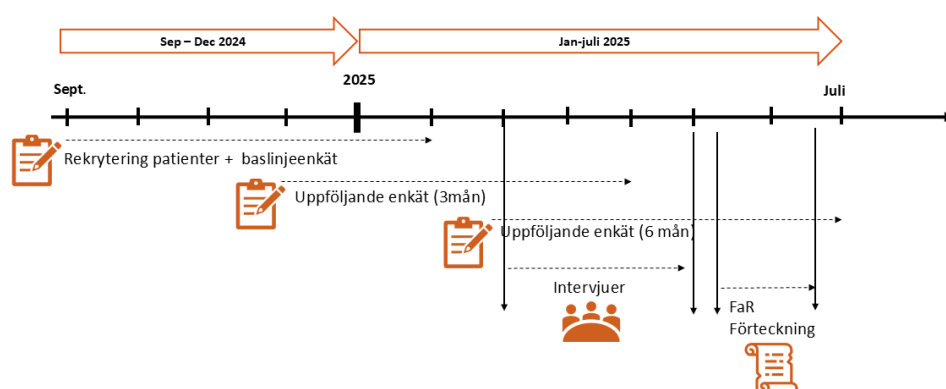


I processen fanns en forskningsassistent (FA) som tillhörde Region Sörmland, som administrerade rekryteringen och inhämtandet av samtycken samt datainsamlingen med enkäter till patienterna. Efter att en patient godkände att få mer information om utvärderingen, och FA fått patientens personnummer levererat från förskrivaren, skickade FA ut samtycke samt enkäter via 1177:s formulärtjänst, se figur 4. När patienten samtyckt till att delta skickades en notifiering till FA via systemet i 1177, och patienten räknades därmed som rekryterad till utvärderingen. FA ansvarade för kodnyckeln, dvs att ge varje rekryterad patient en ID-kod, som användes på den pseudonymiserade data som levererades till forskarna.

Datainsamling och genomförande

Datainsamlingen skedde under perioden september 2024 till och med juli 2025. Figur 5 illustrerar en tidslinje och ska ge en överskådlig bild över när respektive data samlades in.

Figur 5. Tidslinje med överskådlig beskrivning av när respektive data samlades in.



Utvärderingen omfattade insamling av tre olika former av data från de två målgrupperna, se tabell 1 för en överskådlig beskrivning av data.

Tabell 1. Överskådlig beskrivning av insamling av data.

Målgrupp	Form av data	Omfattning / antal frågor	Respondent	Samlas in när	Beskrivning
Patienter (Primär målgrupp)	<i>Baslinjeenkät</i> (se bilaga 1)	Max 21 frågor (beroende på svar ja/nej)	Rekryterade patienter	Precis efter förskrivning av FaR	Digitalt via 1177, 10–15 min, frivilligt att besvara
	<i>Uppföljande enkät (3 mån)</i> (se bilaga 2)	Max 16 frågor (beroende på svar ja/nej)	Rekryterade patienter som svarat på baslinjeenkät	3 mån efter baslinjeenkäten	Digitalt via 1177, 10–15 min, frivilligt att besvara.
	<i>Uppföljande enkät (6 mån)</i> (se bilaga 2)	Max 16 frågor (beroende på svar ja/nej)	Rekryterade patienter, svarat på två tidigare enkäterna	6 mån efter baslinjeenkäten	Digitalt via 1177, 10–15 min, frivilligt att besvara. Likadan som första uppföljande enkäten
Förskrivare (Sekundär målgrupp)	<i>FaR Förteckning</i> (se bilaga 3)	Dokumentation förfrågningar FaR digitalt	Kontaktpersoner FaR Digitalt ansvarar för dokumentation	Maj-Juni 2025	Digital / analog. Information som inte kan samlas in på annat sätt
	<i>Intervjuer</i> (se bilaga 4)	Totalt 9 intervjuer med 11 personer	Kontaktpersoner för FaR Digitalt / Förskrivare	Mars-maj 2025	Digitalt via Teams. 30–60 minuter, frivilligt att delta. Två intervjuare.

Baslinjeenkät patient

Syftet med baslinjeenkäten var att ta reda på utgångsläget innan patienten började använda sitt FaR. Enkäten samlade in uppgifter om patienten och hens bakgrund (till exempel kön och ålder), nivå av fysisk aktivitet och hälsa (till exempel hur hen rör sig, mående, läkemedel), upplevelser av hälso-sjukvården i samband med förskrivning av FaR (till exempel bemötande), samt uppgifter om patientens FaR-förskrivning (till exempel varför förskrevs FaR) (se bilaga 1).

Uppföljande enkäter till patienter (tre och sex månader)

Syftet med de två uppföljande enkäterna (som var likadana) var att studera följder, effekter och följsamhet av FaR över tid, och dessa skickades därför ut cirka tre och sex månader efter att patienten förskrevs FaR. De uppföljande enkäterna ställde delvis samma frågor som baslinjeenkäten, till exempel om nivå av fysisk aktivitet och om upplevelser av hälso- och sjukvården i samband med förskrivningen av FaR. De uppföljande enkäterna innehöll dessutom några behandlingsrelaterade frågor, som till exempel om patienten hade haft uppföljningsbesök, om patienten följer förskrivningen samt patientens åsikter om metoden. Se bilaga 2.

FaR-förteckning

Syftet med FaR-förteckningen var att få en bild över antalet eller omfattningen av förfrågningar av FaR digital ingång under utvärderingen. FaR-förteckningen efterfrågade uppgifter som ansågs relevanta att ta reda på men som inte kunde samlas in på annat sätt (se bilaga 3). Förteckningen utgörs av en tabell där dokumentation fördes under hela utvärderingsperioden, och som FaR-samordnare vid respektive VC ansvarade för. Alla vårdcentraler i Sörmland ombads att fylla i och skicka in en varsin FaR-förteckning.

Intervju med förskrivare

Under utvärderingens gång togs beslut om att komplettera data med intervjuer (läs mer i avsnittet Etiska ställningstaganden). Tanken med att intervjua förskrivare/FaR-samordnare var att få deras perspektiv, åsikter och erfarenheter av metoden FaR med digital ingång. Förfrågan med informationsbrev skickades ut till samtliga FaR-samordnare (31, dvs 1 FaR-samordnare/VC) och tider bokades in via mejl. Intentionen var att genomföra gruppintervjuer men på grund av dålig återkoppling från förskrivare bokades även enskilda intervjuer in, samt att vissa intervjuer blev lite kortare. Intervjuerna skedde digitalt via Microsoft Teams. Den ena utvärderaren modererade och båda ställde följdfrågor. Under intervjuerna användes en intervjuguide (se bilaga 4).

Etiska ställningstaganden

Insamlingen av samtliga data samt bearbetning och analys av det insamlade materialet genomfördes i enlighet med det etiska tillståndet från Etikprövningsmyndigheten (Diarienummer: 2023-08047-01, beslut 2024-02-26, och diarienummer: 2024-03827-02, ändringsbeslut 2024-07-01). Utvärderingen har följt de etiska principerna i Helsingforsdeklarationen som lyfter skyddet för den enskilde människan och respekten för människovärdet (World Medical Association, 1996), samt följer Dataskyddsförordningen (GDPR). Deltagarna fick både muntlig och skriftlig information om utvärderingen och samtyckte digitalt.

Flera avvägningar gjordes avseende hur resultaten presenteras i denna rapport. Detta främst på grund av det låga antalet rekryterade patienter, och för att det inte skulle finnas risk för etisk problematik i form av risken att dessa kan känna sig utpekade. Resultaten från utvärderingen (främst de kvantitativa) bör tolkas med försiktighet, och kan därmed inte generaliseras till hela

befolkningen i Sörmland. Resultaten från patientenkäterna kan möjligen ge indikationer, men kräver större populationer för att kunna dra tillförlitliga slutsatser.

På grund av den låga svarsfrekvensen i utvärderingen, presenteras resultat från FaR-förteckningen för olika länsdelar; Norra, Västra och Södra (se figur 6). Detta för att inte någon specifik verksamhet eller kommun ska känna sig utpekad, oavsett om verksamheten eller kommunen har deltagit aktivt eller inte i utvärderingen.

Figur 6. Indelning av Sörmland i Norra, Västra och Södra länsdelen. Norra = Eskilstuna och Strängnäs. Västra = Katrineholm, Flen och Vingåker. Södra = Gnesta, Nyköping, Oxelösund och Trosa.



På grund av det låga deltagande av patienter beslutades det att komplettera data i utvärderingen även med intervjuer, vilka inte innehöll någon känslig information. Därför bedömdes dessa intervjuer inte kräva etikgodkännande från EPN. Deltagarna informerades dock om syftet både muntligt och skriftligt och godkände inspelningen för analys muntligt i samband med intervjun.

Intervjuerna avser frågeställning 5, vilken lades till under utvärderingens gång som ett komplement till den kvantitativa datan. De kvalitativa intervjuerna med FaR-samordnare och förskrivare låg dessutom i linje med medarbetarnas önskemål om att inkludera ett medarbetarperspektiv i utvärderingen, vilket framkom under planeringsmötena.

Analys

Följande avsnitt beskriver hur all insamlad data har bearbetats och analyserats.

Baslinjeenkät patient

Insamlade baslinjeenkäter sammanställdes i Excel och analyserades med deskriptiv statistik. I rapporten presenteras resultaten på individ- och gruppnivå i form av absoluta frekvenser (antal), relativa frekvenser (%) och i vissa fall genomsnitt, median och min-/max-värden. Data illustreras också som cirkeldiagram och stapeldiagram.

Uppföljande enkäter till patienter (tre och sex månader)

Insamlade uppföljningsenkäter sammanställdes i Excel och analyserades med deskriptiv statistik. I rapporten presenteras resultaten på individ- och gruppnivå i form av absoluta frekvenser (antal), relativa frekvenser (%) och genomsnitt. Viss data illustreras också som cirkeldiagram och stapeldiagram.

FaR-förteckning

Insamlade FaR-förteckningar sammanställdes i Excel, i en frekvenstabell (absolut frekvens). I rapporten presenteras data från FaR-förteckningar på gruppnivå i absoluta och relativa frekvenser, i tabeller, figurer och cirkeldiagram.

Intervju med förskrivare

Samtliga intervjuer spelades in via Microsoft Teams och transkriberades i sin helhet. Materialet analyserades med tematisk analys (Braun & Clarke 2006). Transkriptionerna lästes igenom upprepade gånger för att skapa en helhetsförståelse, varefter materialet kodades induktivt. Kodningen genomfördes initialt av en analytiker och förankrades genom löpande diskussioner med en andra analytiker (rapportens författare). Koder med liknande innehåll grupperades därefter till preliminära kategorier och teman, vilka diskuterades och reviderades i dialog mellan analytikerna. Denna process resulterade i ett antal övergripande teman som speglar förskrivarnas erfarenheter av FaR digital ingång, vilka presenteras i tabeller under respektive frågeställning i resultatavsnittet.

Resultat

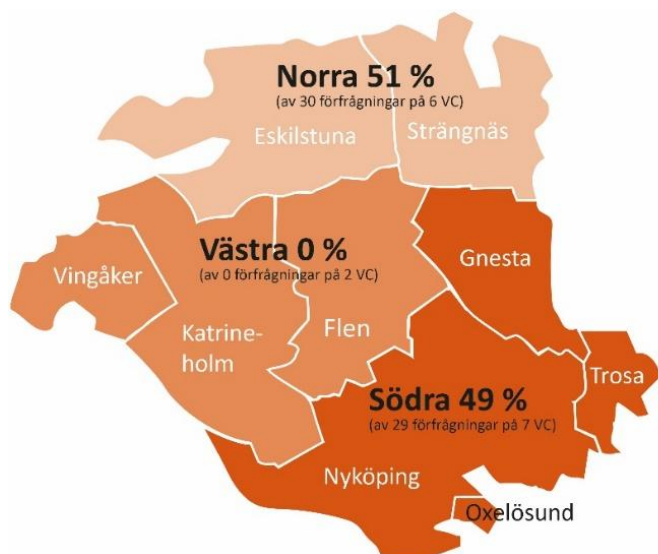
Resultatet redovisas för en frågeställning i taget. För en del frågeställningar är resultatet indelat i flera delavsnitt och presenteras utifrån fler perspektiv och olika insamlade data.

Frågeställning 1:

I hur stor omfattning använder målgruppen vuxna (>18 år) FaR digitalt vid de 31 Vårdcentralerna i Sörmland?

Under utvärderingen skickades totalt 15 FaR-förteckningar in från vårdcentralerna i Sörmland. FaR-förteckningarna visar att totalt 59 förfrågningar om FaR digitalt kom in under utvärderingens rekryteringsperiod och av dessa fick 36 FaR förskrivet. Andelen inrapporterade förfrågningar av FaR digitalt är jämnt fördelade mellan den norra och södra länsdelen, medan noll/inga förfrågningar rapporterades i den västra länsdelen (se figur 7).

Figur 7. Andel förfrågningar (antal förfrågningar, antal VC som rapporterat FaR-förteckning), av FaR med digital ingång, under utvärderingen, presenterat per länsdel.



Tabell 2 beskriver antalet VC för respektive länsdel, beskriver antal VC som utvärderingen inte fått kontakt med, antal VC som inte jobbar med FaR samt mer detaljer om inkomna FaR-förteckningar (FF) per länsdel.

