

# FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT – FUNGERAR DET?

## En utvärdering av Östgötamodellen

Av Matti Leijon och Magdalena Jacobson

**Denna rapport är en förkortad version av rapport 2006:2 *Fysisk aktivitet på recept – Fungerar det? En utvärdering av Östgötamodellen*. För en utförligare bakgrund om hur och varför hälso- och sjukvården ska arbeta med att främja fysisk aktivitet samt resultat och beskrivning av primärvårdens arbetet med fysisk aktivitet på recept i Östergötland se huvudrapporten.**

### Bakgrund

Fysisk inaktivitet är idag ett stort globalt problem [1]. Genom att öka den fysiska aktiviteten till den nivå som vi är gjorda för går det att komma åt en av de stora grundorsakerna till de välbefinnandssjukdomar som finns i dagens samhälle [2]. Hälso- och sjukvården har unika möjligheter att, i mötet med den enskilda patienten, aktualisera hälsofrämjande och förebyggande aspekter [3]. Det handlar om förebyggande insatser för att individen inte ska drabbas av sjukdom och om att identifiera orsaker som ligger utanför sjukvården. För såväl slutenvård som öppenvård kan det handla om att inkludera förebyggande åtgärder som en del i behandling av sjukdom. Genom att exempelvis stödja patienter till förändring i mat- eller motionsvanor, men också att bidra till lösningar på problem av social, psykisk eller miljömässig natur. Primärvården är den aktör inom hälso- och sjukvården som förväntas ta en stor del av ansvaret i det preventiva och hälsofrämjande arbetet, där en aktiv samverkan med andra aktörer i samhället bör utvecklas ytterligare [3].

Med fysisk aktivitet menas i dessa sammanhang all typ av rörelse som ger ökad energiomsättning. Det innebär all typ av muskelaktivitet som exempelvis promenader, hushålls- och trädgårdsarbete, fysisk belastning i arbetet, friluftsliv, motion och träning. Fysisk aktivitet är inte synonymt med motion eller träning. Motion är medveten fysisk aktivitet med viss avsikt, som att ge ökat välbefinnande, ge framtida bättre hälsa, att det är roligt och skönt att röra på sig. Träning däremot innebär en klar målsättning att öka prestationsförmågan i olika typer av fysisk aktivitet, företrädesvis inom idrotten [4]. Rekommendationen för att uppnå hälsofrämjande effekter är 30 minuter av måttlig fysisk aktivitet varje dag [5-7]. I Östergötland är endast 23 procent av den vuxna befolkningen (20-74 år) regelbundet aktiva i relation till rekommendationen [8].

Nationell och internationell erfarenhet visar att man inte når *inaktiva* grupper i samhället med enbart information. Insatserna måste därför breddas och ta sin utgångspunkt i människors livsvillkor, livsstil och tidigare erfarenheter av rörelse/fysisk aktivitet. Stor potential finns genom att öka de lågintensiva aktiviteterna i vardagen, som promenad och cykling. Friluftsliv, promenader och



Förskrivare är den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som har god kompetens och tillräcklig kunskap om den aktuella patientens hälsostatus. Det inkluderar även en god kunskap om effekterna av fysisk aktivitet, då so mliga tillstånd innebär att vissa aktiviteter är olämpliga. I dialog och samförstånd med patienten diskuteras fysisk aktivitet som ersättning eller komplement till annan medicinsk behandling. Ordinationen ska alltid vara individuellt anpassad avseende dosering (intensitet, behandlingsperiodens längd och frekvens) och typ av aktivitet. Den förskrivande enheten sparar alltid en kopia på ordinationen för den kommande uppföljningen.

Den fysiska aktiviteten kan antingen bedrivas i egen regi, det vill säga att individen utför aktiviteten själv, eller hos en aktivitetsarrangör. Patienten erhåller alltid en skriftlig ordination och i de fall aktiviteten ska bedrivas hos en aktivitetsarrangör så skickas en kopia på ordinationen till den valda aktören. Aktivitetsarrangören kontaktar patienten för att i dialog finna en lämplig aktivitet utifrån ordinationen. Den patient som erhållit en ordination inom hälso- och sjukvården övergår till att bli deltagare när den kommer i kontakt med aktivitetsarrangören.

En tidigare studie genomförd i primärvården i Östergötland, visade att patienter som fick livsstilsråd var mer nöjda med sitt besök än de som inte fick livsstilsråd. Det var dessutom fler patienter som förväntade sig livsstilsråd men inte fick det än patienter som fick livsstilsråd. Kontinuerlig kontakt mellan läkare och patient (det vill säga egen läkare) visade sig även vara en gynnsam indikator för rådgivning om fysisk aktivitet i patientmötet [14].

