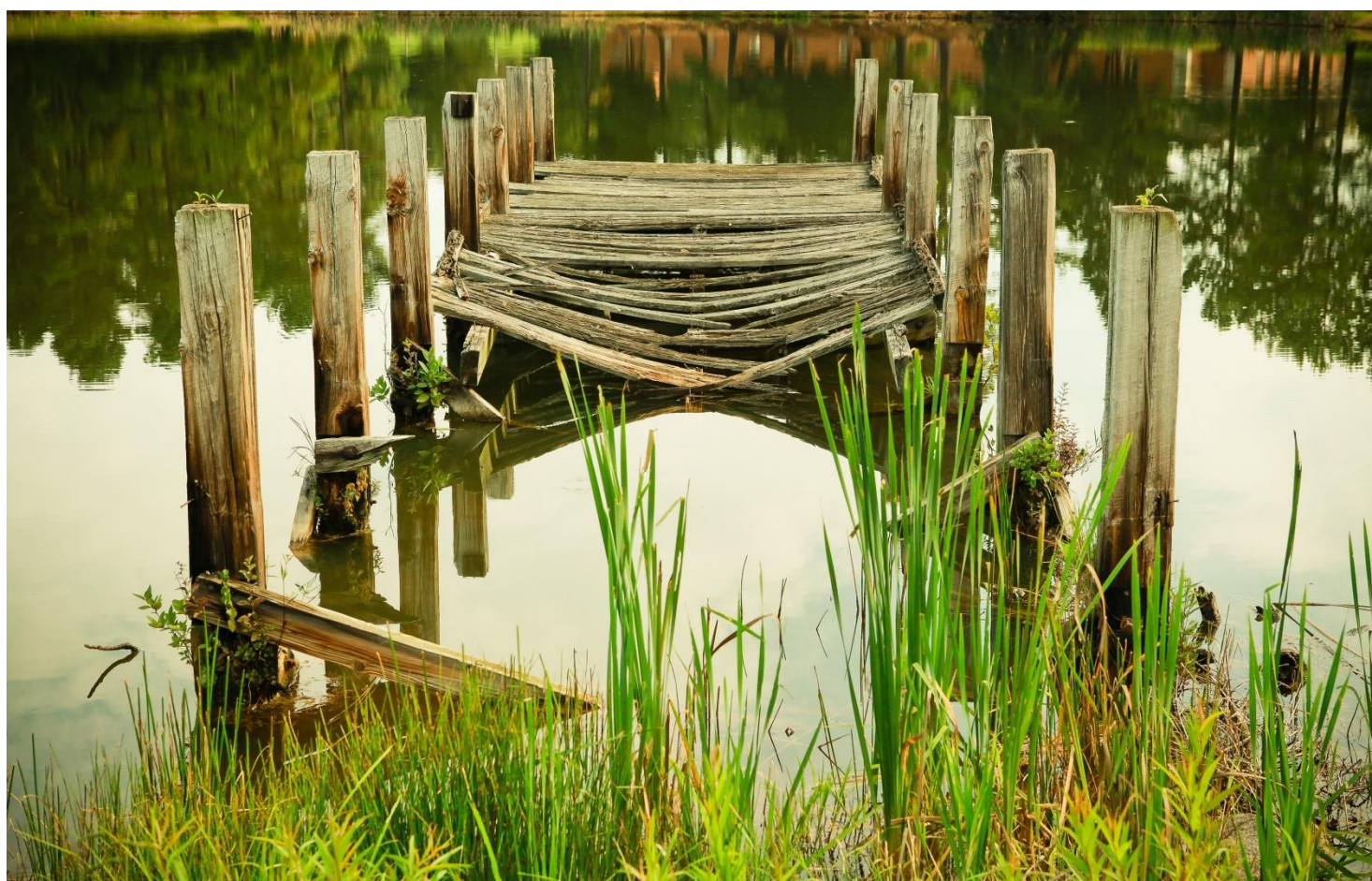


Hur används FaR inom primärvården i Stockholms läns landsting?