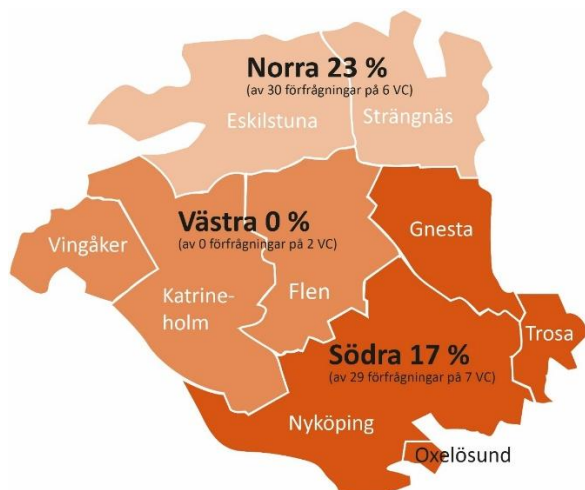
Länsdel	Ort	Antal Vårdcentraler (VC)	Antal VC / länsdel	Antal VC ej kontakt /svar (a)	Antal VC ej jobbar med FaR digitalt (b)	Antal inkomna FaR-förteckningar (FF)	Andel inkomna FF / länsdel	Andel inkomna FF /länsdel med 0 (noll) förfrågningar
Norra	Eskilstuna	10	14	4	--	6	43 %	17 % (1/6)
Norra	Strängnäs	4	14	3	1	6	43 %	17 % (1/6)
Västra	Katrineholm	3	7	3	--	2	29 %	100 % (2/2)
Västra	Flen	3	7	2	2	2	29 %	100 % (2/2)
Västra	Vingåker	1	7	--	--	2	29 %	100 % (2/2)
Södra	Gnesta	2	10	--	1	7	70 %	29 % (2/7)
Södra	Nyköping	6	10	4	1	7	70 %	29 % (2/7)
Södra	Oxelösund	1	10	--	--	7	70 %	29 % (2/7)
Södra	Trosa	1	10	--	--	7	70 %	29 % (2/7)
TOTALT	9	31	31	16	5	15		5

Tabell 2. Beskrivning av antalet VC, kontaktfrekvens, prioriteringsfrekvens samt fler detaljer om inkomna FF per länsdel. (a) = betyder att VC inte varit aktiv i utvärderingen, dvs har inte deltagit på möten och/eller intervjuer och/eller lämnat in FaR förteckning. (b) = betyder att person tydligt uppgett att VC inte jobbar med FaR digitalt, att det inte är infört/implementerat på den VC alternativt att det inte är prioriterat.

Tabellen visar att den södra länsdelen har högst andel inkomna FF, samt att den västra länsdelen har högst förekomst av FF med noll/inga förfrågningar.

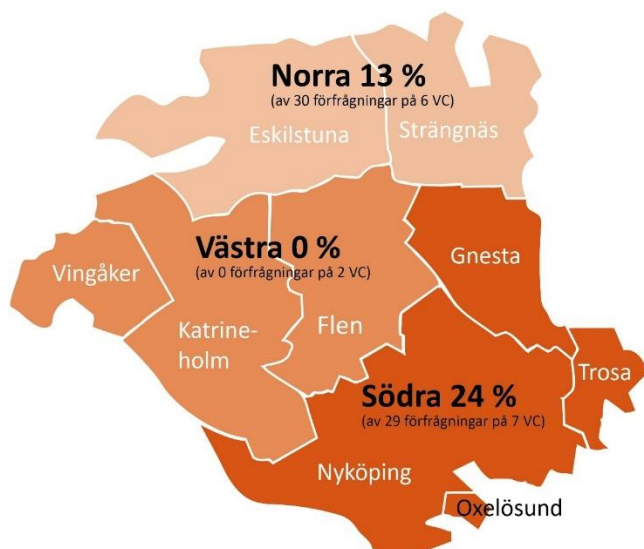
FaR-förteckningarna visar att av det totala antalet som har skickat en förfrågan om FaR digitalt, dvs 59 patienter, så har ett visst antal patienter inte varit möjliga att få kontakt med efter att de skickat en förfrågan digitalt. I den norra respektive södra länsdelen har 23 procent respektive 17 procent inte gått att få kontakt med (se figur 8).

Figur 8. Andel patienter som inte varit möjliga att få kontakt med, presenterat i procent per länsdel.



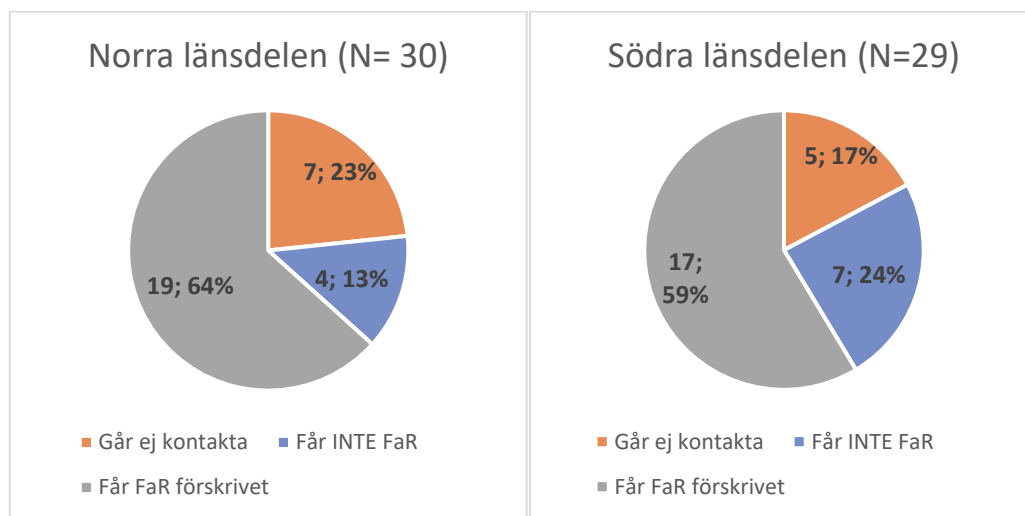
Av det totala antalet som skickat en förfrågan om FaR digitalt (59 patienter), där vården har fått kontakt med den sökande, har en viss andel inte fått FaR förskrivet, vilket beskrivs i figur 9. Figur 9 visar också att det procentuellt är fler av dem som skickat en förfrågan om FaR digitalt i den södra länsdelen som inte fått FaR förskrivet, jämfört med i den norra länsdelen.

Figur 9. Andel patienter som inte fått FaR förskrivet, presenterat i procent per länsdel.



Figur 10 visar en summerande bild över norra och södra länsdelen, vad gäller totalt antal förfrågningar om FaR digitalt för respektive länsdel, och fördelning mellan alternativen; går ej kontakta, får inte FaR och får FaR förskrivet, i både absoluta och relativa frekvenser.

Figur 10. Presentation av totalt antal förfrågningar om FaR digitalt för Norra och Södra länsdelen, samt utfall för förfrågningarna i absolut och relativ frekvens.



Figur 10 visar att förskrivningsgraden i södra respektive norra länsdelen (de som får FaR förskrivet) för dem som skickat en förfrågan om FaR digitalt, är 59 procent respektive 64 procent. Icke förskrivningsgraden, dvs de som antingen inte går att kontakta eller som inte får FaR förskrivet, är mellan 36–41 procent. Dock är andelarna för respektive nekande olika stora för norra och södra länsdelen.

Sammanfattning: Den begränsade datan (FaR-förteckningar från knappt hälften av samtliga vårdcentraler i Sörmland) indikerar att vuxna sörmlänningar använder FaR med digital ingång i relativt begränsad omfattning. Totalt skickade 59 sörmlänningar en förfrågan om FaR digitalt under utvärderingsperioden (5 mån), jämnt fördelat från norra och södra länsdelarna. Förskrivningsgraden för dem som skickade en förfrågan om FaR digitalt var omkring 60 procent.

Frågeställning 2:

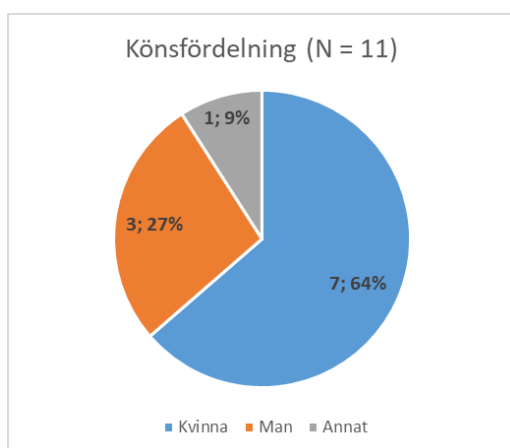
Vad karakteriserar målgruppen som ansöker om FaR digitalt?

Frågeställning två besvaras med hjälp av två olika data, och är därför indelad i två olika avsnitt; patientperspektiv (baslinjeenkät) och förskrivarperspektiv (intervjuer med förskrivare).

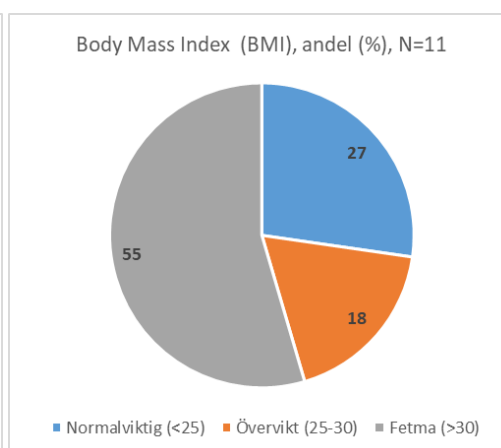
Patientperspektiv

Detta avsnitt består av demografiska fakta om målgruppen, dvs de patienter som skickade en förfrågan om FaR digitalt, och även rekryterades till utvärderingen (se figur 11 och 12).

Figur 11. Presentation av könsfördelning.



Figur 12. Body Mass Index (BMI).



De 11 patienter som svarade på baslinjeenkäten, var i genomsnitt 47 (median = 43, min = 35, max = 66) år gamla. Figur 11 och 12 visar att mer än hälften (64 %) var kvinnor, och att 73 procent av de rekryterade patienterna räknas som att överviktiga eller obesa, enligt WHO:s definition av Body Mass Index (BMI). Av de 11 patienterna var 82 procent födda i Sverige. När det gäller utbildningsnivån för dessa 11 patienter, uppgav ungefär 1/3 (27 %) att de har utbildning över tre år på universitet, och knappt hälften (46 %) att de har en 3–4 årig gymnasieutbildning.

Vid basmätningen uppgav 55 procent att deras hälsotillstånd var "någorlunda", 18 procent att de mådde bra och 27 procent dåligt. 73 procent uppgav även att de har någon form av långvarig sjukdom, besvär, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem. Av dem som uppgav ett långvarigt hälsoproblem (de 73 % ovan), uppgav samtliga ("påverkar i någon mån" = 63 %, "i hög grad" = 38 %) att dessa besvär medför att arbetsförmågan alternativt andra dagliga sysselsättningar blir nedsatt.

Förskrivarperspektiv

Förskrivarperspektivet kring vad som karakteriserar målgruppen sammanfattas i tabellen nedan (Tabell 3). Fem teman framträdde i analysen av intervjuerna, och dessa presenteras tillsammans med citat som belyser och stödjer respektive tema.

Tabell 3. Egenskaper hos patienter som skickar en förfrågan om FaR digitalt, enligt förskrivarna.

Patient egenskaper - teman	Citat
Redan aktiva	"det är de redan frälsta som söker" (intervju 1, 9)
Motivation	<i>Hög motivation redan:</i> "patienten i fråga liksom är i, i rätt riktning och liksom, har liksom bestämt sig" (intervju 2) <i>Låg motivation, försvinner:</i> "Vissa försvinner när man frågar mer djupgående" (intervju 1)

	<p>“Det är ganska många som [...] skickar in en förfrågan om att de vill ha ett digitalt FaR, men sen när man svarar, så får man inget svar.” (intervju 2)</p> <p><i>Svår grupp:</i> “man kanske är sjukskriven, man är inte en höginkomsttagare, man jobbar, ... De är inte så lätta att motivera.” (intervju 9)</p>
Ålder	<p>“relativt aktiva och äldre” (intervju 4)</p> <p>“inte alla kanske hittar den sökvägen... Det gäller ju inte alla, vi har ju 80 plussare som söker i chatten också” (intervju 5)</p> <p>“men många som är i kanske, jamen 65, 70, min upplevelse i alla fall att det är de som kanske hör av sig mest, de har ändå bra koll på vad det är” (intervju 8)</p>
Redan i kontakt med vården	<p>“ett komplement till dom som vi ändå liksom följer upp, eller som vi vet/vill tränar på egen hand” (intervju 7–8)</p> <p>“...man har varit i en vårdkontakt innan, till exempel hos läkaren, och sen har läkaren hänvisat till den här ingången” (intervju 5)</p>
Underliggande problematik	<p>“50 % har ju inte haft något underliggande överhuvudtaget” (intervju 1)</p>

Sammanfattning:

De 11 patienter som besvarade baslinjeenkäten var i medelåldern, majoriteten var kvinnor, födda i Sverige med övervikt eller fetma och varierande utbildningsnivåer. Vid basmätningen uppgav över hälften ett någorlunda hälsotillstånd och nästan tre fjärdedelar hade långvariga hälsoproblem som i samtliga fall påverkade arbetsförmåga eller andra dagliga sysselsättningar.

