



Rapport

2006:11

Fysisk aktivitet på Recept (FaR) i Östergötland 2005

- Lovande resultat, men receptet för framtiden ligger i en ännu bättre samverkan



Linköping December 2006

Matti Leijon
Lotta Fornander





Folkhälsövetenskapligt centrum
i Östergötland

Fysisk aktivitet på Recept (FaR) i Östergötland 2005

- Lovande resultat, men receptet för framtiden ligger i en ännu bättre samverkan

Linköping december 2006

Matti Leijon
Lotta Fornander

Innehållsförteckning

FÖRORD	2
SAMMANFATTNING	3
INTRODUKTION	4
BAKGRUND	5
FYSISK AKTIVITET OCH FAR I ÖSTERGÖTLAND.....	7
SYFTE	8
MATERIAL OCH METOD	8
RESULTAT	9
ORDINATIONSMÖNSTER OCH FÖLJSAMHET FÖR FAR-PATIENTER 2005.....	9
<i>Följsamhet och förändrad aktivitetsnivå</i>	14
DISKUSSION	18
KONKLUSION	20
REFERENSER	21

BILAGA 1. ORDINATION AV FYSISK AKTIVITET

BILAGA 2. UPPFÖLJNING AV ORDINERAD FYSISK AKTIVITET

Förord

Ett stort tack till alla Er FaR-samordnare som arbetat med FaR på länets vårdcentraler under 2005. Utan er hjälp och med ert idoga arbete hade denna uppföljning inte varit möjlig att genomföra. Det är tack vare er; som har manat på era kollegor att ordinera FaR, som samlat in alla ordinationsblanketter, gjort uppföljande samtal med en väldigt stor andel av de patienter som erhållit fysisk aktivitet på recept (FaR) och sist men inte minst sammanställt data i Excellmallen innan den skickats till oss.

Ett stort tack till kollegan Magdalena Jacobson, för värdefulla synpunkter, hjälp med korrektur och layout men framförallt för ett otroligt tålamod då detta dokument, tack vare vårt referensprogram Endnote, kraschade i tid och otid. Utan din hjälp så hade detta varit en rapport utan referenser, om det ens blivit någon rapport. Tack till Mikael Åkeberg, för hjälp med att ta fram primärvårdens besöksstatistik, samt ett tack till Lars Walter för hjälp med analys av besöksstatistikens innebörd. Till sist ett tack till övriga kollegor på Folkhälsovetenskapligt centrum som på olika sätt har varit behjälpliga med att få rapporten klar.

Rapporten är författad av folkhälsovetaren Matti Leijon och statistikern Lotta Fornander, båda Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland.

Sammanfattning

Under två års tid har FaR statistik samlats in inom ramen för Landstingets mål & måttsatsning. Det har resulterat i totalt 6 300 ordinationer. En siffra som vid en första anblick visar att arbetet i Östergötland är relativt framgångsrikt. När resultaten sätts i relation till den potential som arbetsformen har, det behov som finns i befolkningen och det stora antal människor som besöker primärvården, så är inte ett FaR-arbete som når någon eller några procent av dem som besöker primärvården en lika imponerande siffra.

Resultaten i 2005 års uppföljning bekräftar i mångt och mycket de resultat som presenterades i uppföljningen för år 2004. Nytt för denna uppföljning är yrkes-FaR-kvoten, där antalet ordinationer per yrkesgrupp sätts i relation till antal unika individer som besöker varje yrkesgrupp under ett år. Enligt yrkes-FaR-kvoten är sjukgymnasterna den grupp som står för flest ordinationer i relation till antalet patientbesök. Det kan jämföras med att läkarna är den grupp som står för flest ordinationer sett till det totala antalet ordinationer. Den naturliga förklaringen är att läkarna och sjuksköterskorna är betydligt fler och träffar fler patienter än exempelvis sjukgymnaster, arbetsterapeuter och dietister.

Tidigare studier har visat att samtal om målsättningen med den ordinerade aktiviteten och att ge stödjande material har kunnat höja följsamheten. Detta har inte kunnat bekräftas i denna uppföljning.

Hälso- och sjukvården anses ha en viktig roll för den långsiktiga hälsoutvecklingen i samhället via sin professionella kompetens, sitt starka inflytande över kunskapsutvecklingen, sin breda kontaktyta med allmänheten och sin vardagliga närvaro i lokalsamhället. Den evidens som idag finns tillgänglig gör gällande att det råder ett tydligt samband mellan fysisk aktivitet och hälsa. Dessutom är de mest verkningsfulla insatserna de där olika aktörerna i lokalsamhället samverkar. Här är det viktigt att varje aktör hittar sin roll i det förebyggande arbetet och bidrar med det som just de är bäst på.

Slutsatsen är att FaR-arbetet i Östergötland visar på goda resultat och att resultaten i likhet med andra studier visat att arbetsformen är lovande men att det fortfarande finns mycket implementeringsarbete kvar att göra. Ett recept för framgång i framtiden ligger i en ännu bättre samverkan mellan forskare och praktiker, inom olika områden och arenor, där målet är att påverka människors levnadsvanor i en för hälsan positiv riktning.

Introduktion

Bristen på fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, tobaksbruk och riskbruk av alkohol är fortfarande våra största orsaker till sjuklighet och död. Den livsstilsrelaterade ohälsan är en stor belastning för hälso- och sjukvården och medför därför stora kostnader. Effektiva interventioner för att nå dessa utsatta grupper är bland det mest effektiva arbete som sjukvården kan göra för att minska incidensen och allvarlighetsgraden av de mest bidragande orsakerna till sjukdom och handikapp¹.

En stillasittande livsstil medför en kraftigt ökad risk för sjuklighet och förtidig död^{2,3,4,5}. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är fysisk inaktivitet en av de största orsakerna för sjukdom i de europeiska länderna⁶. Den samlade evidensen för betydelsen av fysisk aktivitet i behandlingen av en lång rad sjukdomar är idag entydig^{2,3,4,5,7} och sträcker sig så långt som att fysisk aktivitet och träning, för vissa individer, anses vara lika effektivt som läkemedelsbehandling – och i vissa fall mer effektiv eller ger en förbättrad effekt av läkemedelsbehandling. Människor i alla åldrar, både män och kvinnor, erhåller hälsovinster genom att röra på sig och det finns idag en tydlig evidens, där ökad fysisk aktivitet är viktig för att förbättra hälsa, välbefinnande och livskvalitet^{3,4,8,9}.

Sedan år 2000 finns det en svensk rekommendation som säger att:

”Alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter. Intensiteten bör vara måttlig, till exempel rask promenad”

Rekommendationen bygger på ett dos-responsförhållande mellan mängden fysisk aktivitet (produkten av intensiteten, duration och frekvens) som kan uttryckas med energimått och sjuklighet respektive död i exempelvis hjärtkärlsjukdom. Den stora hälsopotentialen ligger i att öka den totala fysiska aktivitetsnivån, både i anslutning till arbetet och på fritiden^{3,10}.

För att kunna öka befolkningens aktivitetsnivå krävs det strategier och interventioner, på flera nivåer och inom olika arenor^{11,12,13} samt stöd av flera olika huvudmän¹⁴. Ur ett folkhälsoperspektiv är det viktigt att nå de i samhället som är minst aktiva och att öka deras aktivitetsnivå. En liten ökning i aktivitetsnivå hos de grupper som är mest inaktiva har en större påverkan på folkhälsan än stora förbättringar hos några få, eller en förbättring hos de grupper som redan är fysiskt aktiva^{15,16}. WHO menar att ökad fysisk aktivitet är ett samhällsligt problem, inte bara ett individuellt problem. För att öka befolkningens aktivitetsnivå krävs därför en samverkan mellan olika samhällsaktörer, inom och mellan olika yrkesgrupper, där populationsbaserade insatser med utgångspunkt från olika människors och grupperns behov är ledstjärna.

Hälso- och sjukvårdspersonal har en nyckelroll i arbetet med att främja fysisk aktivitet^{17,18,19,20}. Nationella folkhälsokommittén fastslog i sin underlagsrapport för de nationella folkhälsomålen, att sjukvårdens största roll för folkhälsan är att vid varje vårdtillfälle tillämpa en människosyn och ett hälsoorienterat förhållningssätt som hjälper också den redan sjuke att bibehålla och stärka sitt fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Vidare menar man att hälso- och sjukvården har en stor

betydelse för den långsiktiga hälsoutvecklingen i samhället, via sin professionella kompetens, sitt starka inflytande över kunskapsutvecklingen, sin breda kontaktyta med allmänheten och sin vardagliga närvaro i lokalsamhället²¹. Hälso- och sjukvården har dessutom goda möjligheter att nå stora delar av befolkningen, då 70 procent av befolkningen besöker hälso- och sjukvården någon gång under ett år²². Dessutom har studier från Östergötland visat att de patienter som får livsstilsråd är mer nöjda med sitt besök än de som inte får livsstilsråd²³.