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 1497, 171 29 Solna
ces@sll.se

Rapport 2016:2
ISBN 978-91-87691-34-8

Författare: Eleonor Säfsten, Elinor Sundblom, Yvonne Forsell
Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: www.freepik.com

Stockholm mars 2016

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

Arbetet med att förbättra levnadsvanorna är ett prioriterat område inom hälso- och sjukvården. Idag finns evidens för att fysisk aktivitet är effektivt både som förebyggande och behandlande insats vid en mängd olika sjukdomstillstånd. Ett av de verktyg man kan använda sig av för att främja fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården är Fysisk aktivitet på recept – FaR. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) har fått ett uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen att beskriva användningen av FaR inom primärvården i Stockholms läns landsting (SLL). Uppdraget innefattar även ett faktablad från studien Regassa, en randomiserad klinisk prövning, där bland annat följsamheten till fysisk träning som behandling vid psykisk ohälsa undersöktes. Studien visade att det är viktigt att beakta även andra levnadsvanor såsom rökning och alkoholkonsumtion för att öka följsamheten.

I föreliggande rapport framkommer att FaR används mycket sällan vid de tre tillstånd som undersökts, där fysisk aktivitet är evidensbaserad behandling. Det visas även att det finns brister i användning av de riktlinjer som finns för FaR. Rapporten baseras både på en kvantitativ del: analys av data från de akademiska vårdcentralerna i Stockholms län och en kvalitativ del: intervjuer med forskrivare och aktivitetsarrangörer.

Målgruppen för rapporten är hälso- och sjukvårdsförvaltningen, akademiskt primärvårdscentrum och personer som är ansvariga för att skapa rutiner för FaR i förskrivande och mottagande verksamheter. Vår förhoppning är att rapporten kan användas som diskussions- och beslutsunderlag för politiker och tjänstemän för planering av FaR-metoden inom det förebyggande och behandlande arbetet på vårdcentralerna.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin Stockholms läns landsting, SLSO

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	6
Fysisk aktivitet	6
Åtgärder för att förbättra fysisk aktivitet bland patienter inom SLL	6
Förekomst av åtgärder för att förbättra fysisk aktivitet bland patienter på de sex vårdcentralerna	6
Hur ser FaR ordinationen ut?	7
Förskrivares uppföljning av FaR.....	7
Patienternas följsamhet till FaR-ordination.....	7
Hur fungerar FaR i praktiken?	7
Slutsatser	7
Bakgrund	9
Effekter av fysisk aktivitet och träning	9
Sjukdomsförebyggande metoder inom hälso- och sjukvården	10
Riktlinjer för förskrivning av FaR.....	10
Tidigare studier om förskrivning av FaR inom SLL	11
Tidigare studier om patienters följsamhet till FaR	11
Sammanfattningsvis	11
Syfte.....	12
Frågeställningar	12
Metod	13
Undersökning av åtgärder för att främja fysisk aktivitet inom hela primärvården	14
Undersökning av FaR på utvalda vårdcentraler	14
Rekrytering och urval	14
Inhämtande av patientinformation från TakeCare.....	15
Kompletterande journalgranskning.....	16
Ytterligare sökning.....	17
Patienters följsamhet till FaR.....	17
Semistrukturerade intervjuer	18
Urval och rekrytering.....	18
Genomförande	18
Analysmetoder	19
Statistiska metoder	19
Analys av kvalitativa intervjuer.....	19
Etik.....	19
Resultat	20
Åtgärder för att främja fysisk aktivitet på vårdcentraler inom hela Stockholms län	20

Åtgärder för att främja fysisk aktivitet hos patienter med fetma, diabetes typ 2 och hypertoni	20
Vem ordinerar FaR?.....	21
Dokumentation av FaR i patientjournalen	22
Patienternas följsamhet till FaR-ordination.....	24
Hur fungerar FaR i praktiken?	25
Behov av brygga mellan FaR-förskrivare och aktiviteter	25
Utmaningar i arbetet med FaR-metoden	25
Bristande förutsättningar	27
Anpassning till kunden	29
Samarbete mot ett gemensamt mål	31
Kort sammanfattning av resultat	33
Diskussion	34
Åtgärder för att främja fysisk aktivitet.....	34
Ordination av FaR.....	34
Rutiner vid förskrivning och mottagande av FaR	34
Uppföljning av receptet	35
Patienters följsamhet till FaR.....	36
Metoddiskussion	36
Pågående arbete i länet.....	37
Betydelse för jämlikhet i hälsa	37
Slutsatser	39
Tack	40
Referenser	41
Bilagor	44
Bilaga 1. Riktlinjer – Fysisk aktivitet på recept (FaR) i Stockholms läns landsting.....	44
Bilaga 2. Kodning av inhämtade data	45
Bilaga 3. Frågor om följsamhet till FaR	46
Bilaga 4. Intervjuguider	48