Enligt förskrivarna kännetecknas patienter som skickar en förfrågan om FaR digitalt ofta av att de redan är relativt fysiskt aktiva och har en hög grad av egen motivation till beteendeförändring. Samtidigt finns det patienter med mer komplexa livssituationer, en grupp som är betydligt svårare att motivera och stödja i sin beteendeförändring. Gruppen beskrivs som heterogen vad gäller ålder, men flera förskrivare beskriver att målgruppen i stor utsträckning består av äldre patienter som är vana vid vårdkontakt och har god kännedom om FaR. Digitalt FaR används ofta som ett komplement för patienter som redan är i kontakt med vården, men en betydande andel uppges sakna tydlig underliggande problematik, vilket indikerar att FaR med digital ingång fyller ett hälsofrämjande syfte.

Frågeställning 3:

Hur är deltagande vid uppföljning (tre och sex mån efter förskrivning), och hur ser följsamheten ut för patienterna över tid (dvs. utförs och vidmakthålls förskriften fysisk aktivitet)?

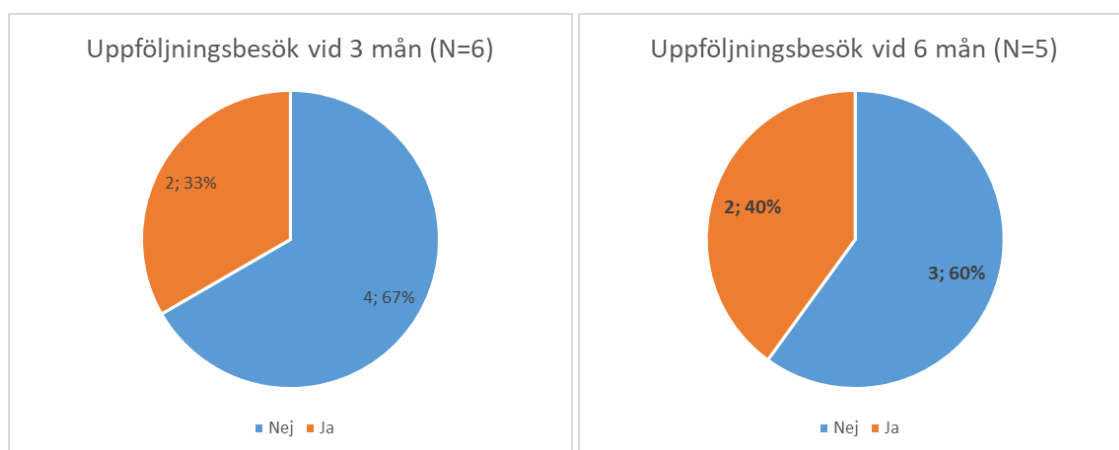
Även frågeställning tre besvaras med två olika data, och är därför indelad i patientperspektiv (enkäter) och förskrivarperspektiv (intervjuer förskrivare).

Patientperspektiv

Uppföljning

Detta avsnitt presenterar patienternas erfarenheter av uppföljning, och hämtas ifrån de två uppföljande enkäterna. På grund av lågt antal rekryterade patienter samt att svarsfrekvensen vid uppföljningar var låg, är detta avsnitt begränsat. Sex av de elva patienterna (55 %) har svarat på frågan om de har haft någon form av uppföljande besök (se Figur 13 och 14).

Figur 13 och 14. Uppföljningsbesök



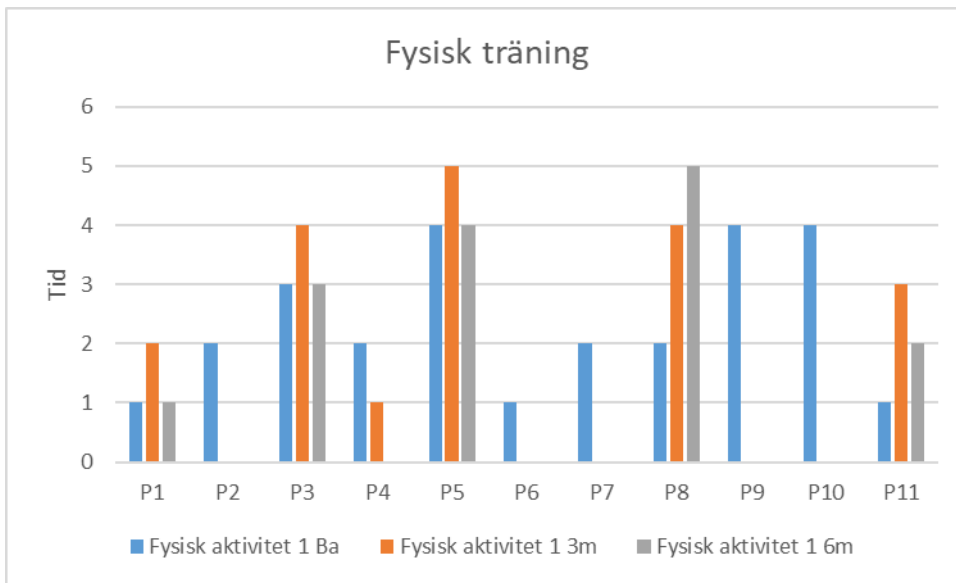
Figur 13 och 14 visar att 67 procent respektive 60 procent inte har haft uppföljande besök tre respektive sex månader efter FaR-förskrivningen.

På grund av låg svarsfrekvens (två eller färre svar) kan frågan om antal uppföljningsbesök samt om patienten upplevde antalet uppföljningsbesök anpassade efter sina behov, inte redovisas.

Beteendeförändring och vidmakthållande över tid

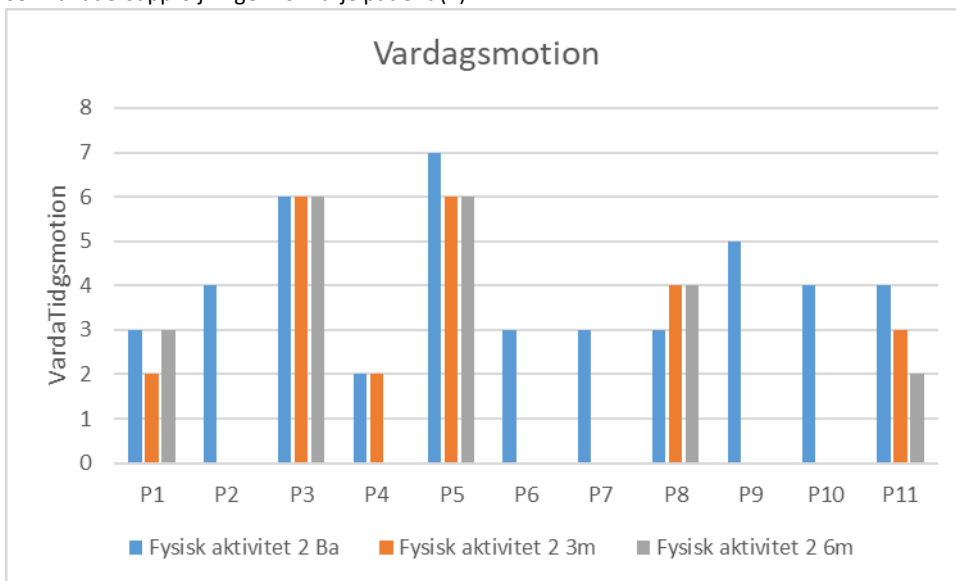
Nivån av fysisk aktivitet och stillasittande varierade stort vid baslinjen, och det är svårt att uttala sig om förändringar över tid (3 och 6 månaders uppföljning) eftersom antalet patienter är lågt (11 vid baslinjen och 5 vid uppföljning). Nivån av fysisk träning visar dock en tendens att förbättras vid tremånadersuppföljningen och återgå till baslinjenivån vid sexmånadersuppföljningen för patienterna med komplett data (se figur 15). Stillasittandet varierar stort mellan patienterna (se figur 17). Detta kan tyda på att det är en utmaning att upprätthålla beteendeförändringar, något som förskrivarna också lyfter i intervjuerna (se Tabell 4).

Figur 15. Fysisk träning som får dig att bli andfådd (till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport) vid baslinje, tremånaders- och sexmånadersuppföljningen för varje patient (P).



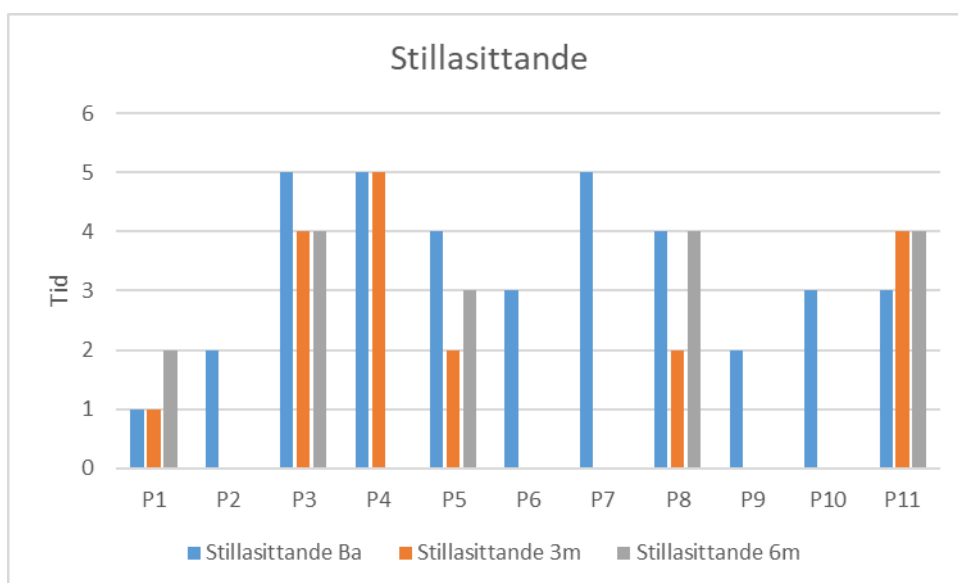
Fysisk träning 1 = 0 min, 2 = <30 min, 3 = 30–59 min, 4 = 60–89 min, 5 = 90–119 min, 6 = 2 timmar eller mer.

Figur 16. Vardagsmotion (till exempel promenader, cykling, eller trädgårdsaktiviteter) vid baslinje, tremånaders- och sexmånadersuppföljningen för varje patient (P).



Vardagsaktiviteter: 1 = 0 min, 2 = <30 min, 3 = 30–59 min, 4 = 60–89 min, 5 = 90–149 min, 6 = 150–299 min, 7 = 5 timmar eller mer.

Figur 17. Stillasittande vid baslinje, tremånaders- och sexmånadersuppföljningen för varje patient (P).



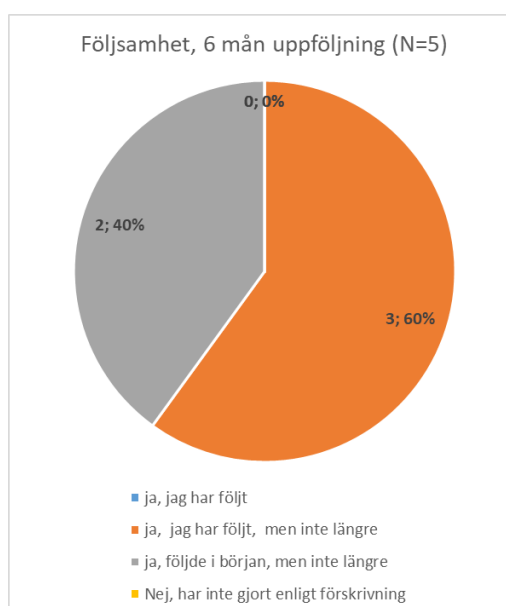
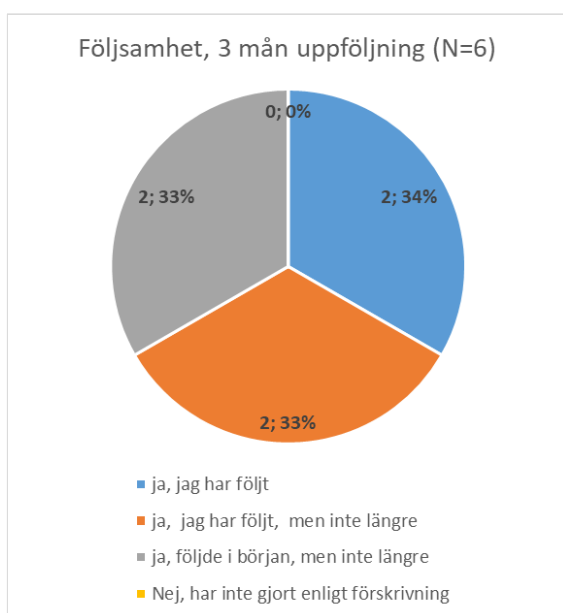
Stillasittande 6 = >12 timmar, 5 = 10–12 timmar, 4 = 7–9 timmar, 3 = 4–6 timmar, 2 = 1–3 timmar, 1 = <1 timme, 7 = sitter/ligger > 12 timmar/dygn pga. funktionsnedsättning

Följsamhet

Figur 18 och 19 visar följsamhet vid tre- respektive sexmånadersuppföljningen, där rekryterade patienter (6 patienter/5 patienter) fått svara på om de har utfört den ordinerade fysiska aktiviteten enligt förskrivning, från förskrivning fram tills nu.