Trots att intresset för att främja fysisk aktivitet inom sjukvården har ökat, där såväl professionella organisationer som hälso- och sjukvårdspersonal^{17,24,25} tycks bli mer positivt inställda till att ordinera fysisk aktivitet, kvarstår den stora implementeringsutmaningen; att gå från den evidens som idag finns om hälsovinster med fysisk aktivitet till att på ett bra och effektivt sätt integrera det i den kliniska vardagen²⁶. En implementering som försvåras av en stressig arbetssituation för personalen, som anser sig sakna tid, kunskap eller metoder för den här typen av livsstilsintervention²⁷.

Bakgrund

Ett sätt att mer systematiskt arbeta med att främja fysisk aktivitet är en skriftlig ordination på fysisk aktivitet. Det är en arbetsform som blivit allt vanligare i ett flertal länder det senaste årtiondet under namn som: exercise on prescription, green prescription, referral to exercise, physical activity on prescription, counselling about physical activity^{28,29,24,30} och dess svenska motsvarigheter: motion på recept, friskvård på remiss, ordination på fysisk aktivitet och Fysisk aktivitet på Recept (FaR).

De olika arbetsformerna skiljer sig lite från varandra men sammanfattas ganska bra med följande definition:

”As an intervention where there is a referral by an appropriate professional to a service where there is a formalised process of assessment to that persons need: the development of a tailored physical activity programme to meet that need; and monitoring of the individual’s progress.”³¹

I Sverige är Fysisk aktivitet på Recept (FaR) idag ett vedertaget begrepp för hur hälso- och sjukvården kan arbeta med att främja fysisk aktivitet. FaR innebär en för individen anpassad ordination, på motsvarande sätt som konventionell behandling. FaR innefattar alltifrån ett enkelt skriftligt råd på en aktivitet, som individen själv genomför, till en helhetslösning som bygger på en stödjande struktur med en fungerande vårdkedja från förskrivare till aktivitetsarrangör eller ledare. Förskrivaren kan vid ordinationstillfället finna sjukdomsanpassade råd och anvisningar i kunskapsbanken FYSS¹. Den bakomliggande orsaken till att ordinationen är skriftlig

är att studier visat på att det skriftliga rådet ger en bättre följsamhet än det muntliga^{17,20,32,33,34,35,36}.

¹ YFA och Ståhle A (red.). FYSS. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. 2003.

I den nyligen utgivna SBU-rapporten *Metoder för att främja fysisk aktivitet – en systematisk litteraturöversikt* drar SBU slutsatsen att rådgivning från vårdpersonal till patienter har betydelse. Det finns starka vetenskapliga belägg för att aktiviteten hos patienter som har fått sådana råd är klart ökad minst ett halvår efter samtalet. Rapportens slutsatser beträffande rådgivning är att det finns starkt vetenskapligt underlag för att rådgivning till patienter i klinisk vardagsmiljö leder till att de ökar sin fysiska aktivitet med 12-50 procent under minst sex månader efter rådgivningstillfället. Dessutom finns det vetenskapligt underlag, om än begränsat, att en ökad frekvens och intensitet av rådgivning, genom upprepad kontakt under flera månader, medför ytterligare ökad fysisk aktivitetsnivå samt för att rådgivning kompletterad med till exempel recept på fysisk aktivitet, dagbok, stegräknare eller informationsbroschyr leder till ytterligare 15-50 procents ökning av den fysiska aktiviteten. Det råder ännu så länge ingen konsensus om hur och på vilket sätt hälso- och sjukvården ska/kan arbeta för att främja fysisk aktivitet på det mest effektiva sättet³⁷. I en annan nyligen genomförd kunskapssammanställning på området, påvisas ett positivt resultat med en ökad fysisk aktivitetsnivå för de patienter som erhållit ordination på fysisk aktivitet/träning. Det var tio procent fler i interventionsgrupperna än i kontrollgrupperna som hade ökat sin fysiska aktivitetsnivå. Dessutom fann man belägg för att ordinerad fysisk aktivitet är en bra och fungerande metod för såväl läkare som patienter som frivilligt medverkat i FaR-program. Dessa kunskapssammanställningar inkluderar oftast studier som är gjorda i speciella populationer eller under speciella förhållanden och tar ofta liten hänsyn till huruvida resultaten är överförbara till praktisk vardag. Få studier beskriver resultat från studier gjorda i rutinverksamhet eller som beaktar interventionens effekt på befolkningsnivå. I en av dessa studier där receptförskrivning av fysisk aktivitet studerats i en mer rutinmässig kontext, där befintliga register använts i ett geografiskt avgränsat distrikt, var resultaten något nedslående. De medverkade 125 läkarna i studien producerade under en femårsperiod 6 610 recept, vilket bara motsvarade fyra procent av den inaktiva befolkningen i distriktet. Författaren ställer sig därför frågande till huruvida detta verkligen bidrar till utvecklingen av hälsan i distriktet och om denna intervention verkligen medför att befolkningen blir mer aktiv. Andra studier med liknande utgångspunkt har liknande resultat, där relativt stora förskrivningsvolymerna i antal individer sett, ändå i genomsnitt bara motsvarar ungefär ett recept per läkare och månad. Slutsatsen av dessa resultat stärker därmed teorin om att det fortfarande råder ett påtagligt ointresse för att främja fysisk aktivitet i relation till evidensen för den effekt en ökad fysisk aktivitet har för hälsa, sjuklighet och död.

Trots att det inom forskningen idag inte råder någon enighet om, och i så fall hur, effektivt det är att ordinera fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården^{29,17,36}, är det ändå mycket som ändå talar för vikten av att rekommendera fortsatt utveckling av ordinerad fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården. Ett stort antal professionella yrkesorganisationer samt nationella institutioner har i sina rekommendationer och styrdokument lyft fram främjandet av fysisk aktivitet inom primärvården som ett viktigt utvecklingsområde. En av de senare är American College of Preventive Medicine som, år 2005 i tidskriften *American Journal of Preventive Medicine*, på ett tydligt sätt argumenterar för att primärvården rutinmässigt bör involvera råd angående fysisk aktivitet i patientmötet. Ett antal faktorer listas som anses vara framgångsfaktorer i lyckade interventioner, exempelvis:

- att personalen har fått kvalitativ fortbildning
- ändamålsenlig mätning av patientens aktivitetsnivå
- användning av beteendeförändringsmodeller
- skraddarsydda råd för utsatta subgrupper
- fokus på förändring av en livsstil i taget (jämfört med att förändra flera levnadsvanor på en gång)
- involvera team inom sjukvårdspersonal som hjälps åt att genomföra olika delar av interventionen
- bra stödssystem och tydliga rutiner på respektive enhet
- inkludera skriftliga individanpassade råd baserade på modeller för beteendeförändring
- involvera någon form av uppföljning av patienter (återbesök, telefon etc)

Dessutom anses 5A strukturen (assess, advice, agree, assist and arrange) vara mycket lovande, som en effektiv modell, vilken relativt enkelt kan införas inom primärvården. Det betonas dessutom att när arbetet når en viss nivå, så innebär det inte alltid bättre resultat att genomföra mer detaljerade, och därmed dyrare, interventioner.

Fysisk aktivitet och FaR i Östergötland

En förutsättning för att utveckla arbetsformer för att främja fysisk aktivitet är att det finns ett behov av att öka den fysiska aktivitetsnivån i befolkningen eller hos vissa utvalda grupper. I den senaste befolkningsundersökningen i Östergötland framkom att endast 25 procent av den vuxna befolkningen är regelbundet fysiskt aktiva. Det är något fler än vid den förra befolkningsundersökningen 1999, men undersökningen påvisar återigen att det bara är var fjärde östgöte som kan kategoriseras som regelbundet fysiskt aktiv³⁸.

I Östergötland startade den första vårdcentralen sitt arbete med att ordinera fysisk aktivitet redan år 1985. Sedan 1999 har nya vårdcentraler tillkommit varje år och år 2005 tillämpade samtliga vårdcentraler i länet FaR. En tidigare rapport där primärvårdens arbete med att arbeta med FaR i Östergötland har beskrivits, visar att den modell som används för att ordinera FaR i Östergötland på ett framgångsrikt sätt har implementerats på vårdcentralerna. Rapporten visar även att de patienter som ordinerats FaR under 2004 uppvisar god följsamhet samt att flertalet har blivit mer fysiskt aktiva och besvärsfria. För en mer utförlig beskrivning av hur arbetet i Östergötland är uppbyggt och hur modellen fungerar i praktiken hänvisas till rapporten *Fysisk aktivitet på recept (FaR) – fungerar det? En utvärdering av östgötamodellen*.