Landstinget i Östergötland beslutade att införa FaR som en *mål & mått*-parameter år 2004. *Mål & mått* är benämningen på den särskilda kvalitetsersättning som utgår till vårdcentralerna i Landstinget i Östergötland. Syftet med *mål & mått* är att stimulera utveckling och förbättring i vårdcentralernas arbete. En bakomliggande tanke med att inkludera FaR i *mål & mått*-arbetet var att genom en systematisk uppföljning kunna vidareutveckla FaR-arbetet i länet både avseende förskrivningsvolym och kvalitet. Ytterligare ett skäl var att öka möjligheterna till kunskapsutbyte mellan enheterna.

## Syfte huvudrapporten

Syftet med rapporten är att beskriva primärvårdens arbete med fysisk aktivitet på recept (FaR) i Östergötland samt ge en bakgrund om hur och varför hälso- och sjukvården ska arbeta med att främja fysisk aktivitet.

### **Mål**

- Att beskriva utvecklingen beträffande implementeringen av fysisk aktivitet på recept (FaR) i Östergötland för åren 2001-2005.
- Att beskriva ordinationsmönstret samt följsamheten för de patienter som ordinerats fysisk aktivitet på recept inom ramen för *mål & mått*-arbetet i Östergötland under år 2004

## Metod

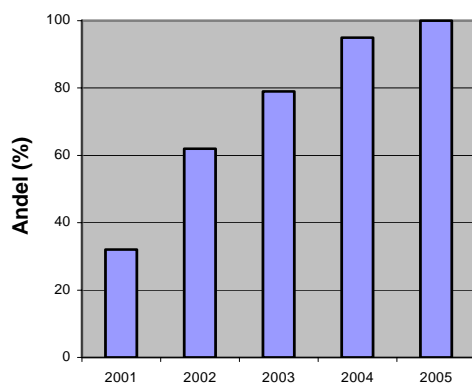
Studiepopulationen består av samtliga vårdcentraler i Östergötland samt de patienter som ordinerats fysisk aktivitet på recept under år 2004. För att beskriva utvecklingen av FaR i länet åren 2001-2005 har länets vårdcentraler besvarat en enkät om FaR i maj månad varje år. För att kunna beskriva ordinationsmönstret samt följsamheten för de patienter som ordinerats FaR år 2004 gjordes den inledande datainsamlingen av förskrivaren i samband med ordinationsstillfället på ordinationsblanketten. De efterkommande uppföljningarna vid 3-4 månader och 12 månader gjordes antingen via telefonsamtal, postenkät eller vid återbesök. De patienter som kom att inkluderas i uppföljningen var de patienter som vid sitt besök på vårdcentralen erhöll en ordination på fysisk aktivitet. All patientdatainsamling genomfördes av vårdcentralerna.

## Resultat och analys

Resultat- och analysredovisningens första del handlar om implementeringen av fysisk aktivitet på recept i Östergötland för åren 2001-2005. Därefter redovisas ordinationsmönster och följsamhet för de patienter som ordinerats fysisk aktivitet på recept i Östergötland under 2004. De patientuppföljningar som gjorts efter tre till fyra månader och efter tolv månader kommer i den följande texten benämnas som tremånadersuppföljningen respektive ettårsuppföljningen.

### **Implementeringen av fysisk aktivitet på recept (FaR) i Östergötland 2001-2005**

Den modell som används för att ordinera fysisk aktivitet på recept i Östergötland har på ett framgångsrikt sätt implementerats på vårdcentralerna under den senaste femårsperioden. Andelen vårdcentraler som ordinerar fysisk aktivitet har stigit från 32 procent år 2001 till 100 procent år 2005, se figur 1.



**Figur 1. Andel primärvårdsenheter som ordinerar fysisk aktivitet på recept 2001-2005.**

Kartläggningen visar att det tar tid att implementera arbetsmodeller som FaR. Viktiga faktorer för att utveckla FaR-arbetet är kunskap om fysisk aktivitet, kunskap om beteendeförändring, kunskap om hur man ger råd men också väl utvecklade stödjande



system för att underlätta för vårdpersonalen att ordinera fysisk aktivitet [10]. Det sistnämnda kan exemplifieras som god samverkan med aktivitetsarrangörerna, god kännedom om det lokala utbudet, bra material och kunskapskällor samt enkla och tydliga rutiner för ordination. Kartläggningen visar på en god samverkan med aktörer utanför sjukvården. Den visar även att användningen av den databaserade versionen av ordinationsblanketten har ökat i takt med utvecklingen av FaR-arbetet och att den genomgående varit den frekventast använda. Här vore det önskvärt att ordinerad fysisk aktivitet tillsammans med andra livsstilsområden fick en naturlig plats i de journalsystem som idag används inom hälso- och sjukvården. För att undvika att livsstilsfrågorna inte blir sidospår utanför de system som används.