Sammanfattning

Fysisk aktivitet

Arbete med att förbättra levnadsvanor är ett prioriterat område inom hälso- och sjukvården. Fysisk aktivitet är en av de prioriterade levnadsvanorna då en tillräcklig nivå både är förebyggande och behandlande vid en mängd olika sjukdomstillstånd. Fysisk aktivitet på recept – FaR är ett av flera verktyg som kan erbjudas de patienter som är positivt inställda till att ändra sin livsstil och bli mer fysiskt aktiva. För att ordinerar FaR ska det vara möjligt för patienten att genomföra fysisk aktivitet som inte sker i hälso- och sjukvårdens regi. I riktlinjerna inom SLL ingår att tydliga rutiner för arbetet med FaR ska finnas på vårdcentralerna och att en person ska vara speciellt ansvarig. Där ingår även att metoden ska innefatta ett motiverande samtal och en strukturerad uppföljning. Det är osäkert hur FaR används inom Stockholms läns landsting och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin har därför fått i uppdrag att kartlägga användandet och undersöka hur förskrivningen uppfattas av såväl vårdpersonal som aktivitetsarrangörer.

För att kartlägga användningen av FaR valdes tre sjukdomstillstånd där fysisk aktivitet vetenskapligt visats ha effekt; fetma, diabetes typ 2, och hypertoni. Dessa tre sjukdomar är alla folkhälsoproblem och ofta förekommande diagnoser på vårdcentralerna. Sex vårdcentraler ingick i studien. För att få en så bred bild som möjligt användes både kvantitativ och kvalitativ metodik.

Åtgärder för att förbättra fysisk aktivitet bland patienter inom SLL

Registerbaserade data omfattade alla besök i primärvården 2014 (4 829 072 besök av 1 037 226 individer). Dessa analyserades för att undersöka förekomsten av registrerade åtgärds-koder för FaR, enkla råd om fysisk aktivitet, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal på alla vårdcentraler inom SLL. Endast 0,1 promille av individerna hade ett FaR registrerat, medan enkla råd om fysisk aktivitet och kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet registrerades för 0,3 promille respektive 0,7 promille av individerna. De åtgärds-koder som dokumenterats i störst utsträckning var rådgivande samtal för fysisk aktivitet (2 %).

Förekomst av åtgärder för att förbättra fysisk aktivitet bland patienter på de sex vårdcentralerna

Under 2014 hade FaR förskrivits till 11 procent av patienterna med diagnosen fetma, 26,5 procent hade haft ett rådgivande samtal och 30,2 procent hade fått enkla råd. Bland patienter med diabetes var förskrivningen av FaR 1,8 procent, rådgivande samtal 31,1 procent och enkla råd 15,8 procent. Bland patienter med hypertoni hade 1,1 procent erhållit ett FaR, 1,4 procent ett rådgivande samtal och 12,1 procent hade fått enkla råd. För att bekräfta andelen utskrivna FaR under tidsperioden jämfördes frekvenserna med förskrivning av FaR under det första halvåret 2015 och inga skillnader sågs. Gällande förskrivningsförfarandet dokumenterades aktivitetsnivå otillräckligt, vid mindre än hälften av fallen registrerades aktivitetsnivån vid förskrivningstillfället. De patienter som

ordinerats FaR var yngre men inga skillnader sågs avseende kön, rökning eller dokumenterad aktivitetsnivå vid ordinationstillfället.

Hur ser FaR ordinationen ut?

Träningsform, intensitet och dosering var ifyllt i stor utsträckning (85–94 %) på recepten. Endast få recept innehöll förslag på var receptet skulle lösas in eller information om eventuella restriktioner (12 %).

Förskrivares uppföljning av FaR

Hälften av patienterna som ordinerats FaR under 2014 för en av de tre undersökta diagnoserna hade en dokumenterad uppföljning inom sex månader från det datum då receptet utfärdades.