Mål & mått arbetet i Östergötland

Mål & mått är benämningen på den särskilda kvalitetsersättning som utgår till vårdcentralerna i Landstinget i Östergötland. Uppföljningsmättet från vårdcentralerna ska vara en indikator på god vårdkvalitet, hög tillgänglighet med mera. År 2004 infördes FaR som en mål- & måttparameter, för en mer utförlig beskrivning av mål & mått hänvisas till föregående rapport, *Fysisk aktivitet på recept – fungerar det? En utvärdering av östgötamodellen*.

Syfte

Syftet med rapporten är att beskriva primärvården i Östergötlands arbete med Fysisk aktivitet på Recept (FaR) under 2005:

- med avseende på förskrivningsmönster och följsamhet
- i jämförelse med förskrivningen år 2004
- i relation till primärvårdens besöksstatistik och den fysiska aktivitetsnivån i befolkningen.

Material och metod

Studiepopulationen består av de patienter som under 2005 ordinerats fysisk aktivitet på recept (FaR) inom primärvården i Östergötland samt de vårdcentraler och dess personal som medverkade i FaR-arbetet inom ramen för landstingets mål & mått arbete 2005. I datainsamlingen medverkade 38 av 42 vårdcentraler, vilket kan jämföras med att 37 av 42 vårdcentraler medverkade under 2004.

För att beskriva ordinationsmönstret samt följsamheten för de patienter som ordinerats FaR, har information från ordinationsblanketten som används vid ordinationstillfället (bilaga 1) och uppföljningsenkäten (bilaga 2) sammanställts. Uppföljningen gjordes efter tre till fyra månader från ordinationstillfället via telefonsamtal, postenkät eller vid återbesök.

Datainsamlingen vid ordinationstillfället inkluderade bland annat information om patientens ålder, kön, livskvalitet enligt fråga ett i SF-36³⁹, nuvarande aktivitetsnivå, förskrivningsorsak/diagnos, ordinerad aktivitet, receptmottagare/egen aktivitet samt yrkeskategori på förskrivaren. Uppföljningen inkluderade frågor om aktivitetsnivå, livskvalitet, följsamhet till ordinerad aktivitet, huvudsakliga aktiviteter sedan ordinationstillfället, påverkan på symptom och allmänt hälsotillstånd samt huvudorsak till eventuellt avbrott.

För att uppskatta patienternas fysiska aktivitetsnivå användes på ordinationsblanketten (Se bilaga 1) en fråga om nuvarande fysiska aktivitetsnivå, som lyder: *Hur många dagar (0-7) med minst 30 minuters sammanlagd tid av fysisk aktivitet per vecka.* Patienten ombads att uppskatta sin aktivitetsnivå både för den senaste veckan och för en normal vecka.

För att kunna sätta det totala antalet ordinationer i relation till antalet unika individer som besökt varje vårdcentral under ett år, konstruerades måttet FaR-kvot. På motsvarande sätt konstruerades yrkes-FaR-kvoten som beskriver antalet ordinationer av respektive yrkeskategori i relation till antal unika individer som besöker den yrkesgrupp under ett år. För detta ändamål har besöksstatistik från landstingets vård-datalager använts.

All patientdatainsamling genomfördes av vårdcentralerna och resultaten fördes över till en för ändamålet framtagen Excel-mall. Excellmallarna sammanställdes sedan på Folkhälsovetenskapligt centrum. De statistiska beräkningarna har gjorts i SPSS, version 14.0.

Resultat

Ordinationsmönster och följsamhet för FaR-patienter 2005

Nedan följer en beskrivning av ordinationsmönster och följsamhet för de patienter som ordinerats fysisk aktivitet på recept (FaR) i Östergötland under 2005. De patientuppföljningar som har gjorts efter tre till fyra månader benämns i texten som tremånadersuppföljning. Jämförelser mellan åren 2004 och 2005 är samlade i tabell 1.

Antal FaR-ordinationer 2005

Under 2005 ordinerades totalt 2 956 patienter FaR i Östergötland, vilket resulterar i ett snitt på 78 ordinationer per vårdcentral (med en spridning från 20-154). FaR-kvoten beskriver antalet ordinationer per vårdcentral relaterat till antalet unika individer som besökte varje vårdcentral under året, vilket resulterade i att varje vårdcentral i medeltal ordinerade fysisk aktivitet till 1,3 procent av de individer som besökte vårdcentralen under 2005. Det var 90 procent av ordinationerna som enligt informationen på ordinationsmallen hade blivit journalförda.

Datinsamling

De flesta ordinationsblanketter (n=2 950), 84 procent, fylldes i av förskrivaren vid ordinationstillfället. Resterande 16 procent fylldes i av annan personal på enheten, vanligtvis FaR-samordnaren, och då som en administrativ uppgift. Vid tremånadersuppföljningen (n=2 449) var telefonintervju den vanligaste metoden, 68 procent, följt av postenkät 19 procent, återbesök 7 procent medan 6 procent uppger att patienten inte kunnat kontaktas.

Mål & mått

Det var 38 av länets 42 vårdcentraler som hade möjlighet att få ta del av mål & mått-ersättningen. Av dessa uppfyllde samtliga den första strukturnivån. Trettio av 42 vårdcentraler uppfyllde den andra nivån om förskrivningsvolym, som var satt till mellan 50-100 ordinationer per enhet beroende på storlek. Den tredje nivån handlade om uppföljningen efter tre månader. Den genomfördes på 29 enheter och tolv månadersuppföljningen av 2004 års patienter genomfördes av 24 enheter (se rapport 2004). Det resulterade i att 20 enheter erhöll full ersättning och ytterligare sju erhöll en nittioprocentig ersättning för mål och mått 2005.

Kön och ålder på patienter

Två av tre patienter (67 procent) som ordinerats fysisk aktivitet är kvinnor. Det är ett genomgåendemönster, då samtliga vårdcentraler i länet redovisar fler FaR-ordinationer till kvinnor än till män. Andelen kvinnor som ordinerats FaR varierar från 50 till 85 procent. Det kan delvis förklaras av att något fler kvinnor (55 procent) än män, enligt landstingets egen statistik, besöker vårdcentral. Kvinnorna har dessutom en högre FaR-kvot än män, 1,6 procent mot 1 procent, se tabell 1.

Medelåldern för de patienter som ordinerats fysisk aktivitet är 54 år med en spridning från 12 till 96 år. Medelåldern för män är 55 år och för kvinnor 54 år.

Tabell 1. Beskrivning och jämförelse av vårdcentralernas FaR-ordinationer 2005 och 2004

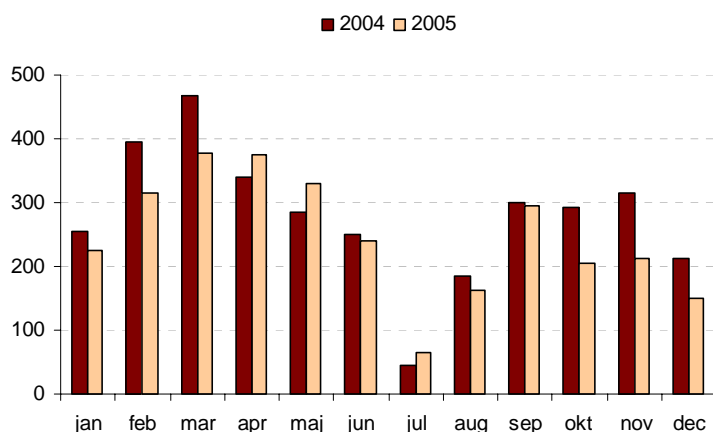
	2005	2004
Antal FaR i E-län (totalt)	2 956	3 344
Medelvärde FaR per VC, (spridning)	78 (20-154)	90 (42-182)
Kvinnor som ordinerats FaR (andel) (spridning, dvs den högsta och lägsta andelen för olika vårdcentraler)	67 (50-85)	66 (44-82)
Kvinnor som besöker VC (andel) (spridning, dvs den högsta och lägsta andelen för olika vårdcentraler)	55 (52-59)	55 (52-60)
FaR-kvot* i procent	1,3	1,6
Kvinnor	1,6	1,9
Män	1,0	1,2
Förskrivning (andel)		
Yrkesgrupp		
Läkare	32	38
Sjuksköterska/ Distriktssköterska	28	31
Sjukgymnast	21	15
Arbetsterapeut	1	2
Dietist	6	4
Beteendevetare	1	2
Annan	11	8
Patientdata		
Medelålder	54	54
Kvinnor	54	53
Män	55	55
Åldersklasser (andel)		
0-17 år	0,6	0,4
18-29 år	6,2	4,8
30-44 år	18,8	21,4
45-64 år	49,1	50,3
65- år	25,3	23,1

* FaR-kvoten beskriver antalet ordinationer per vårdcentral relaterat till antalet unika individer som besökte varje vårdcentral under året.