Vilka yrkesgrupper som ordinerar fysisk aktivitet skiljer sig åt mellan vårdcentralerna. På somliga vårdcentraler ordinerar endast en yrkesgrupp medan en del andra har upp till sju olika yrkesgrupper som ordinerar fysisk aktivitet. På samtliga utom en vårdcentral är det läkare som förskriver, ensam eller ihop med andra yrkesgrupper.

En av de mer tydliga förändringarna över tid, det vill säga från 2001-2005, är ökningen av skriftlig ordination till egen aktivitet. Från att ungefär 10 procent förskrev patienter till egen aktivitet till att nästan samtliga vårdcentraler gjorde det 2005. Främjandet av vardagliga aktiviteter är viktigt ur ett befolkningsperspektiv, då en stor del av den fysiska aktiviteten bedrivs i egen regi och eftersom huvuddelen av veckoenergiförbrukningen beror på aktiviteter som inte är schemalagda. Det är önskvärt att varje individ når upp till rekommendationen om minst 30 minuter av måttlig fysisk aktivitet per dag för att nå hälsoeffekter. Då dessa hälsoeffekter kan uppnås genom att delta i kortare perioder av fysisk aktivitet blir det även lättare för fysiskt inaktiva individer att införliva det i sin vardag.

En av grundidéerna med att inkludera FaR inom *mål & mått*-arbetet var att stimulera ordinationen av fysisk aktivitet, att skapa ett lärande kring frågan och på det viset utveckla och förbättra FaR arbetet. Mer än hälften av vårdcentralerna uppgav i kartläggningen att arbetet med FaR har påverkats av *Mål & mått*. En positiv konsekvens av *mål & mått*-arbetet var att det möjliggjorde en uppföljning av patienternas följsamhet till ordinationerna på fysisk aktivitet. Även här som en del i ett lärande, där följsamheten blir någon form av kvitto på kvaliteten i ordinationsarbetet samt samverkansarbetet mellan hälso- och sjukvården och aktivitetsarrangörerna.

### **Ordinationsmönster och följsamhet för FaR-patienter 2004**

Nedan följer en beskrivning av ordinationsmönster och följsamhet för de patienter som ordinerats fysisk aktivitet på recept i Östergötland under 2004.

#### *Deltagande enheter*

I uppföljningen medverkade 37 av länets 42 vårdcentraler. Av de fem enheterna som inte medverkade i projektet valde tre privata enheter att avstå medverkan medan de två andra enheterna inte hade påbörjat sitt FaR-arbete vid början av 2004. Av de 37 enheter som medverkade i datainsamlingen genomförde 36 vårdcentraler tremånadersuppföljningen och 27 vårdcentraler ettårsuppföljningen.



### *Ålder och kön på patienter*

Medelåldern för de som ordinerats fysisk aktivitet är 55 år med en spridning från 12 år till 92 år. Medelåldern för män är 55 år och för kvinnor 54 år. Det finns en tydlig könsskillnad i ordinationsmönstret, då två tredjedelar (66 procent) av dem som ordinerats fysisk aktivitet är kvinnor. Det är ett mönster som stämmer överens med de flesta vårdcentraler, då andelen kvinnor är större än män på alla vårdcentraler utom en. Andelen kvinnor varierar från 44 procent till 82 procent. Denna skillnad följer även mönster från liknande uppföljningar av ordinerad fysisk aktivitet [15].

### *Antalet FaR- ordinationer 2004*

Under 2004 ordinerades 3 344 patienter FaR, vilket resulterar i ett snitt på 90 ordinationer per vårdcentral (med en spridning från 42-182). En siffra som är lite svår att utan något egentligt svenskt referensmaterial kunna bedöma värdet av. Siffran är dock jämförbar med den förskrivning som noterades i det nationella pilotprojektet från 2001-2002, då det ordinerades i snitt 70 FaR-recept per enhet (vårdcentral och företagshälsovård) under ett år [15]. Antalet ordinationer i den föreliggande rapporten ger utslaget på årets alla veckor ett snitt på två ordinationer per enhet och vecka. I relation till ett tänkbart mål om minst en ordination på fysisk aktivitet per dag och vårdcentral, beräknat på 260 arbetsdagar, som skulle resultera i 9 620 ordinationer på ett år så är utfallet på 3 344 ordinationer lågt. Ett mål om 260 ordinationer per år och vårdcentral verkar inte helt orimligt, då en primärvårdsbaserad uppföljning av hälsoremisser som presenterades i Läkartidningen år 2006 resulterade i totalt 279 hälsoremisser under ett år vid en vårdcentral [16].