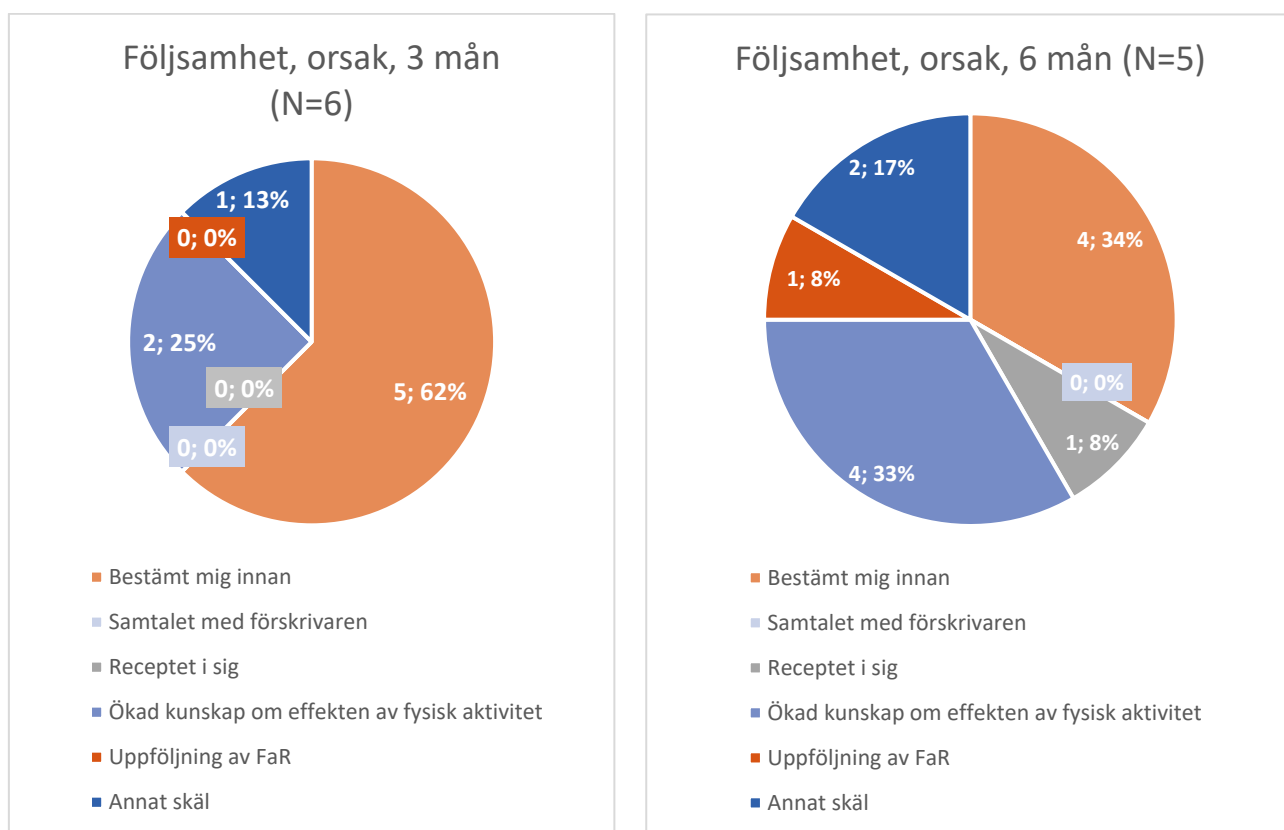
Figur 18. Följsamhet vid tremånadersuppföljningen.

Figur 19. Följsamhet vid sexmånadersuppföljningen.



Data från de få patienter som har svarat på uppföljande enkät vid tre månader, visar att samtliga (6 patienter) följde ordinationen till en början, men att 34 procent av dem uppgav att de fortsatt följa ordinationen. Vid sexmånadersuppföljningen var det ingen av de fem patienterna som hade fortsatt enligt ordinationen. Figur 20 och 21 visar vad de (6 respektive 5 patienterna) uppgav som orsak till sin följsamhet.

Figur 20 och 21. Presentation av orsaker till följsamhet vid tre- respektive sexmånadersuppföljningen.



Figurerna visar att av de fåtal svarande (6 patienter), så är efter tre månader den vanligaste orsaken till följsamheten, att man hade bestämt sig redan innan FaR att man ville öka sin nivå av fysisk aktivitet. Andra orsaker de uppgav var ökad kunskap om effekten av fysisk aktivitet samt andra skäl. Vid sexmånadersuppföljningen var de vanligaste orsakerna att man hade bestämt sig innan samt att man ville ha ökad kunskap om effekterna av fysisk aktivitet.

Förskrivarperspektiv

Uppföljning

Förskrivarperspektivet kring uppföljningarna sammanfattas i tabellen nedan (Tabell 4). Sex kategorier framträdde i analysen av intervjuerna, uppdelade i två teman; patient och verksamhet. Dessa presenteras tillsammans med citat som belyser och stödjer respektive kategori och tema.

Tabell 4. Uppföljningar i FaR digital ingång metoden: Utmaningar och fördelar enligt förskrivarna

Uppföljning - teman	Kategorier	Citat
Utifrån patienten	Digitalt eller fysiskt	<p>Digitalt är smidigt: "man kan delta från annan plats, och det uppskattas av, jag tycker målgruppen som söker digitalt" (intervju 1, 5)</p> <p>Fysisk bättre: "det är ju mycket enklare och, och det blir liksom mer pedagogiskt enkelt och lättare att få patienten med på tåget om, om man faktiskt träffas fysiskt. Och man, man, jag tror att även, även följsamheten till interventionen</p>

		<p>blir bättre också om man har liksom en, en fysisk kontakt.” (intervju 2)</p> <p>“Beteendeförändring... sker, alltså absolut bäst mellan fyra ögon” (intervju 2)</p>
	Anpassad utifrån patienten	<p>Stor variation: “Vissa vill inte ha uppföljning alls. Vissa vill ha det inom någon vecka för att se att det känns bra [...]. Vissa vill ha det efter en till tre månader.” (intervju 4)</p> <p>Motivation: “Det beror [...] jättemycket på patienten, och märker man att de är väldigt självgående eller liksom väldigt [...] drivna ändå, men att det av olika skäl inte riktigt kommer till, det är ju oftast motivationen de behöver” (intervju 5)</p> <p>Förutsättningar: “först en uppföljning efter tre månader [...], så har man lite koll på om de har kommit i gång eller inte, och att man kanske behöver justera någonting, eller ta ett nytt fysiskt besök och kunna träffas och se vad är det som inte har funkat, eller varför har du inte kommit igång nu med det vi har kommit överens om i receptet” (intervju 8)</p>
	Uppföljning viktig för följsamheten	<p>“Har man ingen uppföljning [...], men då är det ju lätt kanske att det rinner ut i sanden” (intervju 8)</p> <p>“Det är väl den här första uppföljningen som brukar vara viktig för att [...] verkligen vara igång, så att de får in rutinen.” (intervju 8)</p> <p>“vi behöver bli uppföljda. Vi behöver ha tydliga mål” (intervju 5)</p>
Utifrån verksamheten	Tid/resurser	<p>“Jag tror [...] att det kanske blir mycket hör av dig om du behöver [...] man tänker att det är väldigt resurskrävande kanske att hålla i de här patienterna” (intervju 3)</p> <p>“min upplevelse är inte att det blir så resurskrävande, om det då mynnar ut i att de blir mer fysiskt aktiva, vilket jag upplever att de faktiskt blir.” (intervju 3)</p>
	Variation mellan vårdcentraler	“Det finns ju rätt uppstyrt, hur det ska gå till, men jag tror inte att alla gör likadant.” (intervju 9)
	Systematik saknas	“ibland avbokar patienten, och då är det lätt för oss att tappa bort, att den uppföljningen försvann. Vi har ju liksom inget system för det” (intervju 3,5)

Sammanfattning:

Bland de få patienter som besvarade uppföljningsenkäterna framgår att en majoritet inte har haft något uppföljande besök kopplat till sitt förskrivna FaR. Svaren indikerar även att det är en utmaning för patienterna att upprätthålla beteendeförändringar över tid. Följsamheten till

ordinerad FaR minskar successivt, där den vanligaste angivna orsaken till följsamhet var att patienten redan före förskrivningen hade beslutat sig för att öka sin fysiska aktivitetsnivå. Andra angivna orsaker var ökad kunskap om de positiva effekterna av fysisk aktivitet.

Intervjuerna visar att FaR-förskrivarna uppfattar uppföljning som central för patienters följsamhet och beteendeförändring. Digitala uppföljningar beskrivs som smidiga och tillgängliga, medan fysiska möten anses mer pedagogiska och mer effektiva för motivation och varaktig beteendeförändring. Hur och när uppföljning sker varierar både mellan vårdcentraler och patienter och anpassas ofta efter individens motivation och förutsättningar. Samtidigt framkommer att systematik för uppföljning ofta saknas, vilket riskerar att uppföljningar faller bort trots att de bedöms som avgörande för att interventionen inte ska "rinna ut i sanden".

Frågeställning 4:

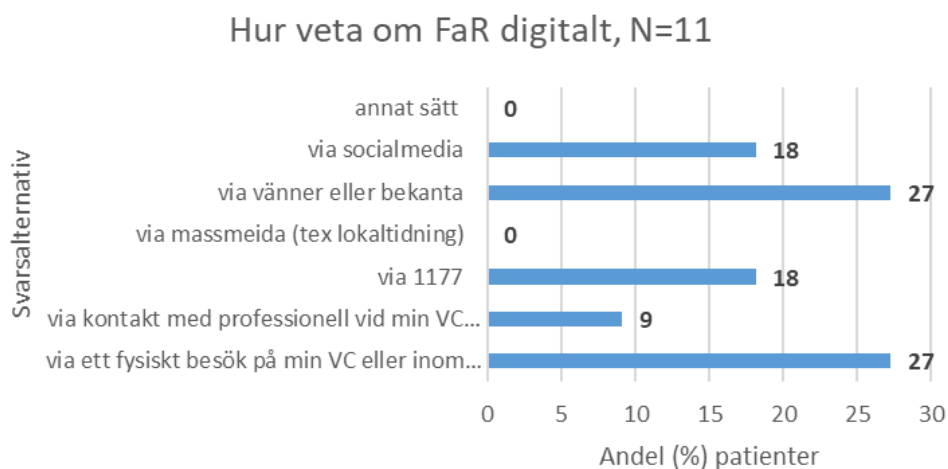
Vilka uppfattningar/åsikter och förbättringsförslag har målgruppen om metoden FaR som de har förskrivits?

Den fjärde frågeställningen besvaras med hjälp av baslinjeenkäten. På grund av låg svarsfrekvens presenteras inte resultat från uppföljande enkäter.

Före förskrivning

Figur 22 visar hur patienterna fick reda på att man kunde skicka en förfrågan om FaR digitalt.

Figur 22. Hur patienterna fick reda på att man kunde skicka en förfrågan om FaR digitalt.



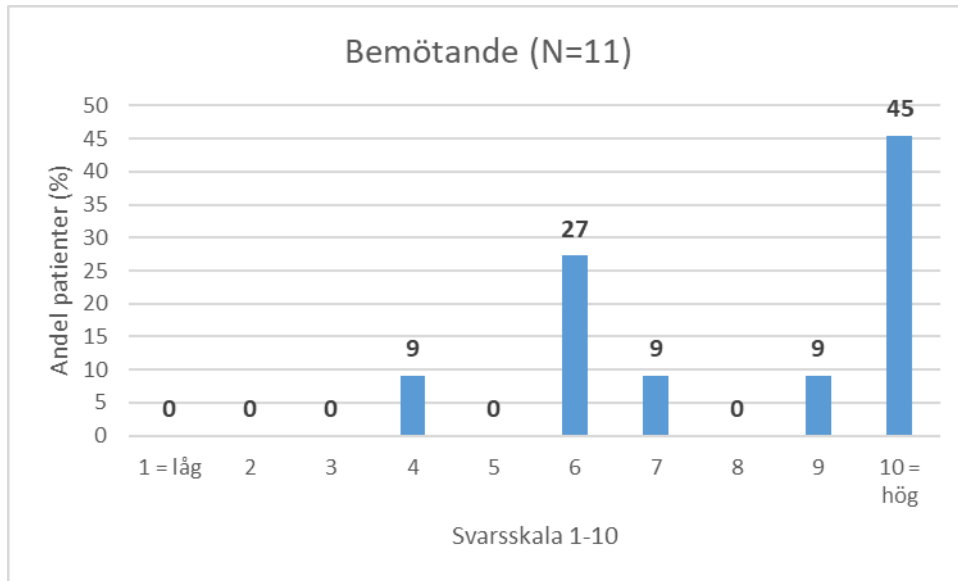
Figuren visar att det vanligaste var att patienterna fick veta att man kunde göra en förfrågan om FaR digitalt var via ett fysiskt besök vid VC och via vänner och bekanta, följt av via 1177 och sociala medier. Data från enkäten visar också på vems initiativ patienten fick FaR förskrivet. Resultatet visar att näst intill alla (82 %) som svarat på enkäten, skickade en förfrågan om FaR digitalt på eget initiativ.

Efter förskrivning

Gällande vilken profession som ordinerade FaR till de som svarade på enkäten, uppger 91 procent att de fick FaR via en fysioterapeut och någon enstaka via en sjuksköterska. Ingen av patienterna i utvärderingen hade fått FaR förskrivet av någon annan profession. Insamlad data visar att 82 procent av dem som svarade på enkäten har en positiv inställning till att ha fått FaR förskrivet.