Ordinationer fördelade på årets månader

I genomsnitt ordinerades FaR till 246 patienter per månad under 2005, motsvarande siffra för 2004 är 279. Ordinationerna följer samma mönster som föregående år, där ordinationerna fördelat på årets månader visar att flest patienter har ordinerats fysisk

aktivitet under mars och april. Minst ordinationer förekommer under juli månad, se figur 1.



Figur 1. Antal ordinationer per månad under år 2004 och 2005.

Yrkesgrupp

Den yrkesgrupp som ordinerat fysisk aktivitet till flest patienter är läkarna (32 procent) följt av sjuksköterskor och sjukgymnaster. Resultaten följer ett liknande mönster som föregående år, med den förändringen att andel läkare har minskat något framförallt till förmån för en ökad andel sjukgymnaster (se tabell 1). Enligt yrkes-FaR-kvoten, det vill säga när antalet ordinationer per yrkesgrupp relaterat till antal unika individer som besöker varje yrkesgrupp under ett år, är sjukgymnasterna den grupp som redovisar de högsta värdena följt av beteendevetare och dietister (tabell 2).

Tabell 2. Yrkes-FaR-kvoten*, 2005 och 2004

Yrkesgrupp	Yrkes-FaR-kvot i procent 2005	Yrkes-FaR-kvot i procent 2004
Läkare	0,4	0,6
Sjuksköterska/ Distriktssköterska	0,7	0,9
Sjukgymnast	22	15
Arbetsterapeut	0,7	0,6
Dietist	5	4
Beteendevetare	16	10
Annan	1,3	1,3

* Yrkes-FaR-kvoten beskriver antalet ordinationer per yrkesgrupp relaterat till antal unika individer som besöker varje yrkesgrupp under ett år

Diagnos/ordinationorsak

Den vanligaste diagnosen eller orsaken till att patienten ordinerats fysisk aktivitet är *problem i rörelseorganen* och *BMI över 25*, följt av *högt blodtryck* och *diabetes*. Vissa skillnader föreligger mellan könen, där kvinnor har mer problem i rörelseorganen och män i större utsträckning ordinerar fysisk aktivitet med anledning av högt blodtryck och diabetes, se tabell 3. Då varje patient kan ha flera diagnoser än en, är totalsumman för varje kategori större än 100 procent.

Tabell 3. Andel ordinationer* av fysisk aktivitet 2005 utifrån diagnoser uppdelat på total, kön, ålder samt jämförelse med det totala resultatet 2004

Huvudorsaker/ diagnoser	2005					2004
	Kvinnor (n= 1972)	Män (n=983)	0-44 år (n=758)	45+ (n=2196)	Total (n=2943)	Total (n=3306)
BMI >25	35	38	37	36	36	35
Högt blodtryck	21	30	9	29	24	23
Diabetes	19	35	7	30	24	22
I förebyggande syfte (inaktiv)	14	15	19	13	15	14
Psykisk ohälsa	12	8	20	8	11	8
Höga blodfetter	10	12	3	13	10	7
Annat	12	10	9	12	11	7

* Då varje patient kan ha flera diagnoser än en, är totalsumman för varje kategori större än 100 procent.

I tabell 4 redovisas vilka huvudorsaker/diagnoser som varit de vanligaste för läkare respektive annan vårdpersonal. Läkare ordinerar något fler patienter inom kategorierna BMI >25, högt blodtryck, förebyggande och psykisk ohälsa medan de övriga grupperna ordinerar patienter med problem i rörelseorganen och diabetes i större omfattning.

Tabell 4. Andel ordinationer* av fysisk aktivitet per diagnos/huvudorsak för läkare samt annan vårdpersonal 2004 och 2005

Huvudorsaker/ diagnoser	2005		2004	
	Läkare (n=904)	Annan vårdpersonal (n=1962)	Läkare (n=1238)	Annan vårdpersonal (n=2014)
Problem i rörelseorganen	39	47	36	34
BMI >25	43	34	37	34
Högt blodtryck	28	22	23	23
Diabetes	18	28	16	27
I förebyggande syfte (inaktiv)	20	12	16	14
Psykisk ohälsa	18	8	11	6
Höga blodfetter	12	10	8	7
Annat	12	10	8	6

* Då varje patient kan ha flera diagnoser än en, är totalsumman för varje kategori större än 100 procent.

Ordinationen

Patientens ordinationer innehöll i många fall flera aktiviteter, vilket gör att totalsummorna i de följande tabellerna är mer än 100 procent. De patienter som ordinerats fysisk aktivitet har i 59 procent av fallen (n=2 596) ordinerats någon form av konditionsträning. En tredjedel (32 procent) hade ordinerats träning i form av rörlighet och smidighet medan en fjärdedel (26 procent) har ordinerats styrketräning. Dessutom har 23 procent ordinerats ”uppehållande” och 19 procent ”uthållighet”, vilket kan ses som aktiviteter på något lägre intensitetsnivå än exempelvis konditionsträning och styrketräning.

Av patienterna har 64 procent ordinerats egen aktivitet och 56 procent har ordinerats aktivitet hos någon aktivitetsaktör. I tabell 5 visas den vanligaste ordinerade aktiviteten, vilken är promenader följt av vattengymnastik och styrketräning.

Tabell 5. Andel recept som där de olika aktiviteterna ingår ensamma eller tillsammans med annan aktivitet

Aktivitet	Totalt (n=2956)	Egen regi % (antal)	Hos aktör % (antal)
Promenad	58	53 (1571)	5 (139)
Stavgång	8	5 (144)	3 (95)
Löpning	1	1 (28)	0,1 (4)
Simning	3	3 (96)	
Spinning/cykel	2		2,3 (68)
Vattengympa	26	2,5 (74)	24 (709)
Gympa	11	2,5 (75)	9 (253)
Styrketräning	20	4 (132)	16 (462)
Kom igång-gympa	2,6		2,6 (76)
Boll/racket	1,3	0,7 (22)	0,5 (15)
Annat	25	16 (487)	9 (253)

Den på ordinationerna vanligast förekommande ”veckodosen” av fysisk aktivitet är en ordination med FaR-aktiviteter tre dagar i veckan (22 procent), följt av två dagar i veckan (17 procent). Det är 15 procent av patienterna som blivit ordinerade aktivitet för 7 dagar i veckan. De flesta ordinationer, 82 procent (n= 2 224), inkluderar ett råd om en aktivitet med en durration på mellan 30 och 60 minuter per tillfälle.

Av de patienter som har ordinerats aktivitet hos aktivitetsarrangör (n=1 659) under 2005 (2004 års siffror inom parentes) har störst andel hänvisats till: *Korpen* 46 procent (48 procent), följt av *gym och friskvårdsanläggningar* 24 procent (16 procent), *Östergötlands idrottsförbund* 15 procent (9 procent), *Friskis & Svettis* 8 procent (11 procent). Resterande patienter har blivit hänvisade till en *annan alternativt lokal aktör* 16,2 procent (7 procent). Eftersom vissa patienter kan ha blivit hänvisade till aktiviteter hos mer än en aktivitetsarrangör blir totalsumman mer än 100 procent.

Följsamhet och förändrad aktivitetsnivå

Följsamhet

Följsamhet har vid uppföljningen uppskattats med den direkta frågan till patienten: *Har du följt ordinationen på fysisk aktivitet?* Det är 58 procent av patienterna (n=2 266) som efter tre månader uppger att de följer ordinationen på fysisk aktivitet, medan 12 procent uppger att de är aktiva men i en annan aktivitet. Det är således 30 procent som uppger att de inte följer ordinationen. Det är små könsskillnader i följsamhet, något fler bland kvinnorna (59 procent) än bland männen (56 procent) uppger att de följer ordinationen, medan något fler män (13 procent) än kvinnor (11 procent) är aktiva i annan aktivitet än den ordinerade. Andelen som inte följer ordinationen varierar mellan 28-30 procent i samtliga åldersgrupper, med undantag för åldersgruppen 30-44 år, där något fler (ej signifikant) 37 procent inte följer ordinationen.

Förändring av fysisk aktivitet på individnivå

Hälften av patienterna har ökat sin aktivitetsnivå, 29 procent har samma aktivitetsnivå som vid ordinationstillfället och 21 procent uppger att de har minskat sin aktivitetsnivå (n=2 021). Något fler män (53 procent) än kvinnor (49 procent) har ökat sin aktivitetsnivå medan något fler kvinnor (30 procent) än män (28 procent) har samma nivå som vid ordinationstillfället. Andelen som minskat sin aktivitetsnivå var 19 procent för män och 21 procent för kvinnor.