Antalet ordinationer kan även jämföras med de antal unika individer som besökte varje vårdcentral under 2004. Det resulterar i ett värde som uttrycker antalet ordinationer i relation till patientunderlaget. Medelvärde för de trettiosju vårdcentralerna blir att 1,6 procent (0,9-4,3) av de individer som besökt vårdcentralen har ordinerats fysisk aktivitet under 2004. En relativt låg siffra i relation till att Östergötlands befolkningsenkät från 1999 visar att 77 procent av befolkningen inte når upp till en nivå som motsvarar rekommendationen om regelbunden fysisk aktivitet. En stor utvecklingspotential finns emellertid då studier visat att patienter som fick livsstilsråd var mer nöjda med sitt besök i primärvården än de som inte fick något råd [14]. De 3 344 individer som ordinerats fysisk aktivitet under 2004 måste ändå anses vara en positiv start.

### *Yrkesgrupp*

Den yrkesgrupp som ordinerat fysisk aktivitet till flest patienter är läkarna följt av sjuksköterskor och sjukgymnaster, se tabell 1.

Kolumnen variation inom yrkesgruppen på olika vårdcentraler beskriver att andelen av en viss yrkesgrupp som ordinerar FaR varierar från 4-93 procent för läkare och sjuksköterskor och från 2-66 procent för sjukgymnaster. I variationsjämförelsen ingår bara de vårdcentraler där flera yrkesgrupper förskriver, det vill säga den vårdcentral där endast läkare förskriver ingår inte i jämförelsen.

**Tabell 1. Yrkesgrupper som har ordinerat fysisk aktivitet under 2004 samt den procentuella fördelningen av förskrivningen mellan och inom olika yrkesgrupper på vårdcentralerna (n=3253)**

	Antal ordinationer	Yrkesgruppens andel av alla ordinationer i procent	Variation inom yrkesgruppen på olika vårdcentraler i procent <sup>1</sup>
Läkare	1238	38	4-93
Sjuksköterska	1022	31	4-93
Sjukgymnast	504	15	2-66
Dietist	129	4	1-20
Beteendevetare	62	2	1-15
Arbetssterapeut	53	2	1-13
Annat yrke	245	8	1-60

<sup>1</sup> Procentsiffran gäller för de vårdcentraler där det finns någon av den yrkesgruppen bland förskrivarna.

#### *Diagnos/ordinationsorsak*

Den vanligaste diagnosen eller orsaken till att patienten ordinerades fysisk aktivitet var *problem i rörelseorganen* och *BMI över 25*, följt av *högt blodtryck* och *diabetes*. Vissa skillnader föreligger mellan könen, se tabell 2.

**Tabell 2. Huvudorsaker/diagnoser till att patienten ordinerats fysisk aktivitet under 2004. Totalt samt uppdelat på kön. (Varje patient kan ha mer än en diagnos)**

	Antal patienter	Andel patienter i procent (n=3344)	Andel kvinnor i procent (n= 2218 )	Andel män i procent (n=1125)
Problem i rörelseorganen (inkl. smärta)	1169	35	40	25
BMI >25	1164	35	35	34
Högt blodtryck	756	23	20	28
Diabetes	746	22	18	31
I förebyggande syfte (inaktiv)	476	14	7	29
Psykisk ohälsa	262	8	8	7
Höga blodfetter	243	7	6	9
Annat	235	7	7	6

#### *Aktiviteter och aktörer*

Den vanligaste ordinerade aktiviteten var promenader följt av vattengymnastik och styrketräning. Det är en jämn fördelning mellan aktiviteter som genomförs i egen respektive organiserad regi. Drygt hälften av patienterna har ordinerats till en aktivitet hos någon aktivitetsarrangör, se tabell 3.

**Tabell 3. Fördelningen av ordinationer till egen aktivitet och aktivitetsarrangörer under 2004, (n=3263)**

Aktivitet	Antal patienter	Antal patienter i procent
Aktivitetsarrangör	1689	52
Egen aktivitet	1203	37
Egen aktivitet i kombination med aktivitetsarrangör	371	11

Av de patienter som har hänvisats till enbart aktivitetsarrangör så har ungefär hälften (48 procent) anvisats till *Korpen*, följt av *gym och friskvårdsanläggningar* (16 procent), *Friskis & Svettis* (11 procent) och *Östergötlands idrottsförbund* (9 procent). Resterande patienter har antingen blivit hänvisade till en kombination av olika aktörer (9 procent) eller till mindre lokala aktörer (7 procent).

#### *Följsamhet och avbrott*

På frågan om följsamhet till ordinerad fysisk aktivitet anger 56 procent av patienterna att de följer FaR efter tre månader, 18 procent uppger att de är aktiva men i annan aktivitet än FaR. Det är således 74 procent som anger att de i någon form följer ordinationen om att öka sin fysiska aktivitet. Motsvarande siffra vid uppföljningen efter ett år visar att 49 procent uppger att de följer FaR, medan 21 procent uppger att de är aktiva, men i någon annan aktivitet än den som ordinerats.