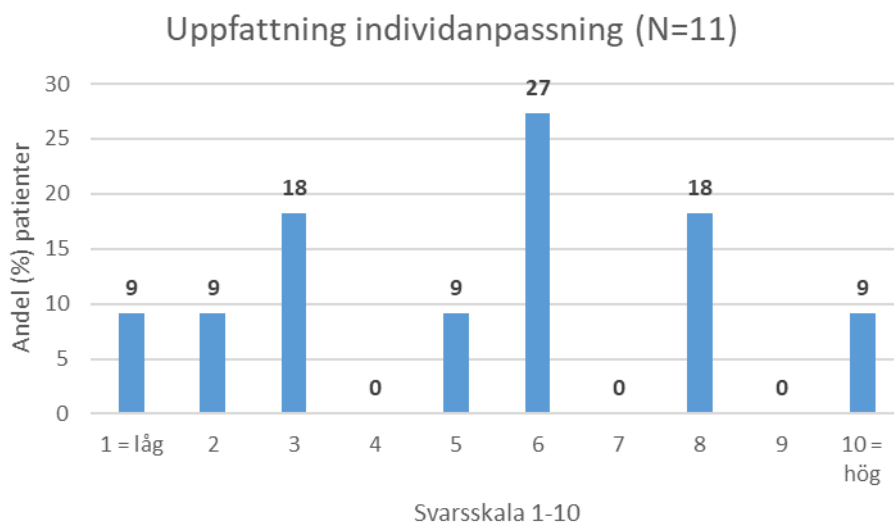
Figur 23 beskriver patienternas uppfattning om förskrivarens bemötande.

Figur 23. Beskrivning av patienternas uppfattning av förskrivarens bemötande.



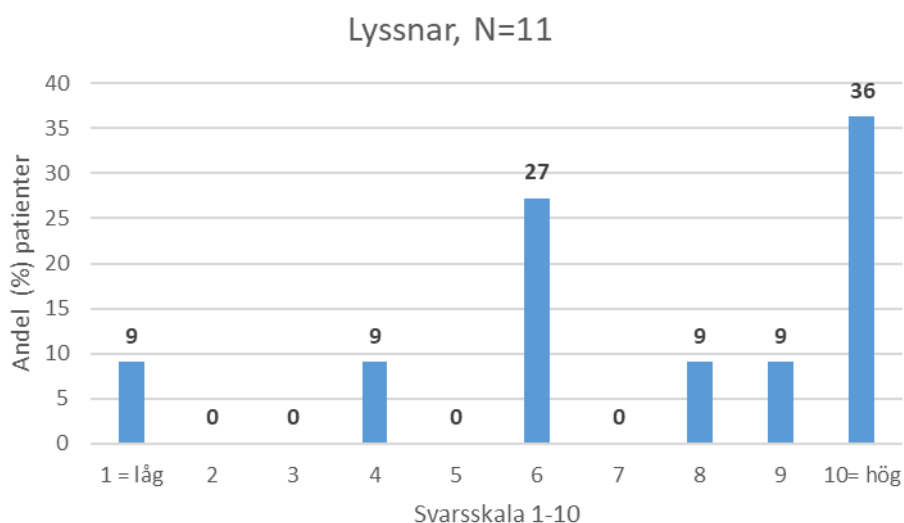
Figuren visar att 45 procent av de 11 som svarade på frågan har bedömt förskrivarens bemötande som högsta möjliga. Figur 24 illustrerar hur de rekryterade upplever att metoden FaR är individanpassad utefter deras egna förutsättningar.

Figur 24. Patienternas uppfattningar om individanpassning.



Stapeldiagrammet (figur 25) visar att patienternas uppfattningar om individanpassning är ganska olik. Figur 25 illustrerar huruvida patienterna anser att förskrivaren lyssnar på deras behov och önskemål.

Figur 25. Patienternas uppfattning om huruvida förskrivaren lyssnar på deras behov och önskemål.



Figuren visar spridda åsikter och att mer än hälften (54 %) av dem som svarat på frågan, angett en hög siffra (8–10), vilket betyder att de ansett att förskrivaren lyssnar på deras behov och önskemål.

Förbättringsförslag kan inte presenteras på grund av för litet underlag.

Sammanfattning:

Före förskrivning – fick patienterna i utvärderingen reda på att man kan göra en förfrågan om FaR digitalt via ett besök vid hälso-sjukvården eller via vänner och bekanta. Näst intill alla som deltagit i utvärderingen skickade en förfrågan om FaR digitalt på eget initiativ. Efter förskrivning är 82 procent positiva till att ha fått FaR förskrivet, och har fått FaR via en fysioterapeut. Knappt hälften av dem som fick FaR förskrivet har bedömt förskrivarens bemötande som högsta möjliga. Patienternas åsikter är däremot mer spridda gällande om metoden har individanpassats och om förskrivaren har lyssnat på deras behov och önskemål.

Frågeställning 5

Vilka är förskrivarnas erfarenheter och synpunkter av FaR med digital ingång?

Den femte frågeställningen besvaras med input ifrån intervjuerna med förskrivare/kontaktpersoner för FaR. Avsnittet är indelat i fem olika delar, där delarna motsvarar de olika frågorna i intervjuguiden: En inledande fråga, tre huvudfrågor och en avslutande fråga om förbättringsförslag

Inledande fråga: Vad hade ni för förväntningar på FaR med digital ingång, när det infördes (nov-23)?

Förskrivarperspektivet kring förväntningar på FaR digital ingång sammanfattas i tabellen nedan (Tabell 5). Fem kategorier framträdde i analysen av intervjuerna, uppdelade i två teman (verksamhetsnivå och patientnivå). Dessa presenteras tillsammans med citat som belyser och stödjer respektive kategori och tema.

Tabell 5. Förväntningar på FaR med digital ingång

Förväntningar - Teman	Kategorier	Citat
På verksamhetsnivå	Tidsbrist, arbetsbelastning och prioriteringar	<p>“jag var ganska kritisk redan från början, för att vi har så gallet mycket att göra i primärvården” (intervju 1)</p> <p>“vi ska jobba preventivt, hm absolut, men när vi inte ens hinner med våra sjukaste patienter” (intervju 1)</p> <p>“det här kommer nog inte bli en jättestor belastning, så, jag tänker rent erfarenhetsmässigt kring FaR förskrivandet i övrigt” (intervju 1, 7, 9)</p> <p>“jag är ensam fysioterapeut där jag jobbar, så allting hamnar ju på mina axlar” (intervju 1, 8)</p>
	Kontroll	“När ska vi ha tid för det eftersom vi inte kan styra inflödet” (intervju 1)
	Förväntningar från ledningen	<p>“chefen var ju på ganska snabbt att [...] vi ska få in det arbetssättet” (intervju 1, 8)</p> <p>“min närmsta chef hade ju ingen aning om det här [...] ska det liksom inte förankras med verksamhetscheferna och våra närmsta chefer först, innan man liksom lanserar någonting” (intervju 1)</p>
På patientnivå	Lätt kontaktväg för invånarna/patienter	<p>“ett sätt att göra det enkelt för, för patienter [...] ett annat sätt att få kontakt med vården” (intervju 2)</p> <p>“förväntan eller kanske lite farhåga, att, att det skulle bli som en beställningsfunktion från patienterna” (intervju 3)</p> <p>“en positiv förväntan var att kanske få fler patienter som är [...] delvis motiverade till att få stöd i och öka sin fysiska aktivitetsnivå” (intervju 3)</p>
	Ekonomisk motivation för patienter	“en tanke eller förväntan var att patienterna skulle ansöka om det här för att få rabatt på sina träningskort eller medlemskap” (intervju 1, 3, 8)

Fråga 1: Vad tycker ni om FaR med digital ingång?

Förskrivarperspektivet kring FaR digital ingång generellt sammanfattas i tabellen nedan (Tabell 6). Sju kategorier framträdde i analysen av intervjuerna, uppdelade i tre teman (frågetecknen, digital ingång och framgångsfaktorer). Dessa presenteras tillsammans med citat som belyser och stödjer respektive kategori och tema.

Tabell 6. Tankar om FaR med digital ingång

Tankar om FaR digitalt - Teman	Kategorier	Citat
Frågetecken	Behövs verkligen ett recept?	<p>“tanken på ett sätt är god, [...] formuleringen är taskig [...] gemene man har ingen aning om vad det är de beställer [...] För dom har varit nöjda med det här motiverade och coachande samtalet, sen blev det aldrig pappersformatet” (intervju 1,7)</p> <p>“Och patienten i fråga, jag tror inte att patienten får liksom ett sämre resultat om man inte gör förskrivningen” (intervju 2)</p> <p>“jag tror inte att ett FaR i sig höjer motivationen” (intervju 2)</p>
	Är det tidseffektiv?	<p>“att jobba utifrån FaR, [...] det kan ta lite mer tid än vad man känner att man har [...] Många gånger så jobbar man utifrån, i grova drag, själva liksom FaR konceptet, men man rationaliserar bort vissa moment, för att spara tid” (intervju 2,9)</p> <p>“FaR är [...]mycket mer än bara ett, ett skrivet recept, och den tiden och möjligheten finns ju inte hos läkarna” (intervju 5)</p> <p>“egentligen är det inte krångligt. Det tror jag. Det är nog inte det, utan det är om man ska [...] prioritera, som man måste ändå göra i vården” (intervju 9)</p>
	När man rätt patienter?	<p>“det är ju bra med de som faktiskt, de som söker för en bra anledning [...] ungefär hälften söker för att få rabatt.” (intervju 4)</p> <p>“det kanske inte har fyllt så stor funktion som man hade tänkt att det skulle göra, och att de som anammar FaR digitalt, det är dom som redan är i gång” (intervju 9)</p>
Digital ingång	<i>FaR digital ingång: fördelar</i>	<p>Tillgänglig: “patienter [...] jag märker att de kan nå oss mycket snabbare.” (intervju 1)</p> <p>Smidig för andra professioner: “det blir en smidig väg för patienten att de har fått höra av sin läkare att du kan söka om det här digitalt, och så gör de det, och då tar de i första steget” (intervju 3)</p> <p>“Det som fungerar bra tycker jag, när man pratar digitalt, det är ju att det blir inte för intimt, vilket gör att patienterna ofta vågar, tycker jag, öppna upp sig [...] snabbare” (intervju 5)</p> <p>“man kan delta från annan plats, och det uppskattas av [...] målgruppen som söker digitalt” (intervju 5)</p>

	<i>FaR digital ingång:</i> nackdelar	<p>“just den digitala delen så var det nästan alla som sa, ja, men det, det fungerar inte riktigt digitalt” (intervju 2)</p> <p>“patienterna hör av sig på så många olika forum [...] så att det blir lite spretigt” (intervju 8)</p> <p>“jag har nog inte förskrivit liksom ett enda FaR utifrån den digitala kontakten [...] svårt ändå liksom att se just vinningen med den digitala biten” (intervju 2)</p> <p>“vi skriver ju betydligt mycket flera FaR recept än det digitala.” (intervju 5)</p> <p>Enbart fysioterapeuter: “FaR digitala ingången, det blir ju till oss, den blir ju inte till någon annan kategori.” (intervju 7)</p>
	<i>FaR digital ingång:</i> ambivalens	<p>“de som hör av sig själva har ju ofta bra koll på vad FaR innebär” (intervju 8)</p> <p>“tanken är väl bra. Men som sagt jag tror inte att det funkar här [...] folk här har väldigt lätt för att söka till oss som vårdcentral” (intervju 7)</p>
Framgångsfaktorer	Samtalet centralt	<p>“Jag tycker från mitt perspektiv som vårdgivare att det funkar väldigt bra. Det är ju det här samtalet som är av vikt, och jag upplever väl kanske att det går för min del egentligen lika bra att ha digitalt som att ha fysiskt på plats” (intervju 5)</p>

Fråga 2: Under rekryteringsperioden, var det inte så många som skickade en förfrågan om FaR digitalt. Vad tror ni att det beror på?

Förskrivarperspektivet kring de få förfrågningarna om FaR med digital ingång sammanfattas i tabellen nedan (Tabell 7). Sex kategorier framträdde i analysen av intervjuerna, uppdelade i två teman (patient och verksamhet). Dessa presenteras tillsammans med citat som belyser och stödjer respektive kategori och tema.

Tabell 7. Anledningar till få förfrågningar av FaR med digital ingång

Anledningar till få förfrågningar av FaR med digital ingång – Teman	Kategorier	Citat
Utifrån verksamheten	Hög belastning	<p>“en hög belastning, som gör att vi kanske motar bort mycket, fast vi ja borde kunna.” (intervju 3,5)</p> <p>“det är liksom lite principen, man lägger på oss ytterligare en arbetsuppgift i primärvården” (Intervju 1)</p>
	Negativ inställning till FaR	<p>“att det är en tidskrävande metod, att det liksom kräver mycket kunskap, som man kanske inte upplever att man har, fungerar det väl verkligen [...], är det vi ska prioritera, [...] är inte det en friskvårdsfråga” (intervju 3)</p>
Utifrån patienter	Digital förfrågan kan vara ett hinder	<p>Äldre patienter: “jag vet inte riktigt om det är ett hinder, men det kan väl vara ett hinder att inte alla kanske hittar den sökvägen. Det gäller ju inte alla, vi har ju 80 plussare som söker i chatten också” (intervju 5)</p>
	Invånarna vet inte att det finns	<p>“rullande slidesen på våra skärmar [...] når ju bara de som redan går, alltså som redan har kontakt”</p> <p>“de som inte får höra av sin vårdgivare att man kan söka om FaR, [...], jag gissar att de bara stöter på det här” (intervju 3)</p> <p>“sökvägen FaR via plattformen. Det är oklart hur många som hittar den” (intervju 4,5)</p> <p>“FaR digital vet man inte riktigt om.” (intervju 9)</p>
	Motivation	<p>“de som skulle behöva det mest, dom bryr sig inte om det kanske.” (intervju 9)</p>
	Ingen efterfrågan	<p>“det finns ingen efterfrågan riktigt av digitalt FaR” (intervju 2)</p> <p>“Jag tror man har svårt att se liksom vinningen i att få det på papper. Jag tror de flesta känner jag vet egentligen vad jag borde göra.” (intervju 1)</p>

Fråga 3: Baserat på de erfarenheter ni har av FaR med digital ingång, vad ser ni för möjligheter för FaR med digital ingång i framtiden?