Hälsotillstånd och livskvalitet och avbrottsorsak

Av de patienter som ordinerats fysisk aktivitet har var fjärde (27 procent) förbättrat sin livskvalitet (enligt fråga 1 i SF-36) efter tre månader. Knappt var femte (18 procent) uppger en försämrad livskvalitet, medan 55 procent uppger samma livskvalitetsnivå. Av dem som uppger att de följer ordinationen på fysisk aktivitet redovisar 30 procent en ökad livskvalitet, vilket kan jämföras med 18 procent av dem som inte följer ordinationen.

Vid ordinationstillfället uppgav 12 procent en *utmärkt* eller *mycket god* hälsa jämfört med 18 procent vid uppföljningen efter 3 månader. I gruppen som ökat sin aktivitetsnivå anger 20 procent *utmärkt* eller *mycket god* hälsa jämfört med 15 procent i den grupp som minskat sin aktivitetsnivå, se tabell 6.

Tabell 6. Patienternas egenupplevda hälsostatus vid ordinationstillfället och vid 3 uppföljning 3 månader

	Utmärkt	Mycket god	God	Någorlunda	Dålig
Ordinationstillfället	2,5	9,4	40,3	39,2	8,6
Uppföljning 3 mån	3,7	13,8	41	32,9	8,5
Uppföljning 3 mån - patient som ökat sin fysiska aktivitet	3,8	16,6	42,5	30,7	6,4
Uppföljning 3 mån - patient samma fysiska aktivitet	3,1	13,3	42	34,1	7,5
Uppföljning 3 mån - patient som minskat sin fysiska aktivitet	3,5	11,6	36,7	36,9	11,3

I uppföljningen tillfrågas patienten om hur de upplever att ordinationen på fysisk aktivitet har påverkat deras symptom (det vill säga orsaken till att FaR förskrevs) och allmänna hälsotillstånd. Vid uppföljningarna uppger ungefär hälften av patienterna att deras symptom (49 procent) och allmänna hälsotillstånd (52 procent), har blivit bättre tack vare FaR, en tredjedel att det är oförändrat, mellan en till två procent anger att det har blivit sämre medan resterande inte har någon åsikt eller uppger att de inte kan bedöma eller besvara frågan. Ett försämrat hälsotillstånd är en av orsakerna till att patienterna inte följer ordinationen på fysisk aktivitet. De vanligaste huvudorsakerna till avbrott presenteras i tabell 7.

Tabell 7. Andel, orsak till avbrott 2005

	Andel (%)
Sjukdom	18
Smärta	16
Låg motivation	14
Tidsbrist	11
Ekonomi	6
Kombination av flera faktorer	16
Annat	19

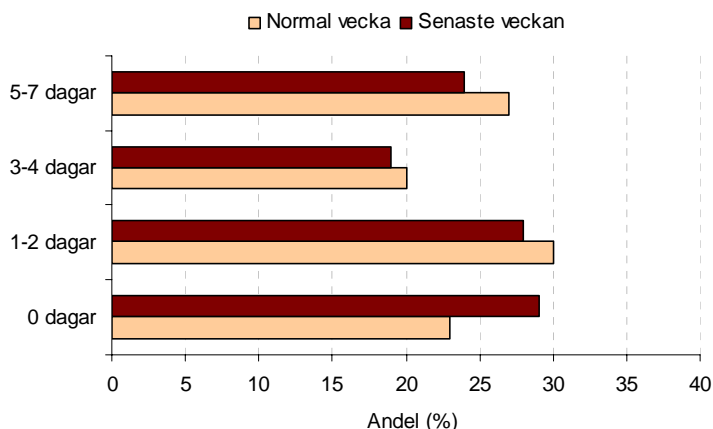
Målsättning och träningsdagbok

Enligt informationen på ordinationsblanketten har ungefär hälften (51 procent) av ordinationerna innehållit samtal om målsättning med aktiviteten. Nästan var fjärde (23 procent) patient har erhållit en träningsdagbok. Varken målsättning eller träningsdagbok hade någon påverkan på följsamheten.

Målsättningen följs upp efter tre månader med frågan: *Hur väl har Du uppfyllt målsättningen från ordinationstillfället?* (n=1 477). Ungefär sex av tio svarar att de lyckats *bra* med den uppsatta målsättningen (utmärkt 9 procent, mycket god 19 procent, bra 33 procent), sju procent svarar *vet ej* medan 21 procent svarar att de uppfyllt målsättningen *någorlunda* och 11 procent svarar *dålig* måluppfyllnad.

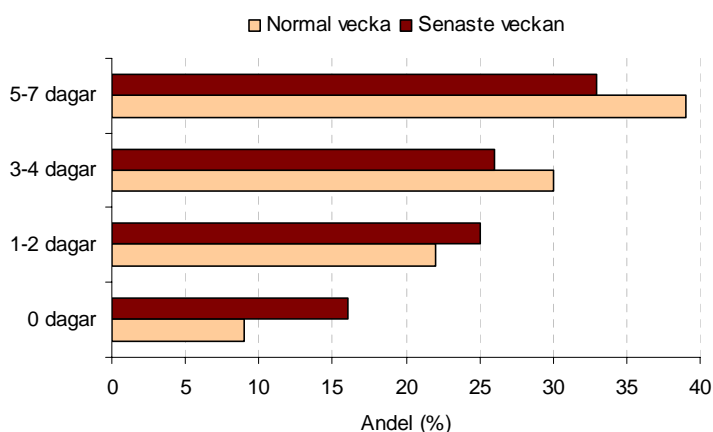
Förändring av fysisk aktivitet på gruppnivå

Patienten ombads vid ordinationstillfället uppskatta sin aktivitetsnivå den senaste veckan och en normal vecka. Något fler patienter uppger vid ordinationstillfället att de varit helt inaktiva den senaste veckan i jämförelse med en normal vecka. I övrigt är skillnaderna i svaren mellan dessa båda frågor relativt små (Figur 2).



Figur 2. Fysisk aktivitet, 30 minuter/dag, den senaste veckan (n=2 620) samt en normal vecka (n=2 646) vid ordinationstillfället för de patienter som ordinerades FaR 2005.

Vid uppföljningen efter tre månader påvisas en positiv utveckling av aktivitetsmönstret, se figur 3.



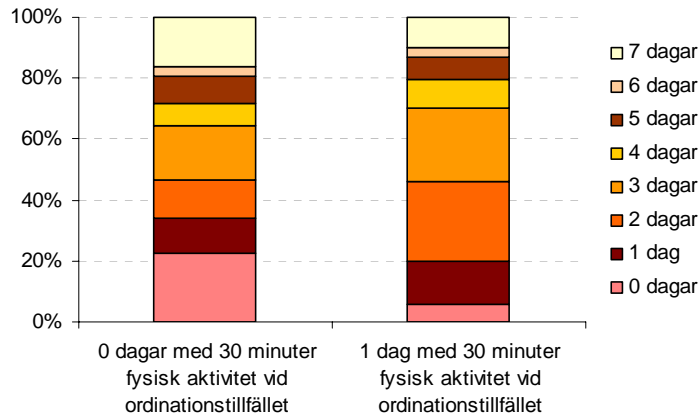
Figur 3. Fysisk aktivitet, 30 minuter/dag, den senaste veckan (n= 2 118) samt en normal vecka (n= 2 165) vid tremånadersuppföljningen för de patienter som ordinerades FaR 2005.

I den helt *inaktiva* gruppen har andelen minskat från 23 procent till 9 procent för en *normal vecka* (figur 3) och 29 procent till 16 procent på frågan om den *senaste veckan*. Andelen som når upp till rekommendationen om fysisk aktivitet 5-7 dagar i veckan har ökat från 27 procent till 39 procent för en *normal vecka* och från 24 procent till 33 procent för den *senaste veckan*.

Vad har hänt med de mest inaktiva?

Ett annat sätt att beskriva förändringen i aktivitetsnivå är att beskriva förändringen i aktivitetsnivå för alla de individer som var aktiva högst en dag i veckan vid ordinationstillfället. I figur 4 visas hur aktivitetsnivån ser ut efter tre månader för de individer som vid ordinationstillfället uppgav sig vara aktiva högst en dag i veckan. Av de individer som uppgav sig inte vara fysiskt aktiva någon dag i veckan har 78

procent ökat sin aktivitetsnivå. Av dem som vid ordinationstillfället var helt inaktiva är nu 16 procent aktiva sju dagar i veckan. Motsvarande siffror för de individer som uppger sig vara aktiva en dag i veckan är att 80 procent ökat sin aktivitetsnivå, där tio procent är aktiva sju dagar i veckan efter tre månader.