**Tabell 4. Procentuell andel patienter som uppger att de följer sin FaR ordination 2004, totalt och fördelat på kön**

	Uppföljning efter 3 mån (n=2625)	Uppföljning efter 1 år (n=1855)	Uppföljning efter 3 mån kvinnor/män (n=2624)	Uppföljning efter 1 år kvinnor/män (n=1854)
Följer FaR	56	49	57/55	49/49
Är aktiv men i annan aktivitet än FaR	18	21	17/19	21/20
Följer inte FaR	26	30	26/26	30/31

Följsamheten vid tremånadersuppföljningen är god för alla diagnosgrupperna (för diagnosgrupperna se tabell 2) där samtliga har en följsamhet över 50 procent vid tremånadersuppföljningen och över 40 procent vid ettårsuppföljningen.

Detsamma gäller följsamheten till ordinationer från olika yrkesgrupper, där skillnaderna mellan yrkesgrupperna är små. Vidare analyser om bakomliggande faktorer som kan påverka följsamheten kommer presenteras i kommande publikationer.

Det föreligger vissa skillnader i följsamhet mellan aktivitet som genomförts i egen regi eller hos någon aktivitetsarrangör. Det är signifikant fler som anger att de följer FaR efter tre månader av dem som ordinerats egen aktivitet än de som ordinerats

aktivitet hos aktivitetsarrangör eller en kombination av dessa. I gruppen som ordinerats aktivitet hos aktivitetsarrangör är det fler som hade bytt aktivitet än i de andra två grupperna. Störst andel avhopp återfinns i gruppen som ordinerats aktivitet hos någon aktivitetsarrangör, skillnaden är signifikant.

**Tabell 5. Följsamhet till FaR 2004 i relation till aktivitetstyp vid uppföljning efter tre månader (n=2583)**

	Följer FaR	Aktiv i annan aktivitet än FaR	Följer inte FaR
Aktivitet hos aktivitetsarrangör	44	25	31
Aktivitet i egen regi	70	10	20
Ordination till aktivitetsarrangör samt aktivitet i egen regi	61	17	22

Motsvarande resultat återfinns även vid uppföljningen efter ett år, med den skillnaden att olikheterna mellan grupperna egen aktivitet och kombinationsgruppen inte längre är signifikanta.

**Tabell 6. Följsamhet till FaR 2004 i relation till aktivitetstyp vid uppföljning efter ett år (n=1837)**

	Följer FaR	Aktiv i annan aktivitet än FaR	Följer inte FaR
Aktivitet hos aktivitetsarrangör	35	31	34
Aktivitet i egen regi	62	11	17
Ordination till aktivitetsarrangör samt aktivitet i egen regi	58	17	25

Av den tredjedel som angav att de inte följde FaR är de vanligaste huvudorsakerna till avbrott sjukdom och låg motivation, se tabell 7.

**Tabell 7. Huvudorsak till avbrott 2004 för de patienter som anger att de inte följer FaR, i procent**

	Huvudorsak till avbrott efter 3 mån (n= 675)	Huvudorsak till avbrott efter 1 år (n=552)
Sjukdom	19	23
Låg motivation	18	24
Smärta	14	13
Tidsbrist	12	14
Ekonomi	5	6
Annat och en kombination av ovanstående anledningar	32	20

#### *Påverkan på symptom och allmänt hälsotillstånd*

I uppföljningen tillfrågas patienten om hur de upplever att ordinationen på fysisk aktivitet har påverkat deras symptom (dvs. orsaken till att FaR förskrevs) och allmänna hälsotillstånd. Patienter som uppgav att de inte följer FaR är inte medräknade. Vid uppföljningarna uppgav ungefär hälften (50-58 procent) av