Förskrivarperspektivet kring möjligheter för FaR med digital ingång i framtiden sammanfattas i tabellen nedan (Tabell 8). Fem kategorier framträdde i analysen av intervjuerna, uppdelade i tre teman (Lättillgänglig och effektiv, hälsofrämjande, osäker framtid), och dessa presenteras tillsammans med citat som belyser och stödjer respektive kategori och tema.

Tabell 8. Möjligheter med FaR digital ingång

Möjligheter med FaR digital ingång – Teman	Kategorier	Citat
Lättillgänglig och effektiv	Tillgänglig	<p>“Men jag tror på det, jag tror på det som en bra väg för FaR. Det är tillgängligt framför allt för andra vårdprofessioner att hänvisa dit, om de känner att de inte kan” (intervju 5,2)</p> <p>“just den digitala ingången gör ju det smidigare på det sättet, att det är liksom mer lättillgängligt, och det blir inte en så stor grej av det” (intervju 1)</p> <p>“alla digitala ingångar blir ju mer och mer, och folk blir mer och mer vana vid att de ska göra på det här sättet.” (intervju 7)</p>
	Snabb och smidig	<p>“snabb väg in” (intervju 3)</p> <p>“smidigt att få till en tid, både för mig och patienten” (intervju 5)</p> <p>“alla de här digitala verktygen är bra, bara man kommer in i det, och det kräver mer jobb i början att lära sig struktur och rutin. Så är det med alla våra digitala verktyg, men sen när man väl har kommit in i det. Det är tidskrävande först. Sen är det tidsbesparande” (intervju 5)</p>
Hälsofrämjande	Ett sätt att främja fysisk aktivitet	<p>“det blir ett nytt forum där man kan prata hur fysisk aktivitet påverkar sjukdomar.” (intervju 1)</p> <p>“bästa metoden vi har i nuläget, för att främja fysisk aktivitet” (intervju 3)</p>
	En del i omställningen till Nära Vård	<p>“det är faktiskt där [Primärvården] man får chansen att jobba lite proaktivt. Så om jag bara visionärt får tänka, så hoppas jag att man, jag hoppas att vi får fortsätta jobba hälsofrämjande.” (intervju 6,7)</p> <p>“i hälso- och sjukvården, vi är väl i en kris så att det har varit väldigt mycket fokus sjukvård, och så inser vi, att vi kanske inte kan fortsätta släcka bränder, för det skjuts bara på framtiden allting, så att det ja, det känns ju som att det blir ett skifte i, i fokus” (intervju 3)</p>
Osäker framtid	Upplevd obalans mellan nytta och resurser	<p>“sen vi inte fick någon ersättning överhuvudtaget, så är det ingen som förskriver FaR, alltså det, nyttan överväger liksom inte allt pappersarbete och tid det tar och liksom så, det är nästan omöjligt att både motivera patienten, framför allt medarbetarna att det ska vara ett FaR. Så jag tror i ärlighetens namn att det här kommer successivt dö ut” (intervju 1,6)</p>

Öppen fråga: Förbättringsförslag?

Förskrivarnas förbättringsförslag sammanfattas i tabellen nedan (Tabell 9). Tio kategorier framträdde i analysen av intervjuerna, uppdelade i fyra teman (Administrativa, förutsättningar i verksamheten, spridning, samarbete utanför verksamheten), och dessa presenteras tillsammans med citat som belyser och stödjer respektive kategori och tema.

Tabell 9. Förbättringsförslag

Förbättringsförslag – Teman	Kategorier	Citat
Administrativa	FaR-formuläret & Bedömningskriterier	<p>“just den här ansökan om FaR digitalt och också det otroligt bristfälliga frågeformuläret som är kopplat till det på 1177 [...] det ger oss ingen information” (intervju 1,4,5)</p> <p>“Så att snarare kanske, vad de har för behov av stöd och hur motivationen ser ut, snarare än kanske bara stirra sig blind på fysisk aktivitetsnivå” (intervju 3)</p>
	Bättre receptmall	“ganska snygg brevmall. Det är någonting man kryssar i, och sen fyller man i. [...] det känns också lättare för patienten att följa det.” (intervju 4)
	Snabbare respons	<p>“man gärna skulle vilja ha något bokningsbart i sådana fall, så patienten vet att nu ska jag sitta vid telefonen, eller datorn” (intervju 1)</p> <p>“Och så ringer man och pratar, och sen blir det så mycket effektivare att man liksom faktiskt pratar med varandra, än att man försöker skriva med varandra.” (intervju 2,4)</p> <p>“att kunna ha det i någon form av app, eller liksom att fortsätta följa det digitalt. Så att man skulle kunna ha uppföljningar via liksom den funktionen, snarare än att kanske boka besök, uppringningar som inte blir av, eller att patienten inte svarar” (intervju 3)</p>
	Enklare i administrationen	“på något vis så skulle jag vilja att det skulle vara enklare. Att det skulle vara liksom mer, mer lättillgängligt, mer lätt jobbat” (intervju 2,3,8)
Förutsättningar i verksamheten	Sprida och bibehålla kunskap i verksamheten	“prata i läkargruppen, prata i sjuksköterskegruppen om FaR, och liksom ja, men utbilda och hjälpa medarbetarna att känna sig tryggare och användare det” (intervju 3)
	Flera förskrivare - inte enbart fysioterapeuter	“rimligt för någon annan yrkeskategori att skriva ett FaR om de ändå är på det diabeteskontroll, eller vad det nu är” (intervju 7,8,9)
	Mer resurser och tid	“men då behöver man ju också ha utrymme för att ta in det.” (intervju 3)

		“framför allt att resurserna finns och tiden finns” (intervju 4,5,8,9)
	Bättre struktur	“kontinuitet och struktur i arbetet, för jag tror det som saknas, att jobbar vi inte med det så får vi ingen bra struktur i arbetet, och då ser vi inte att vi får något resultat, och att det funkar, och så rinner ut i sanden och då har vi inte gjort FaR som metod liksom.” (intervju 3) “vi jobbar väldigt olika på olika ställen liksom, så det är svårt att få en överblick och struktur” (intervju 3)
Spridning	Nå invånarna	“i så fall måste man ju annonsera för det mer, kanske” (intervju 7,8) “den behöver implementeras mer för att folk ska börja använda det” (intervju 7) “Samtidigt kan jag tycka att i dessa tider, så tycker inte jag att regionen ska lägga marknadsföringspengar på FaR digitalt.” (intervju 1) “ju mer synligt det är desto bättre, så att patienten också kan efterfråga det, och veta att det finns.” (intervju 3)
Samarbete utanför verksamheten	Involvera friskvården	“Lägg över det på friskvården, satsa på friskvårdsaktörer som kan ta emot det här i stället” (intervju 1,2) “låt dem friska vara i friskvården. Låt det vara eget ansvar och ha självomhändertagande.” (intervju 1) “att jag kunde hänvisa till ja, men de här är arrangörerna och de kommer ta hand om dig och visa hur du ska göra. De kommer stötta dig att komma till träningen” (intervju 7,2)

Sammanfattning:

Förskrivarnas erfarenheter av FaR med digital ingång präglas av både förhoppningar och betydande utmaningar. När FaR med digital ingång infördes fanns initialt en blandning av positiva förväntningar och skepticism. Flera förskrivare uttryckte oro för ökad arbetsbelastning och tidsbrist i en redan pressad primärvård, samt begränsad möjlighet att styra inflödet av digitala förskrivningar. Samtidigt lyftes FaR med digital ingång som en potentiellt smidig och tillgänglig kontaktväg för patienter, och som ett verktyg för att nå personer som redan har viss motivation till fysisk aktivitet. Det fanns också farhågor om att tjänsten skulle fungera som en ”beställningsfunktion”, där ekonomiska incitament snarare än hälsobehov drev förfrågningarna. Förväntningar från ledningen upplevdes i vissa fall som otydliga eller bristfälligt förankrade i verksamheten.

När förskrivarna beskriver sina faktiska erfarenheter av FaR med digital ingång framträder en ambivalent bild. Å ena sidan upplevs den digitala ingången som tillgänglig, snabb och smidig, särskilt som ett stöd för andra professioner att hänvisa patienter vidare. Å andra sidan ifrågasätts

nyttan av själva FaR-receptet, där flera menar att det motiverande samtalet är det centrala och att ett skriftligt recept i sig sällan höjer patientens motivation eller förbättrar utfallet. FaR-arbetet beskrivs som tidskrävande, och i praktiken prioriteras ofta det motiverande samtalet medan vissa delar av FaR-konceptet rationaliseras bort (exempelvis uppföljningar eller att det formella receptet inte förskrivs alls). Förskrivarna upplever dessutom att FaR med digital ingång främst når patienter som redan är relativt aktiva och motiverade, snarare än de grupper som har störst behov av stöd. Den digitala hanteringen uppfattas även som spretig, då patientkontakter sker via flera parallella kanaler, och ansvaret för FaR i praktiken ofta hamnar på fysioterapeuter.

Den låga användningen av FaR med den digitala ingången under utvärderingen förklaras dels av organisatoriska faktorer, såsom hög arbetsbelastning, låg prioritering och en generellt skeptisk inställning till FaR som metod inom vissa verksamheter. Dels pekar förskrivarna på patientrelaterade faktorer, där digital förfrågan kan utgöra ett hinder för vissa grupper, samtidigt som kännedomen om FaR med digital ingång bedöms vara låg bland invånarna. Flera menar också att motivationen saknas hos dem som skulle behöva FaR mest, samt att efterfrågan på ett formellt recept är begränsad eftersom många redan vet vad de "borde" göra.

Trots dessa hinder identifierar förskrivarna flera framtida möjligheter med FaR digital ingång. Tjänsten beskrivs som ett potentiellt viktigt verktyg i omställningen mot en mer hälsofrämjande och preventiv primärvård, där digitala ingångar kan underlätta tillgänglighet och samarbete mellan professioner. På sikt kan FaR med digital ingång bli både tidsbesparande och effektivt, förutsatt att tydliga rutiner etableras. Samtidigt uttrycks osäkerhet kring framtiden, särskilt i relation till bristande ersättningsmodeller och begränsade resurser, vilket riskerar att underminera både motivation och långsiktig implementering.

Förskrivarnas förbättringsförslag rör flera nivåer. Centralt är behovet av ett mer ändamålsenligt digitalt formulär och tydligare bedömningskriterier som bättre fångar patientens behov av stöd och motivation. Administrationen behöver förenklas, exempelvis genom en mer användarvänlig receptmall och snabbare, mer strukturerade kontaktvägar. Förskrivarna efterlyser också bredare förankring i verksamheten, med utbildningsinsatser och fler yrkeskategorier involverade i förskrivningen. Samtidigt lyfts vikten av ökad synlighet gentemot invånarna, bättre uppföljningsmöjligheter och ett närmare samarbete med friskvårdsaktörer. Sammantaget framstår FaR med digital ingång som ett verktyg med tydlig potential, men där genomslag och hållbarhet är starkt beroende av resurser, struktur och organisatoriskt stöd.

Diskussion

Syftet med utvärderingen av FaR med digital ingång var initialt att analysera användning och effekter hos invånarna, men ett begränsat deltagande i utvärderingen medförde att fokus i stället kom att ligga på förskrivares erfarenheter, ett perspektiv som också efterfrågades i dialog med verksamheterna. Utvärderingen ger därmed en fördjupad bild av hur FaR med digital ingång upplevs och används i praktiken av förskrivare, med ett parallellt fokus på verksamhetens förutsättningar och patientperspektivet, vilket bidrar med viktiga insikter för en långsiktig implementering.

Metoddiskussion

En styrka med utvärderingen är att den har genomförts av externa utvärderare (Karlsson, 1999), som visserligen tillhör samma huvudorganisation (Region Sörmland), men som arbetar vid en fristående enhet för forskning och utveckling (FoU i Sörmland). Utvärderarna har inte varit involverade i införandet av FaR med digital ingång och har därför kunnat bidra med ett mer oberoende perspektiv. Avsaknaden av förkunskap om verksamheten har gjort det möjligt att ställa nya frågor och belysa arbetssättet ur andra vinklar.

Den ursprungliga utvärderingsdesignen utgick från att patienter utgjorde den primära målgruppen och att FaR-förskrivare var en sekundär målgrupp. I praktiken kom dock utvärderingens tyngdpunkt att förskjutas. Det låga antalet patienter som skickade en förfrågan om FaR med digital ingång, i kombination med en låg svarsfrekvens på uppföljningsenkäterna, innebar att de kvantitativa resultaten från patientenkäterna behöver tolkas med stor försiktighet och inte kan ligga till grund för långtgående slutsatser om effekter på gruppnivå ("Effectiveness" enligt RE-AIM modellen; Glasgow et al., 1999). Samtidigt har utvärderingen genererat ett omfattande och innehållsrikt kvalitativt material genom intervjuer med FaR-förskrivare. Dessa intervjuer har bidragit med fördjupad kunskap om hur FaR med digital ingång fungerar i praktiken, inklusive organisatoriska förutsättningar, upplevda hinder och möjligheter i implementeringen. Förskrivarnas reflektioner omfattar även erfarenheter av patienternas motivation, behov av stöd och förutsättningar, vilket ger indirekta men värdefulla insikter i patientperspektivet ("Adoption", "Reach", "Implementation" och till viss del "Maintenance" i RE-AIM modellen; Glasgow et al., 1999).