Figur 4. Fysisk aktivitetsnivå en normal vecka efter tre månader för de individer som vid ordinationstillfället uppger sig vara fysiskt aktiva 30 minuter mindre än 1 dag i veckan en normal vecka (n=613 & n=304)

Förändring av livskvalitet, symptom och hälsotillstånd för de mest inaktiva?

Vid en sammanslagning av individerna i dessa två grupper, de som var aktiva 0 respektive 1 dag i veckan vid ordinationstillfället, har 29 procent en aktivitetsnivå på högst en dag vid tremånadersuppföljningen, 45 procent har en aktivitetsnivå på 2-4 dagar medan 26 procent har ökat sin aktivitetsnivå till 5-7 dagar i veckan. Den sistnämnda gruppen har således förflyttat sig från inaktiv till den rekommenderade aktivitetsnivån. Av dessa uppger 49 procent en förbättrad livskvalitet, 35 procent samma livskvalitetsnivå som vid ordinationstillfället medan 16 procent uppger en försämrad livskvalitet. Av dem som fortfarande är aktiva högst 1 dag i veckan har 15 procent ökat sin livskvalitet, 68 procent uppger oförändrad livskvalitet medan 18 procent har en försämrad livskvalitet.

Ett liknande mönster uppträder på frågorna huruvida ordinationen har påverkat symptomen/orsaken till ordinationen och hur den ordinerade aktiviteten har påverkat det allmänna hälsotillståndet. Av dem som ökat sin aktivitet till 5-7 dagar i veckan uppger 62 procent en positiv påverkan på såväl symptomen som allmänt hälsotillstånd. Motsvarande resultat för de som förändrat sin aktivitetsnivå till 2-4 dagar i veckan var 50 procent för påverkan på symptom och 53 procent för påverkan på det allmänna hälsotillståndet.

Diskussion

Resultaten i 2005 års uppföljning bekräftar i mångt och mycket de resultat som presenterades i 2004 års uppföljning. Trots att ytterligare en vårdcentral medverkade jämfört med 2004 så blev slutresultatet knappt 400 ordinationer färre än året innan. Under två års tid har primärvården producerat 6 300 FaR ordinationer, vilket motsvarar att ungefär 1,5 procent av befolkningen i Östergötland har fått FaR. Den så kallade FaR-kvoten, relationen mellan antalet FaR-ordinationer och antalet unika individer som besökte varje vårdcentral, blev 1,6 2004 och 1,3 2005. FaR-kvoten är intressant då den ger en möjlighet att jämföra ordinationen över tid inom och mellan olika vårdcentraler, länsdelar och landsting oavsett deras storlek. I en tid då mycket av det arbete som görs, inom exempelvis hälso- och sjukvården, ska sättas i relation till målsättningar och uppföljningar i avtal och balanserade styrkort, är just mått som kan följas över tid en viktig förutsättning för att kunna bli en sådan uppföljningsparameter. Detsamma gäller yrkes-FaR-kvoten, där antalet ordinationer per yrkesgrupp relateras till antal unika individer som besökte varje yrkesgrupp under ett år. Enligt yrkes-FaR-kvoten är sjukgymnasterna den grupp som står för flest ordinationer, vilket kan jämföras med att läkarna är den grupp som står för flest ordinationer sett till totala det totala antalet. Den naturliga förklaringen är att läkarna och sjuksköterskorna är betydligt fler och träffar fler patienter än exempelvis sjukgymnaster, arbetsterapeuter och dietister. Yrkes-FaR-kvoten skulle även kunna användas för att sätta upp mål för de olika yrkesgruppernas arbete med FaR.

De skillnader som framträder vid en jämförelse mellan uppföljningarna 2004 och 2005 är att något fler ordinationer, både i antal och enligt yrkes-FaR-kvoten, under 2005 kommer från sjukgymnaster och dietister. Beträffande ordinationsorsaker så står problem i rörelseorganen för en större andel än tidigare, vilket kan ha ett samband med att fler sjukgymnaster står för fler ordinationer. Andra intressanta förändringar är en ökning av ordinationer beroende på psykisk ohälsa som har ökat från 8 till 11 procent. I åldersgrupperna upp till 44 år så återfinns psykisk ohälsa som en orsak till ordinationen i hela 20 procent av fallen. Detta trots att läkarna, som enligt denna uppföljning oftare ordinerar för psykisk ohälsa, står för en mindre andel av ordinationerna än föregående år. Ökningen i andelen ordinationer relaterat till psykisk ohälsa kan delvis bero på att det under de senaste åren kommit mycket ny forskning, som stärker sambandet mellan fysisk aktivitet och psykisk ohälsa.

Frågor som var nya vid årets uppföljning var målsättning och träningsdagbok. Vid hälften av ordinationstillfällena har målsättning diskuterats och en fjärdedel av patienterna hade erhållit den träningsdagbok som Korpen tillhandahöll vårdcentralerna. Att diskutera just målsättning med aktiviteten och att ge stödande material har i studier visat sig kunna höja följsamheten. Detta har inte kunnat bekräftas i denna uppföljning.

En viktig fråga att besvara vid en uppföljning av ordinerad fysisk aktivitet, är om de patienter som ordinerats fysisk aktivitet följt de råd som de fick av sin vårdgivare. Även här bekräftar resultaten från föregående år, då ungefär 70 procent uppger att de följer den ordination de ordinerats eller är aktiv i annan aktivitet efter 3 månader. En följsamhet som i 2004 års uppföljning kvarstod även vid uppföljningen som gjordes efter ett år. Det är viktigt att poängtera att resultaten i den uppföljning som

genomförts baseras på patientens egenrapporterade följsamhet samt egenrapporterade aktivitetsnivå. Det kan således finnas en viss risk att de svar som patienten givit är en något "förskönad" bild av verkligheten. Resultaten ska därför inte tolkas som någon absolut sanning, då några objektiva mått inte har använts.

En viktig fråga är om ordinationen på fysisk aktivitet leder till en ökning i fysisk aktivitetsnivå hos patienterna. Detta har beräknats via en jämförelse mellan den egenrapporterade aktivitetsnivån vid ordinationstillfället och den egenrapporterade aktivitetsnivån vid uppföljningen efter tre månader. Även här bekräftas resultaten från föregående år, att ordinationerna på fysisk aktivitet leder till en ökning i fysisk aktivitetsnivå. Detta trots att ganska många patienter, i viss mån redan var fysisk aktiva och till och med var regelbundet fysiskt aktiva vid ordinationstillfället. Dessa kan trots detta vara i behov av att öka sin fysiska aktivitet eller vara i behov av att komplettera med någon ny aktivitets typ beroende på hälsostatus och behov.

Den grupp som är allra viktigast att nå vid alla typer av interventioner för att främja fysisk aktivitet, är de som är minst aktiva. Dessa individer har mest att vinna på att öka sin fysiska aktivitetsnivå. Denna uppföljning visar att de inaktiva, här definierade som aktiva 30 minuter 0-1 dag i veckan, har en aktivitetsökning på närmare 80 procent. Av hela gruppen, totalt 917 individer, har var fjärde ökat sin aktivitetsnivå till den rekommenderade nivån på 5-7 dagar i veckan och det är även denna grupp som i undersökningen gjort de största hälsovinsterna. Nästan hälften av dessa uppger efter 3 månader en bättre livskvalitet och sex av tio uppger att de har fått bättre hälsotillstånd och minskade symptom just tack vare den fysiska aktiviteten. Dessa resultat kan och borde få konsekvenser för det fortsatta arbetet. De inaktiva, som idag uppgår till ungefär en tredjedel av de ordinerade patienterna, borde i framtiden prioriteras mer. Om det exempelvis fanns en målsättning om att öka antalet ordinationer från länets vårdcentraler till exempelvis 5 000 ordinationer per år, så skulle det motsvara en FaR-kvot på lite drygt 2 procent. Det vore då önskvärt, baserat på resultaten i denna uppföljning, att just gruppen inaktiva skulle stå för större delen av den ökningen. Om målet vore att hälften av patienterna som ordinerar fysisk aktivitet kom från gruppen inaktiva, så skulle det innebära att 1 500 av de 2 000 extra ordinationerna skulle komma från gruppen inaktiva. En förutsättning för att lyckas med det är att det finns bra metoder och verktyg för att identifiera de inaktiva individerna i befolkningen, vilket inte är helt enkelt. Detta är dock inget unikt problem för interventioner för att främja fysisk aktivitet, utan ett problem som delas med arbetet inom samtliga levnadsvanor.