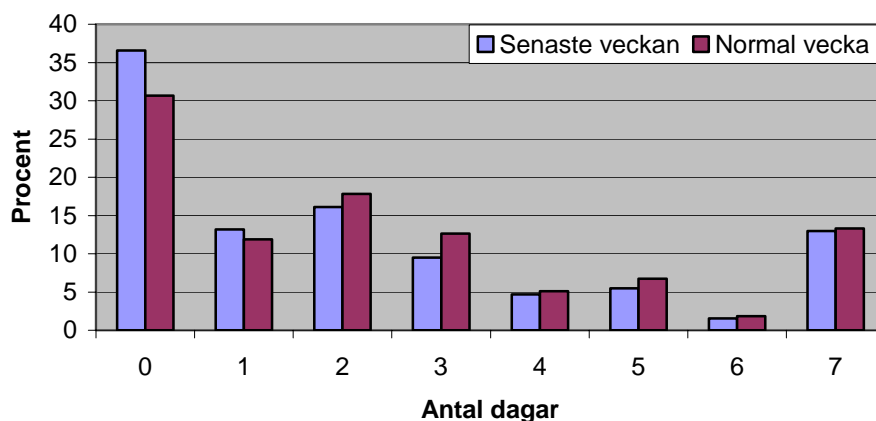
patienterna att deras symptom och allmänna hälsotillstånd blivit bättre tack vare FaR, en tredjedel (28-34 procent) att det är oförändrat, var åttonde (11-15 procent) har ingen åsikt medan cirka två procent uppger att de blivit sämre, se tabell 8.

**Tabell 8. Andel patienter som upplever att ordinationen på fysisk aktivitet har påverkat deras symptom (dvs. orsaken till att FaR förskrevs) och allmänna hälsotillstånd i procent. Uppföljning vid tre månader respektive ett år för patienter ordinerade FaR 2004**

	Symptom 3 mån (n= 2066)	Hälsotillstånd 3 mån (n= 1689)	Symptom 1 år (n=1390)	Hälsotillstånd 1 år (n=1296)
Bättre	50	54	55	58
Oförändrad	34	33	28	28
Sämre	2	2	2	1,5
Ingen åsikt	14	11	15	12,5

#### Aktivitetsnivå

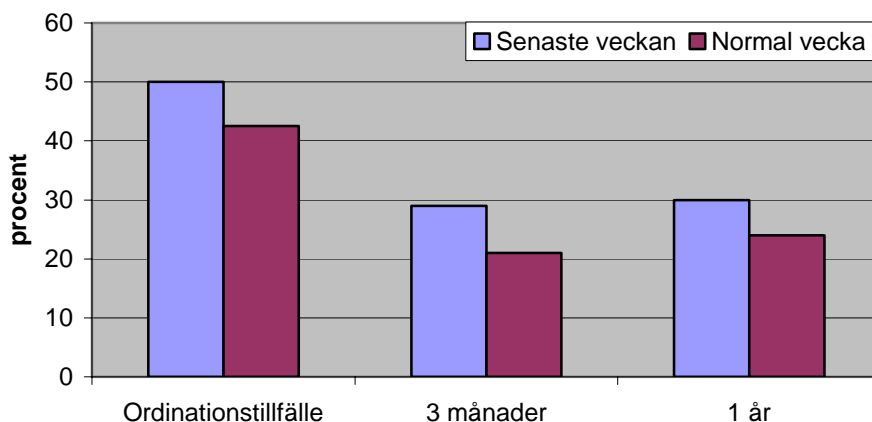
Uppskattningen av patienternas fysiska aktivitetsnivå baseras på en enkel fråga som lyder: *Nuvarande fysiska aktivitetsnivå. Hur många dagar (0-7) med minst 30 minuters sammanlagd tid av fysisk aktivitet per vecka.* Patienten ombads att uppskatta sin aktivitetsnivå *den senaste veckan* och *en normal 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 frågorna relativt små.



**Figur 2. Fysisk aktivitet, 30 minuter/dag, *den senaste veckan* samt *en normal vecka* vid ordinationstillfället för de patienter som ordinerades FaR 2004.**

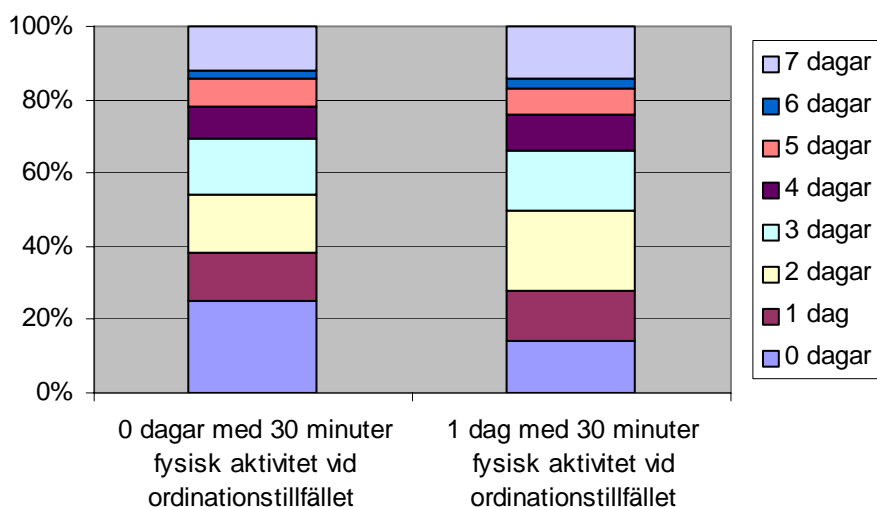
I den minst aktiva gruppen, det vill säga de som uppgav sig vara aktiva 0 dagar eller 1 dag var andelen vid ordinationstillfället 50 procent för *den senaste veckan* och 42,5 procent för *en normal vecka* (figur 2). En förändring kan ses vid uppföljningstillfällena, då gruppen mest inaktiva hade minskat i andel. Vid tremånadersuppföljningen hade andelen sjunkit till 29 procent för *den senaste veckan* och 21