Sammantaget innebär detta att utvärderingen i första hand bör förstås som en process- och implementeringsutvärdering, snarare än en fullständig effektutvärdering (Glasgow et al., 1999). Resultaten bidrar främst med kunskap om hur och under vilka förutsättningar FaR med digital ingång kan fungera, snarare än om i vilken utsträckning insatsen leder till förändrade beteenden hos patienter. Detta är särskilt relevant i ett tidigt skede av implementeringen, där förståelse för organisatoriska och professionella perspektiv utgör en viktig grund för fortsatt utveckling och framtida effektstudier.

Detta hänger nära samman med hur införandet av FaR med digital ingång hade utvecklats vid tidpunkten för utvärderingen. Införandet av FaR med digital ingång befann sig vid tiden för utvärderingen i ett tidigt och ojämnt implementeringsskede. Även om beslut hade fattats om breddinförande var metoden i praktiken inte fullt etablerad vid samtliga vårdcentraler i regionen. Detta blev tydligt och framkom genom uttalanden från förskrivare, i intervjuer, samt även i FaR-förteckningar. Detta innebär att graden av implementering varierade både mellan vårdcentraler och kommuner, vilket påverkar förutsättningarna för att dra slutsatser om metodens genomslag och effekter på regional nivå.

När det gäller tidpunkt för utvärdering pekar forskning om implementering på att effektutvärderingar är mest meningsfulla först när en insats har nått en viss mognadsgrad och används relativt konsekvent i verksamheten (Gonot-Schoupinsky & Garip, 2019). I ett tidigt skede riskerar låg deltagandegrad, bristande kännedom och otydliga rutiner att dölja potentiella effekter. Ur detta perspektiv kan den aktuella utvärderingen främst förstås som en processutvärdering, vars främsta värde ligger i att identifiera förbättringsområden och stödja fortsatt utveckling, snarare än att bedöma måloppfyllelse. Samtidigt kan det faktum att FaR med digital ingång inte implementerades fullt ut vid alla vårdcentraler i sig betraktas som ett viktigt resultat ("Implementering" enligt RE-AIM modellen; Glasgow et al., 1999). Det indikerar att införandet har mött strukturella, organisatoriska eller praktiska utmaningar som har påverkat spridningen av metoden. Att synliggöra dessa variationer bidrar med central kunskap om vilka förutsättningar som behöver vara på plats för att FaR med digital ingång ska kunna användas i större skala och utgör därmed ett viktigt underlag för fortsatt implementeringsarbete (se "Rekommendationer").

Resultatdiskussion

Socialstyrelsen lyfter att hälso- och sjukvården har en central roll i arbetet med levnadsvanor, både förebyggande och som en del av behandling, och att detta är en viktig del av omställningen till en god och nära vård (Folkhälsomyndigheten 2025; SKR, 2024–2025). I teorin skapar detta förväntningar på att insatser som FaR med digital ingång ska prioriteras och integreras i ordinarie verksamhet. Intervjuerna ger dock en mer komplex och nyanserad bild av denna omställning. Flera förskrivare beskriver spänningar mellan ambitioner och praktiska förutsättningar, där förebyggande arbete ofta konkurrerar med andra uppdrag som upplevs som mer akuta. I detta sammanhang blir frågor om resurser och målgrupp centrala. Otydlighet kring vem FaR med digital ingång är till för och vilket ansvar vårdgivaren har, riskerar att skapa ojämlikheter i implementeringen och bidra till en negativ bild av FaR med digital ingång som ytterligare en uppgift i en redan ansträngd vårdorganisation.

Intervjuerna tyder på att förskrivare har mycket varierande kunskapsnivåer om FaR med digital ingång: vad metoden innebär, hur den ska tillämpas i praktiken, hur processen ser ut och vilka patienter som är aktuella för förskrivning. Denna variation framträder inte bara mellan olika verksamheter, utan även inom samma län, vilket innebär att FaR med digital ingång i praktiken tar sig olika uttryck beroende på lokal kontext, organisatoriska förutsättningar och individuella förskrivares erfarenhet och engagemang. För utvärderingen innebär detta en metodologisk och tolkningsmässig utmaning. Resultat som tillskrivs FaR med digital ingång kan i själva verket spegla skillnader i implementeringsgrad, stödstrukturer eller lokala prioriteringar snarare än metoden i sig. Denna bild ligger i linje med nationella rapporter som visar att FaR generellt tillämpas olika i Sverige, både vad gäller organisation, förskrivningsfrekvens och uppföljning (Folkhälsomyndigheten, 2025). Intervjuerna från Sörmlands län bekräftar därmed att den variation som beskrivs på nationell nivå också återfinns regionalt och lokalt. Ur ett jämlikhetsperspektiv väcks därför frågan om det bör finnas ett gemensamt stöd kring arbetssättet för FaR med digital ingång för samtliga FaR-samordnare och förskrivare (till exempel utbildning, handledning och implementeringsstöd). Ett sådant stöd skulle kunna bidra till mer likvärdiga bedömningar, tydligare processer och mer jämförbara resultat över tid och mellan verksamheter.

Intervjuerna visar också att det skiljer sig åt vilka patienter som får FaR med digital ingång. I vissa verksamheter förskrivs FaR till personer som redan är relativt aktiva och motiverade, medan andra ser FaR med digital ingång enbart som ett verktyg för att nå mer inaktiva eller sårbara

grupper. Detta får konsekvenser för både räckvidd (reach) och tolkning av resultat eftersom effekter sannolikt varierar beroende på målgrupp. På samma sätt framträder variation i arbetssätt, där FaR med digital ingång ibland används helt digitalt och ibland i hybridformer med kombination av fysiska och digitala inslag. Även detta kan påverka hur insatsen upplevs av både patienter och förskrivare, och bör beaktas i diskussionen om vad FaR med digital ingång "är" i praktiken. Forskning om likvärdigheten i FaR som levereras digitalt, och vilka patientgrupper som nås, behövs för att kunna anpassa metoden på ett sätt som är förenligt med evidensbaserad praktik.

Sammantaget visar resultaten att FaR med digital ingång tillämpas på olika sätt beroende på lokala förutsättningar, kunskapsnivå och organisatoriska ramar. Denna variation påverkar både hur insatsen förstås och hur jämlikt den kommer patienter till del. För att FaR med digital ingång ska kunna bidra och vara en del i omställningen mot en mer hälsofrämjande och nära vård krävs en större tydlighet kring arbetssättet, samtidigt som utrymme för lokala anpassningar bevaras. Denna balans är svår, och nedan sammanfattas några övergripande rekommendationer utifrån resultaten av utvärderingen.

Rekommendationer



Utifrån verksamheten

- **Tydligare förankring i verksamheterna**
Otydliga förväntningar från ledningsnivå framstår som ett hinder för implementering. Tydligare målformuleringar, ansvarsfördelning och realistiska förväntningar kan bidra till bättre implementering av FaR med digital ingång i det ordinarie arbetet. En bättre förankring i verksamheten kan öka både prioritering och motivation hos medarbetarna (inte bara fysioterapeuter).
- **Mer likartade arbetssätt**
Resultaten pekar på behovet av samsyn kring FaR digital ingångs syfte, användning och målgrupp. Mer enhetliga arbetssätt, understödda av gemensamma riktlinjer och utbildningsinsatser, kan minska variationen mellan vårdcentraler, kommuner och länsdelar och stärka legitimiteten i FaR-arbetet. Exempel: det motiverande samtalet upplevs som den mest centrala komponenten. Tydliga riktlinjer behövs kring när och hur det skriftliga FaR-receptet tillför ett mervärde.
- **Minskad administrativ belastning och tydligare arbetsflöden**
Förskrivarnas erfarenheter understryker vikten av att FaR med digital ingång inte upplevs som ytterligare en administrativ belastning. Förenklad dokumentation, mer sammanhållna kontaktvägar och tydliga rutiner kan vara avgörande för att tjänsten ska upplevas som meningsfull i en resursbegränsad kontext.

- **Långsiktiga förutsättningar för hållbar implementering**
Osäkerhet kring resurser och ersättningsmodeller riskerar att undergräva både engagemang och långsiktig användning. För att FaR med digital ingång ska kunna bidra till en mer hälsofrämjande och preventiv primärvård krävs stabila organisatoriska och ekonomiska förutsättningar.



Utifrån patienter

- **Vidareutveckling av den digitala ingången utifrån patientens behov**
Det digitala formuläret och bedömningsprocessen behöver i högre grad stödja identifiering av patienter med störst behov av stöd. Tydligare frågor kring patientens aktuella aktivitetsnivå, stödbehov och sjukdomstillstånd kan bidra till att FaR med digital ingång inte främst når redan aktiva och motiverade patienter.
- **Öka kännedom och tillgänglighet för invånarna**
- **Den låga användningen av FaR med digital ingång pekar på behov av ökad synlighet.**
Informationsinsatser riktade till invånarna kan bidra till ökad kännedom om tjänsten.



Kontextuella faktorer med betydelse för implementering och hållbarhet

- **Utforskande utveckling av samverkan med aktivitetsarrangörer**
Samarbete med aktivitetsarrangörer framstår som ett potentiellt utvecklingsområde, men är i dagsläget begränsat och otydligt. Vidare arbete kan med fördel utforska hur sådana samverkansformer kan struktureras på ett sätt som stärker uppföljning och kontinuitet, utan att öka arbetsbördan för förskrivarna.

Referenser

Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

E-hälsomyndigheten. (2025). *Statligt digitalt stöd för fysisk aktivitet på recept (FaR)*. E-hälsomyndigheten. <https://www.ehalsomyndigheten.se/om-ehalsomyndigheten/om-oss/vara-regeringsuppdrag/fysisk-aktivitet-pa-recept/>

Folkhälsomyndigheten (2025). Stöd för fysisk aktivitet på recept – Slutredovisning av uppdraget S2023/01044 (delvis). 2025-06-02 <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/stod-for-fysisk-aktivitet-pa-recept--slutredovisning-av-uppdraget-s202301044-delvis-2025-6-9589/>

Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American journal of public health*, 89(9), 1322-1327.

Gonot-Schoupinsky, F. N., & Garip, G. (2019). A flexible framework for planning and evaluating early-stage health interventions: FRAME-IT. *Evaluation and Program Planning*, 77, 101685. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2019.101685>

Kallings, L. V., Eriksson, M., Lundqvist, S. & Dohrn, I-M. (2021). *Fysisk aktivitet på recept – FaR®* [PDF]. FYSS. <https://www.fyss.se/wp-content/uploads/2021/10/FAR.pdf>

Karlsson, O. (1999). Utvärdering – mer än metod. En översikt. Svenska kommunförbundet, Stockholm.

Onerup A, Arvidsson D, Blomqvist Å, et al. Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2019; 53:383-8.

Region Sörmland (2025, 18 november). *Vision och uppdrag*. Hämtad från <https://regionsormland.se/om-region-sormland/om-oss-och-vart-arbete/>

SKR (2024). Nära vård tar form. Årsberättelse 2023/2024. Stockholm: SKR.

SKR & Governo AB (2025). Potentialerna i Nära Vård. En kunskapsöversikt om analys över effekter och resultat av arbetssätt inom Nära Vård. Stockholm: SKR. SKR (2025) Fyra fokusflyttningar. 2025-12-15 <https://skr.se/naravard/dethararnaravard.8396.html#h-Fyrafokusforflyttningar>

1177 Vårdguiden. (2025). *FaR – fysisk aktivitet på recept*. 2022-05-24 <https://www.1177.se/Sormland/liv--halsa/fysisk-aktivitet-och-traning/far--fysisk-aktivitet-pa-recept/>

World Medical Association. (1996). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. World Medical Association. <https://www.wma.net>

Bilaga 1 - Baslinjeenkät

Del 1 – Patientrelaterade frågor

1. Hur gammal är du? _____ år.

2. Vilket kön har du?

Kvinna Man Annat/Vill ej uppge

3. Hur lång är du? *Svara i hela centimeter* _____ cm.

4. Hur mycket väger du?

Svara i hela kg. Om du är gravid ange hur mycket du brukar väga _____ kg.

Del 2 – Socioekonomiska frågor

5. Var är du född?

I Sverige I Norden Inom Europa Utanför Europa

6. Vilken är din högsta genomförda utbildning?

Grundskola, folkskola, realskola eller liknande 2-årigt gymnasium eller yrkesskola

3–4 årigt gymnasium Folkhögskola eller liknande

Universitet eller högskola, kortare än 3 år Universitet eller högskola, 3 år eller längre

Del 3 – Hälsorelaterade frågor

7. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

Mycket bra Bra Någorlunda Dåligt Mycket dåligt

8. Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?

Nej Ja

Vid ja → Medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt eller hindrar dig i dina andra dagliga sysselsättningar?

Nej, inte alls Ja, i någon mån Ja, i hög grad

9. Kan du springa en kortare sträcka (ca 100 meter)?

Ja Nej

10. Är du på grund av ditt hälsotillstånd begränsad i någon av följande aktiviteter? Sätt ett kryss på varje rad.

- Kan du gå upp ett trappsteg utan besvär? Tex. stiga på buss eller tåg. Ja Nej

- Kan du ta en kortare promenad (ca 5 min) i någorlunda rask takt? Ja Nej

- Behöver du hjälpmedel eller hjälp av någon annan för att förflytta dig utomhus? Ja Nej

11. Intar du regelbundet alternativt vid behov receptbelagda läkemedel?

Ne Ja

Vid svar ja, vänligen uppge vilket/vilka preparat (eller sorts preparat) samt mot vilken/vilka åkommor. Tex blodtrycksmedicin mot högt blodtryck, eller insulin för diabetes.