Det ställer oss inför en framtida utmaning. För trots det faktum, att studier har visat att det är bäst att på individnivå förändra en levnadsvana i taget, så måste de som praktiskt arbetar och forskar inom områden som berör implementering och livsstilsinterventioner samarbeta på ett bättre sätt än vad som görs idag. Det vill säga, hitta gemensamma metoder, strukturer och modeller som de vårdgivande verksamheterna kan använda oberoende av levnadsvana. Den fortsatta utvecklingen av FaR-arbetet skulle vinna mycket på om den gjordes gemensamt med utvecklingen av interventioner inom områdena: tobak, riskbruk av alkohol och ohälsosamma matvanor. Här framträder 5A strukturen (assess, advice, agree, assist and arrange) allt oftare i litteraturen som en lovande modell inför framtiden. De fem stegen i modellen kan användas av den enskilda förskrivaren i patientmötet, men kan också vara en struktur för hur arbetet delas upp mellan olika professioner, aktörer och tekniker^{17,36}.

Då kan exempelvis den initiala mätningen av aktivitetsnivå och hälsostatus göras av en livsstilsdator på vårdcentralen. Rådgivningen och överenskommelsen kan göras av en läkare, arrangerandet av en lokal friskvårdsaktör och uppföljningen av den FaR-ansvariga på enheten. Olika varianter likt denna kan göras inom såväl området att främja fysisk aktivitet som inom tobak, riskbruk av alkohol och ohälsosamma matvanor.

Konklusion

Under två års tid har FaR statistik samlats in inom ramen för Landstingets mål & måttsatsning. Det har resulterat i totalt 6 300 ordinationer. En siffra som vid en första anblick visar att arbetet i Östergötland är relativt framgångsrikt. Få landsting i Sverige producerar den mängden FaR-ordinationer och resultatet måste ses som en god start inom en arbetsform som är relativt ny och oprövad. När resultaten sätts i relation till den potential som arbetsformen har, det behov som finns i befolkningen och det stora antal människor som besöker primärvården, så är inte ett FaR-arbete som når någon eller några procent av dem som besöker primärvården en lika imponerande siffra. Det visar på ett resultat och en slutsats som i likhet med andra studier visat att arbetsformen är lovande men att det fortfarande finns mycket implementeringsarbete kvar att göra.

Den evidens som idag finns tillgänglig gör gällande att det råder ett tydligt samband mellan fysisk aktivitet och hälsa. Det finns också god evidens för att teoribaserade interventioner är mer effektiva än de som saknar teoretisk förankring. Dessutom är de mest verkningsfulla insatserna de där olika aktörerna i lokalsamhället samverkar mot ett gemensamt mål. Här är det viktigt att varje aktör hittar sin roll i det förebyggande arbetet och bidrar med det som just de är bäst på. Friskvården och idrottsrörelsen är suveräna aktörer när det gäller att arrangera aktiviteter där människor kan vara fysiskt aktiva. Kommunen är en viktig aktör för att skapa goda fysiska förutsättningar för rörelse, för att stimulera till rörelse för barn och ungdom i skolan, att aktivera våra äldre inom äldreomsorgen och så vidare. Hälso- och sjukvården har sin viktiga roll för den långsiktiga hälsoutvecklingen i samhället via sin professionella kompetens, sitt starka inflytande över kunskapsutvecklingen, sin breda kontaktyta med allmänheten och sin vardagliga närvaro i lokalsamhället. För det är bara om varje aktör gör sin del av hemläxan som vi på allvar kan påverka den fysiska aktivitetsnivån i befolkningen.

Kanske är det så med FaR-arbetet, att oavsett om vi kan visa att enskilda patienter blir mer aktiva eller inte med hjälp av FaR, är det ur ett lokalsamhälles perspektiv en effektiv och viktig intervention. Detta därför att den ger tydliga signaler till såväl befolkningen som andra aktörer i samhället att fysisk aktivitet är så viktigt för hälsan att sjukvården skriver ut det på recept.

Slutsatsen är att FaR-arbetet i Östergötland visar på goda resultat och att resultaten i likhet med andra studier visat att arbetsformen är lovande men att det fortfarande finns mycket implementeringsarbete kvar att göra. Ett recept för framgång i framtiden ligger i en ännu bättre samverkan mellan forskare och praktiker, inom olika områden och arenor, där målet är att påverka människors levnadsvanor i en för hälsan positiv riktning.

Referenser

- ¹ Orleans TC. Addressing Multiple Behavioural Health Risks in Primary Care: Broadening the Focus of Health Behaviour Change. Research and Practice. *Am J Prev Med*, 2004;27(2S):1-3.
- ² Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical Activity and Public Health. A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, 1995;273(5):402-7.
- ³ U.S. Department of Health and Human Services. *Physical Activity and Health: A Report from the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 1996.
- ⁴ UK Department of Health. *At Least Five a Week. Evidence on the Impact of Physical Activity and its Relation to Health. Report from the Chief Medical Officer*. London: UK Department of Health. 2004.
- ⁵ Pedersen BK and Saltin B. Evidence for Prescribing Exercise as Therapy in Chronic Disease. *Scand J Med Sci Sports*, 2006;16:3-63.
- ⁶ World Health Organization. *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: WHO. 2002.
- ⁷ YFA och Ståhle A (red). *FYSS. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: YFA och Statens folkhälsoinstitut. 2003.
- ⁸ Dunn AL and Blair SN. Translating Evidence-based Physical Activity Interventions into Practice. The 2010 Challenge. *Am J Prev Med*, 2002;22(4 suppl):8-9.
- ⁹ Brown DW, Balluz LS, Heath GW, Moriarty DG, Ford ES, Giles WH and Mokad AH. Associations between Recommended Levels of Physical Activity and Health-related Quality of Life: Findings from the 2001 Behavioural Risk Faktor Surveillance System (BRFSS) Survey. *Prev Med*, 2003;37:520-528.
- ¹⁰ Jansson E. *Allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet*. I *FYSS*, Ståhle A (red). Stockholm: YFA och Statens folkhälsoinstitut.
- ¹¹ Hillsdon M, Foster C, Cavill N, Crombie H and Naidoo B. *The Effectiveness of Public Health Interventions for Increasing Physical Activity among Adults: A Review of Reviews*. 2nd Edition. London: NHS, Health Development Agency. February 2005.
- ¹² Kahn EB et al. The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity. A Systematic Review. *Am J Prev Med*, 2002;22(4S):73-107.

-
- ¹³ Cavill N and Bauman A. Changing the Way People Think About Health-Enhancing Physical Activity: Do Mass media Campaigns have a Role? *J Sports Sci*, Aug 2004;22(8):771-90. Review.
- ¹⁴ World Health Organization. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva: WHO. Rapport WHA57 17,22. 2004.
- ¹⁵ Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to Increase Physical Activity in Communities. *Am J Prev Med*, 2002;22(4S).
- ¹⁶ Rose G. Sick Individuals and Sick Populations. *Int J Epidemiol*, 2001;30:427-432.
- ¹⁷ Jacobson DM et al. Physical Activity Counseling in the Adult Primary Care Setting. Position Statement of the American College of Preventive Medicine. *Am J Prev Med*, 2005;29(2):158-62.
- ¹⁸ Glasgow RE et al. Physician Advice and Support for Physical Activity: Results from a National Survey. *Am J Prev Med*, 2001;21(3):189-96.
- ¹⁹ Pinto BM et al. Randomized Controlled Trial of Physical Activity counselling for Older Primary Care Patients. *AM J Prev Med*, 2005;29(4):247-55.
- ²⁰ Swinburn BA et al. The Green Prescription Study: A Randomised Controlled Trial of Written Exercise Advice Provided by General Practitioners. *Am J Public Health*, 1998;88(2):288-91.
- ²¹ Nationella Folkhälsokommittén. *En hälsoinriktad hälso- och sjukvård*. Stockholm. 2000.
- ²² Socialstyrelsen. *Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2003*. Stockholm: Socialstyrelsen. 2004.
- ²³ Johansson K, Bendtsen P and Åkerlind I. Advice to Patients in Swedish Primary Care Regarding Alcohol and other Lifestyle Habits: How Patients Report the Actions of GPs in Relation to their own Expectations and Satisfaction with their Consultation. *Eur J Public Health*, 2005;15(6):615-20.
- ²⁴ Harrison RA, Roberts C and Elton PJ. Does Primary Care Referral to an Exercise Programme Increase Physical Activity One Year Later? A Randomized Controlled Trial. *J Public Health (Oxf)*, 2005;27(1):25-32.
- ²⁵ Riddoch C et al. *Effectiveness of Physical Activity Promotion Schemes in Primary Care: A Review*. London: Health Education Authority, 1998.
- ²⁶ Huang N. Motivating Patients to Move. *Aust Fam Physician*, 2005;34(6):413-7.
- ²⁷ Stange KC, Woolf SH and Gjeltema K. One Minute for Prevention. The Power of Leveraging to Fulfill the Promise of Health Behavior Counseling. *Am J Prev Med*, 2002;22(4):320-323.