procent för *en normal vecka*. Motsvarande siffror efter ett år var 30 procent för *den senaste veckan* och 24 procent för *en normal vecka* (figur 3).



**Figur 3. Andel individer som uppgav att de var aktiva 30 minuter/dag 0-1 dagar i veckan *den senaste veckan* och *en normal vecka* vid ordinationstillfället och vid uppföljningen efter 3 månader och 1 år.**

Ett annat sätt att beskriva förändringen i aktivitetsnivå är att beskriva förändringen i aktivitetsnivå för alla de individer som var aktiva till exempel 0-1 dagar i veckan vid ordinationstillfället. I figur 4 visas hur aktivitetsnivån såg ut efter ett år för de individer som vid ordinationstillfället uppgav sig vara aktiva 0-1 dagar i veckan. Av de individer som uppgav sig vara aktiva 0 dagar i veckan hade 75 procent ökat sin aktivitetsnivå, där tolv procent var aktiva sju dagar i veckan efter ett år. Motsvarande siffra för de individer som uppgav sig vara aktiva en dag i veckan var 73 procent, där fjorton procent var aktiva sju dagar i veckan efter ett år.



**Figur 4. Fysisk aktivitetsnivå *en normal vecka* efter ett år för de individer som vid ordinationstillfället uppgav sig vara fysiskt aktiva 30 minuter 0 dagar respektive 1 dag i veckan (n= 682 respektive 256).**

Det föreligger en signifikant ökning av den fysiska aktivitetsnivån, både för frågan om aktivitet *den senaste veckan* och för frågan *en normal vecka* vid en jämförelse mellan ordinationstillfället och uppföljningarna vid tre månader respektive ett år.

Den uppföljning som gjorts på de patienter som ordinerats fysisk aktivitet under 2004 visar på en god följsamhet till ordinationen och har resulterat i att flertalet av de patienter som ordinerats aktivitet blivit mer fysiskt aktiva och dessutom mer besvärsfria. Dessa resultat bygger på patienternas egna utsagor vid antingen telefonintervju, återbesök eller postenkät. En viss försiktighet vid tolkningen av resultaten kan därför vara befogad, då en viss vilja att "ge rätt svar" till sin doktor eller sköterska kan ha påverkat resultaten i en positiv riktning. Detsamma gäller frågorna där ungefär hälften av patienterna uppger att deras symptom och allmänna hälsotillstånd har påverkats positivt tack vare FaR. Just dessa svar är ändå intressanta då självupplevd hälsa i relation till aktivitetsnivån är en viktig påverkansfaktor för fortsatt fysisk aktivitet. En naturlig följdfråga blir ändå om det är den bättre hälsan som påverkar aktivitetsnivån eller om det är aktivitetsnivån som påverkar hälsotillståndet.

Föreliggande rapport är oss veterligen den första uppföljningen av rutinmässig ordination av fysisk aktivitet som genomförts i Sverige. All data som har samlats in till denna sammanställning har gjorts av ordinarie personal inom primärvården i Östergötland. En styrka i studien, förutom att den inkluderar 3 344 individer och att 37 av länets 42 enheter medverkar i uppföljningen, är att den är resultatet av rutinmässig verksamhet. I rutinmässigheten ligger också en av svagheterna, då förutsättningen för genomförandet har varit kravet på att det ska vara enkelt att genomföra och inte ta för stora resurser och för mycket tid i anspråk. All datainsamling bygger på mycket enkla frågor, där inga data bygger på resultat insamlade med hjälp av stora välformulerade validerade frågebatterier. Vi har inte heller valt att inkludera några mätningar eller tester, utan helt förlitat oss på individernas egna utsagor på mått som aktivitetsnivå, egenupplevd hälsa och följsamhet. Mått som ändå kan ses som intermediära mått på framtida hälsoutfall.