Frågor om nivå av fysisk aktivitet:

Om din aktivitet varierar under året, försök ta något slags genomsnitt. Fråga 12 handlar om regelbunden motion och träningsaktiviteter som gör att du blir andfådd och svettas, medan fråga 13 handlar om måttligt ansträngande fysisk aktivitet som får dig att andas något kraftigare än normalt, t.ex. promenader i rask takt, trädgårdsarbete, cykling eller simning.

12. 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
 30–59 minuter (0,5–1 timme) 60–89 minuter (–1,5 timme)
 90–119 minuter (1,5–2 timmar) 2 timmar eller mer

13. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsaktiviteter, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsaktiviteter?

- 0 minuter / ingen tid Mindre än 30 minuter
 30–59 minuter (0,5–1 timme) 60–89 minuter (1–1,5 timme)
 90–149 minuter (1,5–2,5 timmar) 150–299 minuter (2,5–5 timmar)
 5 timmar eller mer

14. Hur mycket sitter du under ett normalt dygn?

- Mer än 12 timmar 10–12 timmar
 7–9 timmar 4–6 timmar
 1–3 timmar Mindre än 1 timme
 Sitter eller ligger mer än 12 timmar per dygn på grund av funktionsnedsättning

Del 4 – Hälso-sjukvårdssystemers relaterade frågor

15. Vilken är din egen inställning till att ha fått FaR förskrivet?

- Mycket positiv Något positiv Ingen åsikt Något negativ Mycket negativ

16. Till vilken grad upplever du att metoden FaR är individanpassad utefter dina förutsättningar?

1 (låg grad)-10 (hög grad)

17. Vilken profession hade förskrivaren som ordinerade ditt FaR?

- Läkare Sjuksköterska Fysioterapeut /sjukgymnast Dietist Annan,
vänligen beskriv: _____

18. Vänligen gradera hur väl dessa påståenden stämmer för dig, i samband med att du fick FaR förskrivet:

”Förskrivaren bemöter mig med vänlighet, som om jag betyder något för hen.”

”Förskrivaren lyssnar på mina behov och önskemål”

1 (låg grad)-10 (hög grad)

Del 5 – Behandlingsrelaterade frågor

19. Hur fick du reda på att man kunde ansöka om FaR digitalt? *Markera endast ett alternativ.*

- Via ett fysiskt besök på min Vårdcentral eller inom hälso-sjukvården
- Via kontakt med professionell vid min vårdcentral eller inom hälso-sjukvården
- Via 1177
- Via massmedia, tex lokaltidning
- via vänner eller bekanta
- Via socialmedia
- Annat sätt, vänligen beskriv

20. På vems initiativ fick du ett FaR förskrivet? *Markera endast ett alternativ.*

- På eget initiativ, dvs. jag ville själv ha ett FaR
 - På rekommendation från en professionell inom hälso-sjukvården, tex läkare, sjuksköterska eller fysioterapeut
 - Annat initiativ, vänligen beskriv
-

21. Vilka är orsakerna till att du ansökte om FaR digitalt? *Möjligt att markera fler än ett alternativ.*

- behövde stöd i att börja bli fysiskt aktiv alternativt öka min nivå av fysisk aktivitet

 - behövde ökad kunskap om på vilket sätt jag kan vara fysiskt aktiv utefter mina förutsättningar

 - för hälsofrämjande eller förebyggande syfte (dvs. vill förhindra eller fördröja att åkomma/diagnos/tillstånd ev. bryter ut eller att förväntade komplikationer pga. tidigare åkomma/diagnos/tillstånd sker)

 - för behandling /behandlande syfte (dvs. har någon åkomma/diagnos/tillstånd som förbättras av fysisk aktivitet alternativt att smärta minskas av fysisk aktivitet)

 - av annan anledning, vänligen beskriv
-

Stort tack för din medverkan!

Bilaga 2 – Uppföljande enkät

Del 1 - Hälsorelaterade frågor

1. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

Mycket bra Bra Någorlunda Dåligt Mycket dåligt

2. Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?

Nej Ja

Vid ja → Medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt eller hindrar dig i dina andra dagliga sysselsättningar?

Nej, inte alls Ja, i någon mån Ja, i hög grad

3. Kan du springa en kortare sträcka (ca 100 meter)?

Ja Nej

4. Är du på grund av ditt hälsotillstånd begränsad i någon av följande aktiviteter? Sätt ett kryss på varje rad.

- Kan du gå upp ett trappsteg utan besvär? Tex. stiga på buss eller tåg. Ja Nej

- Kan du ta en kortare promenad (ca 5 min) i någorlunda rask takt? Ja Nej

- Behöver du hjälpmedel eller hjälp av någon annan för att förflytta dig utomhus? Ja Nej

5. Intar du regelbundet alternativt vid behov receptbelagda läkemedel?

Nej Ja

Vid svar ja, vänligen uppge vilket/vilka preparat (eller sorts preparat) samt mot vilken/vilka åkommor. Tex blodtrycksmedicin mot högt blodtryck, eller insulin för diabetes.

Frågor om nivå av fysisk aktivitet:

Om din aktivitet varierar under veckan, försök ta något slags genomsnitt. Fråga 6 handlar om regelbunden motion och träningsaktiviteter som gör att du blir andfådd och svettas, medan fråga 7 handlar om måttligt ansträngande fysisk aktivitet som får dig att andas något kraftigare än normalt, t.ex. promenader i rask takt, trädgårdsarbete, cykling eller simning.

6. Om du tänker på de 3 senaste månaderna, hur mycket tid ägnade du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?

- 0 minuter / ingen tid per vecka Mindre än 30 minuter per vecka
- 30–59 minuter (0,5–1 timme) per vecka 60–89 minuter (1–1,5 timme) per vecka
- 90–119 minuter (1,5–2 timmar) per vecka 2 timmar eller mer per vecka

7. Om du tänker på de 3 senaste månaderna, hur mycket tid ägnade du en vanlig vecka åt vardagsaktiviteter, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsaktiviteter?

- 0 minuter / ingen tid per vecka Mindre än 30 minuter per vecka
- 30–59 minuter (0,5–1 timme) per vecka 60–89 minuter (1–1,5 timme) per vecka
- 90–149 minuter (1,5–2,5 timmar) per vecka 150–299 minuter (2,5–5 timmar) per vecka
- 5 timmar eller mer per vecka

8. Hur mycket sitter du under ett normalt dygn?

- Mer än 12 timmar 10–12 timmar
- 7–9 timmar 4–6 timmar
- 1–3 timmar Mindre än 1 timme
- Sitter eller ligger mer än 12 timmar per dygn på grund av funktionsnedsättning
-

Del 2 – Hälso-sjukvårdssystemens relaterade frågor

9. Vilken är din egen inställning till att ha fått FaR förskrivet?

Mycket positiv Något positiv Ingen åsikt Något negativ Mycket negativ

10. Vänligen gradera hur väl dessa påståenden stämmer för dig, i samband med att du fick FaR förskrivet:

”Förskrivaren bemöter mig med vänlighet, som om jag betyder något för hen.”

”Förskrivaren lyssnar på mina behov och önskemål”

”Den förskrivna fysiska aktiviteten är anpassad utefter mina behov och förutsättningar”

1 (låg grad) -10 (hög grad)

Del 3 – Behandlingsrelaterade frågor

11. Om du tänker tillbaka till när du fick FaR förskrivet, har du sedan dess deltagit vid något uppföljningsbesök, fysiskt och/eller digitalt, av FaR med din förskrivare? *Välj ett alternativ nedan. Motivera gärna ditt svar.*

Nej

Ja

Vid svar ja: Vänligen uppskatta antal gånger du har haft uppföljning av FaR, sedan du fick FaR förskrivet: _____

Vid svar ja: ”Jag upplever att antalet uppföljningsbesök är anpassade utefter mina behov och förutsättningar”

1 (låg grad) -10 (hög grad)

Kommentar:

12. Om du tänker tillbaka till när du fick FaR förskrivet, skulle du säga att du har utfört den ordinerade fysiska aktiviteten enligt förskrivning, från förskrivning fram tills nu? *Välj ett alternativ nedan. Motivera gärna ditt svar.*

- Ja, har följt exakt enligt förskrivning/recept
- Ja, har följt förskrivningen/receptet men valde en annan typ av fysisk aktivitet
- Ja, följde förskrivningen/receptet i början, men inte längre
- Nej, har inte gjort något alls enligt förskrivning/recept

Kommentar:

Vid svar nej: Vilken eller vilka är huvudorsakerna till att du inte har följt ordinerad fysisk aktivitet?

- Sjukdom Tidsbrist Ej passande fysisk aktivitet Brist på motivation
 - Annat, vänligen motivera:
-

Vid svar ja: Vilka är de starkaste skälen till att du följer ordinerad fysisk aktivitet? Möjligt att välja fler alternativ. Motivera gärna ditt svar.

- Hade redan innan FaR bestämt mig för att öka min fysiska aktivitet
- Samtalet med förskrivaren vid förskrivningen
- Receptet i sig
- Ökad kunskap om effekten av fysisk aktivitet
- Uppföljning av FaR med förskrivaren
- Annat skäl

Kommentar:

13. Tänk tillbaka sen innan du fick FaR förskrivet. Har du upplevt någon skillnad gällande din hälsa och ditt mående, innan FaR jämfört med nu när du har FaR? *Möjligt att välja fler alternativ. Motivera gärna ditt svar.*

- har känt skillnad mentalt/psykiskt
- har märkt skillnad kroppsligt/fysiskt
- Förbättrad kondition eller rörlighet
- Förbättrad sömn
- Bättre humör / gladare
- Känner mig piggare / har mer energi
- Förändrad kroppsvikt / förändrade kroppsmått
- Förändrad dos gällande befintliga receptbelagda mediciner som intas regelbundet eller vid behov
- Har märkt annan sorts skillnad, vänligen motivera _____
- Har inte märkt/känt någon skillnad alls

Kommentar: _____

14. Hur nöjd är du med metoden FaR som helhet? Välj ett alternativ nedan.

Motivera gärna ditt svar.

- Mycket nöjd
- Ganska nöjd
- Ingen åsikt
- Ganska missnöjd
- Mycket missnöjd

Kommentar:

15. Vad tyckte du om att ansöka om FaR digitalt? Välj ett alternativ nedan. Motivera gärna ditt svar.

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

Kommentar:

16. Har du några förbättringsförslag, hur man skulle kunna vidareutveckla eller förbättra metoden FaR via digital ingång?

Stort tack för din medverkan!

Bilaga 3 – FaR-förteckning

FaR Digitalt Förteckning

Beskrivning:

Denna förteckning utgör en dokumentation över den totala omfattningen av FaR digitalt, sådan information som utvärderingen inte kan samla in på annat sätt. Denna dokumentation ska endast göras under utvärderingens **rekryteringsperiod (240909 tom 250209)**. FaR samordnare vid respektive vårdcentral är ansvarig för att dokumentation utförs korrekt. Vid vårdcentraler där flertalet förskrivare finns, rapporterar dessa siffor till FaR-samordnaren.

Ort: Namn Vårdcentral: Namn FaR-samordnare/kontaktperson:

a. Vecka	b. Antal ansökningar FaR digitalt (räkna för just denna vecka, när ansökningar precis kommit in och innan vården tar kontakt)	c. Antal av de som ansökt om FaR digitalt men som ej går att kontakta. (när vården tar första kontakt efter ansökan, räkna in personen endast efter sista kontaktförsöket)	d. Antal av de som ansökt om FaR digitalt som INTE fick FaR förskrivet, samt ev. orsak. (räkna bara de som får avslag just denna vecka)	e. Antal av de som ansökt om FaR digitalt som fick FaR förskrivet (räkna bara de som får beviljat/bifall just denna vecka)	f. Antal av de som fick FaR förskrivet men som ej godkänner mer information om utvärderingen (räkna bara de som inte godkänner mer info just denna vecka)
<i>Exempel</i>	10	2	3	5	0
v. 37					
v. 38					
v. 39					
v. 40					
v. 41					
v. 42					
v. 43					
v. 44					
v. ...					
TOT					

Bilaga 4 - Intervjuguide

INLEDANDE FRÅGOR	Följdfrågor
Vad hade ni för förväntningar på FaR digitalt, när det infördes (nov-23)?	Motivera...
HUVUDFRÅGOR	
Vad tycker ni om FaR digitalt?	<ul style="list-style-type: none"> - Vilka möjligheter anser ni finns med metoden FaR digitalt? - Vilka hinder anser ni finns för metoden FaR digitalt? - Patientens perspektiv? - Medarbetarens /verksamhetens perspektiv?
Under rekryteringsperioden, (utifrån den info vi fått på möten med er) så var det inte så många som ansökte om FaR digitalt. Vad tror ni att det beror på?	<ul style="list-style-type: none"> - Patientens perspektiv? Vet inte /inte marknadsförts ordentligt? Inte intresserade? - Medarbetarens /verksamhetens perspektiv? - Motivera?
Baserat på de erfarenheter ni har av FaR digitalt, vad ser ni för möjligheter för FaR digitalt i framtiden?	<ul style="list-style-type: none"> - Vad saknas? Tid, resurser, mer prioriterat? - Vad kan man göra bättre? - Vidareutveckla? - Varför inte fortsätta, motivera?
AVSLUTANDE FRÅGOR	
Är det något som vi <u>inte</u> frågat/pratat om, men som ni vill nämna?	-