-
- ²⁸ Elley CR et al. Effectiveness of Counselling Patients on Physical Activity in General Practice: Cluster Randomised Controlled Trial. *BMJ*, 2003;326(7393):793.
- ²⁹ Harrison RA, McNair F and Dugdill L. Access to Exercise Referral Schemes – A Population Based Analysis. *J Public Health (Oxf)*, 2005;27(4):326-30.
- ³⁰ Sorensen JB, Skovgaard T and Puggard L. Exercise on Prescription in General Practice. A Systematic Review. *Scand J Prim Health Care*, 2006;24(2):69-74.
- ³¹ NICE. Public Health Collaborating Centre – Physical Activity. *A Rapid Review of the Effectiveness of Exercise Referral Schemes to Promote Physical Activity in Adults*, 25 Jan 2006.
- ³² Dexter PA. Joint Exercises in Elderly Persons with Symptomatic Osteoarthritis of the Hip or Knee. Performance Patterns, Medical Support Patterns, and the Relationship between Exercising and Medical Care. *Arthritis Care Res*, 1992;5(1):36-41.
- ³³ Hillsdon M et al. Advising People to Take More Exercise is Ineffective: A Randomized Controlled Trial of Physical Activity Promotion in Primary Care. *Int J Epidemiol*, 2002;31(4):808-15.
- ³⁴ Kallings L och Leijon M. *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept – FaR*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2003:53.
- ³⁵ Leijon M och Jacobson M. *Fysisk aktivitet på recept – Fungerar det? En utvärdering av östgötamodellen*. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland. Rapport 2006:2.
- ³⁶ U.S. Preventive Services Task Force. *Behavioral Counselling in Primary Care to Promote Physical Activity: Recommendations and Rationale*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. July 2002.
- ³⁷ SBU. *Metoder för att främja fysisk aktivitet – en systematisk litteraturöversikt*. Rapport nr 181. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2006
- ³⁸ Walter L och Noorlind Brage H. *Östgötens hälsa 2006*. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland. Rapport 2006:8.
- ³⁹ Eriksson E och Nordlund A. *Hälsa och hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ5D och SF-36 i Östergötlands och Kalmar län: Resultat från befolkningsenkäterna*. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland. Rapport 2002:1.

Dagens datum

ORDINATION AV FYSISK AKTIVITET

Personnummer

Namn

Adress

Postadress

Telefon

Telefon arbete (även riktnummer)

Telefon mobil

Man

Kvinna

I allmänhet skulle du säga att din hälsa är

Utmärkt

Mycket god

God

Någorlunda

Dålig

Nuvarande fysiska aktivitetsnivå

Antal dagar med minst 30 minuters sammanlagd tid med måttligt ansträngande aktiviteter som får dig att bli varm, till exempel promenader i rask takt, trädgårdsarbete, tyngre hushållsarbete, cykling och simning

Antal dagar en normal vecka

Antal dagar den senaste veckan

Anledning till ordinationen (Flera orsaker kan anges)

Problem i rörelseorganen

Psykisk ohälsa

BMI > 25

Högt blodtryck

Höga blodfetter

Diabetes

Inaktivitet

Annat, specificera

Ordinationen av fysisk aktivitet är journalförd

Ja

Nej

Träningsform

Kondition

Styrka

Uthållighet

Rörlighet/
Smidighet

Uppehållande

Undvik eller var försiktig med, specificera

Målsättning

Dosering, minst antal minuter

Antal dagar/vecka

Intensitet

Låg

Måttlig

Hög

Aktivitet/Aktiviteter, i egen regi (Exempelvis promenader)

Aktivitet hos någon aktör

Aktivitet	Korpen	Östgötaidrotten			
Promenad/Stavgång	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spincykling/Cykling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vattengympa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gympa och övrig gruppaktivitet inomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Styrke/Rörelseträning i gym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komigång aktivitet/grupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övrig aktivitet, specificera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vill du bli kontaktad av friskvårdsaktör		Träningsdagbok			
<input type="checkbox"/> Ja (innebär 3 utskrifter)		<input type="checkbox"/> Nej (innebär 2 utskrifter)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Uppföljning kommer att ske 3-4 månader		Annat			
<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Brev		<input type="checkbox"/>			
Övrig information					

Ordinerat av

Namn	Yrke
Enhet	Telefon (även riktnummer)

I samarbetet med din vårdcentral

Uppföljning av ordinerad Fysisk aktivitet.

Hej!

För några månader sedan, när Du besökte Din Vårdcentral blev Du ordinerad fysisk aktivitet. Vi vill nu återkomma med några frågor för att ta reda på hur det har gått för Dig och hur Du mår.

Ditt deltagande i denna uppföljning är naturligtvis frivillig, men det är viktigt för oss att så många som möjligt besvarar frågeformuläret. Därför är det angeläget att just Du försöker svara så fullständigt på frågorna som möjligt. Du ska veta att varje frågeformulär behandlas med sekretess och att resultatet kommer att presenteras så att enskilda individer inte går att spåra.

Har Du frågor om frågeformuläret så kontakta samordnaren för Fysisk aktivitet på din vårdcentral eller Matti Leijon på Folkhälsovetenskapligt centrum 013-22 50 78.

I enkäten används begreppet fysisk aktivitet och inte motion. I begreppet fysisk aktivitet ingår motion, men även sådant som brukar kallas vardagsmotion och rörelse. Det förklaras även genom den svenska rekommendationen för fysisk aktivitet som lyder;

”Alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter. Intensiteten bör vara åtminstone måttlig, t ex rask promenad. Ytterligare hälsoeffekt kan erhållas om man utöver detta ökar den dagliga mängden eller intensiteten”.

I rekommendationen räknas även aktiviteter som trädgårdsarbete, hundpromenader etc.

Var vänlig och besvara frågorna
i formuläret som finns på baksidan och
returnera i det bifogade svarskuvertet!

Uppföljning av Ordinerad fysisk aktivitet 2005

Ditt namn:

Ditt födelsenummer (ÅÅMMDD):.....

Dagens datum:.....

Vårdcentralens anteckning.
Enkäten är besvarad på följande sätt:

- Telefonintervju
- Vid återbesök
- Postenkät
- Har trots flera försök inte fått tag i

1. I allmänhet, skulle Du vilja säga att din hälsa är:

- Utmärkt Mycket god God Någorlunda Dålig

2. Din nuvarande fysiska aktivitetsnivå: Antal dagar med minst 30 min sammanlagd tid med måttligt ansträngande aktiviteter som får dig att bli varm, t.ex. promenader i rask takt, trädgårdsarbete, tyngre hushållsarbete, cykling och simning:

_____ dagar en normal vecka _____ dagar den senaste veckan

3. Har Du efter ordinationen på fysisk aktivitet blivit kontaktad av någon Friskvårdsaktör/ idrottsorganisation/gym etc?

- Ja Nej

4. Har Du följt ordinationen på fysisk aktivitet?

- Jag följer ordinationen
 Jag är aktiv, men i annan aktivitet än den ordinerade
 Följer inte ordinationen, gå till fråga 4 b

4 b. Huvudorsak till avbrott, orsak till att ordinationen inte följs:

- Sjukdom Smärta Låg motivation Tidsbrist Ekonomi
 Har inte kommit igång ännu. (pga t.ex kö till aktivitet) Annat

5. Vilka har varit Din huvudsakliga aktivitet/aktiviteter sedan Du ordinerades fysisk aktivitet?

- Promenader Stavgång Löpning Simning Vattengympa
 Gympa Styrketräning Boll/racketsport Annan _____

6. Hur väl har Du uppfyllt målsättningen från ordinationstillfället?

- Utmärkt Mycket bra Bra Någorlunda Dåligt Vet ej

7. Hur har ordinationen på fysisk aktivitet påverkat Dina symptom (dvs. orsaken till att Du ordinerades fysisk aktivitet)?

- Bättre tack vare fysisk aktivitet Oförändrat Sämre
 Ingen åsikt/kan ej bedöma/besvara

8. Hur har ordinationen på fysisk aktivitet påverkat Ditt allmänna hälsotillståndet?

- Bättre tack vare fysisk aktivitet Oförändrat Sämre
 Ingen åsikt/kan ej bedöma/besvara
-

**Folkhälsovetenskapligt centrum
i Östergötland**

**Hälsans hus
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping**

Telefon: 013- 22 88 33
E-post: fhvc@lio.se

ISSN 1401-5048



Folkhälsovetenskapligt centrum
i Östergötland