Det är viktigt att komma ihåg att skriftligt ordinera fysisk aktivitet är en relativt ny och oetablerad arbetsform. Det finns fortfarande ett stort behov av fler studier som visar på effekten av metoder för att främja fysisk aktivitet och effekter på hur fysisk aktivitet ordinerar på bästa sätt. Det behöver inte nödvändigtvis vara randomiserade kontrollerade studier. Då dessa tenderar att förenkla de komplexa samband som råder, både i hur människor förändrar sina beteenden och för alla de omgivande faktorer som både kan stödja och försvåra för individen att genomföra sin beteendeförändring. Förhoppningen är att den här rapporten kan ge svar på några av de frågor som anses obesvarade om effekten av FaR och att den ger andra inspiration att på motsvarande sätt som i Östergötland, parallellt med implementeringen och utvecklingen av FaR, även inkludera uppföljning och metodutvärdering.



## **Konklusion**

Utvecklingen av FaR-arbetet i Östergötland visar att det tar tid att implementera en ny arbetsmetod inom en hel primärvårdsorganisation. Det som är mest tidskrävande är utveckling av struktur och organisation. *Mål & mått*-arbetet har säkerligen varit ett stöd för att skynda på den utvecklingen. Flera vårdcentraler uppger också att *mål & mått* har påverkat utvecklingen av deras FaR-arbete på ett positivt sätt. Detsamma gäller förskrivningsfrekvensen som säkerligen har ökat på ett flertal av enheterna. Det är dock viktigt att komma ihåg att de flesta vårdcentralerna redan hade påbörjat sitt FaR-arbete när *mål & mått* infördes.

Vi anser att det finns stöd i litteraturen för att arbeta med att ordinera fysisk aktivitet och att denna uppföljning i likhet med andra har visat att ordination av fysisk aktivitet är ett effektivt sätt att öka den fysiska aktivitetsnivån hos de patienter som ordinerats fysisk aktivitet vid besök i primärvården. Resultaten stöder resonemanget om att primärvården är en lämplig arena för livsstilsråd, då personalen har en god kunskap, trovärdighet och auktoritet i mötet med patienter. Primärvården är därför en mycket viktig aktör i lokalsamhällets arbete med att stödja människor att bli mer fysiskt aktiva. Med stöd från resultaten i denna uppföljning anser vi nu att det finns gott stöd för att på ännu bredare front implementera ordinerad fysisk aktivitet i den svenska hälso- och sjukvården.

## Referenser

1. Katzmarzyk, P.T., Gledhill, N. and Shephard, R.J. *The economic burden of physical inactivity in Canada*. Canadian Medical Association Journal, 2000. 163: p. 1435-1440.
2. Börjesson, M., Ståhle, A. and Strandell, A. *Fysisk aktivitet på recept. I FYSS*, Ståhle, A. Editor. 2003, YFA: Stockholm.
3. Nationella Folkhälsokommittén, *En hälsoinriktad hälso- och sjukvård*. 2000: Stockholm.
4. Ekblom, B. and Nilsson, J. *Aktivt liv - vetenskap och praktik*. 2000, Stockholm: SISU Idrottsböcker.
5. Statens Folkhälsoinstitut, *Fysisk aktivitet för nytta och nöje*. Folkhälsoinstitutet. Vol. 1999. 1999, Stockholm: Folkhälsoinstitutet. 79.
6. YFA, *FYSS - Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*, Ståhle, A. ed. 2003, Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
7. YFA, *FYSS för alla: En bok om att röra på sig för att må bättre samt att förebygga och behandla sjukdomar*, Henriksson, J. ed. 2004, Stockholm: Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet, Apoteket AB.
8. Ekberg, K., Noorlind Brage, H. and Dastserri, M. *Östgötens hälsa och miljö 2000*. 2000, Folkhälsovetenskapligt Centrum Landstinget i Östergötland: Linköping.
9. U.S. Preventive Services Task Force, *Behavioral counselling in primary care to promote physical activity: recommendations and rationale*. Ann Int Med, 2002. 137(3): p. 205-207.
10. Jacobson, D.M., et al., *Physical Activity Counseling in the Adult Primary Care Setting. Position statement of the American College of Preventive Medicine*. American Journal of Preventive Medicine, 2005. 29(2): p. 158-162.
11. Hillsdon, M., et al., *The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews*. 2005, NHS, Health Development Agency.
12. Dexter, P., *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 and research, 1992. 5(1): p. 36-41.
13. Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning, ABLA II, *Mindre sjukdom och bättre hälsa - genom ökad följsamhet till läkemedelsordinationerna*. 2001: Stockholm.
14. 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 the consultation*. European Journal of Public Health, 2005. 15(6): p. 615-620.
15. Kallings, L.V. and Leijon, M. *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept - FaR*. 2003, Statens Folkhälsoinstitut: Stockholm.
16. Sydhoff, J., et al., *Hälsoremiss - effektiv i primärvården. Bra verktyg för att förebygga/behandla t ex övervikt och typ 2-diabetes*. Läkartidningen, 2006. 103(6): p. 375-377.