Patienternas följsamhet till FaR-ordination

För att besvara frågan om patienternas följsamhet till ordinerat FaR, och vad som påverkat den, utfördes telefonintervjuer enligt en enkät som använts i tidigare undersökningar. Nittioen patienter kontaktades och 79 besvarade enkäten. Mer än hälften av de uppringda (58 %) uppgav att de följt ordinationen. Hälften av dessa sade att detta berodde på att provsvaren motiverat dem. De vanligaste orsakerna till att man inte följt ordinationen var tidsbrist (39 %) eller sjukdom (24 %). Cirka hälften (53 %) upplevde att de följts upp av den som ordinerat receptet.

Hur fungerar FaR i praktiken?

Förskrivarnas och aktivitetsarrangörers upplevelse av hur FaR fungerar i praktiken undersöktes genom kvalitativa semistrukturerade intervjuer med sex förskrivare och sex aktivitetsarrangörer. Utifrån den kvalitativa innehållsanalysen av intervjuerna identifierades ett övergripande tema; Behov av brygga mellan FaR-förskrivare och aktiviteter som belyser avsaknaden av dialog eller kontakt mellan vård och aktivitetsarrangörer. Fyra kategorier beskriver de olika informanternas erfarenheter av FaR-metoden; 1) Utmaningar i arbetet med FaR-metoden 2) Bristande förutsättningar, 3) Anpassning till kunden samt 4) Samarbete mot ett gemensamt mål.

Slutsatser

- FaR och rådgivande samtal om fysisk aktivitet används i mycket liten utsträckning inom primärvården. FaR används sällan vid diagnoserna fetma, diabetes typ 2 och hypertoni där fysisk aktivitet är en viktig del av behandlingen.
- Omkring hälften av de patienter som ordinerats FaR följdes upp av legitimerad personal på vårdenheten inom sex månader. Med andra ord har metoden inte fullföljts i hälften av de undersökta fallen.
- Mer än hälften av de patienter som följdes upp efter att ha ordinerats FaR uppgav att de följt receptet och cirka hälften upplevde att de följts upp av vårdpersonal.
- Det framkom en brist på en överbryggande länk mellan vården och aktivitetsarrangörer. Aktivitetsarrangörerna efterlyste tydligare ordinationer och

en bättre uppföljning av patienter/kunder från vården samt ett behov av utbildning och kvalitetssäkring av denna. Från intervjuerna var det även tydligt att det fanns en avsaknad av rutiner vid förskrivning av FaR inom vården.

Bakgrund

Effekter av fysisk aktivitet och träning

Med fysisk aktivitet menas all typ av rörelse som ger ökad energiomsättning. Motion och fysisk rörelse är medveten fysisk aktivitet med viss avsikt, till exempel att ta trapporna istället för hissen eller att arbeta i trädgården. Träning avser en aktivitet med en klar målsättning att behålla eller öka prestationsförmågan. För att något ska kallas träning ska det vara ansträngande. Den största delen av vår fysiska aktivitet är alltså inte träning. Den stora utmaningen är att öka den totala fysiska aktiviteten, minska stillasittande och inte bara få människor att träna.

Om vi är tillräckligt fysiskt aktiva så minskar risken för förtida död, samtidigt som en mängd olika sjukdomar och besvär förebyggs. Många av effekterna på kroppen är väl kända, till exempel förbättrad hjärtfunktion, starkare muskler, sänkta blodfetter, sänkt blodtryck och förbättrad blodsockerreglering. Mindre känt är att hjärnans funktioner påverkas; bland annat med ökad stresstolerans, ett högre välbefinnande och en sänkt ångestnivå. Förutom att fysisk aktivitet verkar förebyggande så har den även en positiv effekt vid ett flertal besvär och sjukdomar, till exempel har tre Cochrane-sammanställningar visat att fysisk aktivitet är verksamt vid psykisk ohälsa (1). Riskerna med fysisk aktivitet är få och kan i de flesta fall undvikas genom att aktiviteten anpassas till individen.

Alla vuxna, från 18 år och uppåt, rekommenderas att vara fysiskt aktiva sammanlagt minst 150 minuter i veckan. Intensitetsnivån bör vara minst måttlig. Vid hög intensitet rekommenderas minst 75 minuter per vecka. Aktivitet med måttlig och hög intensitet kan även kombineras. Aktiviteten bör spridas ut över flera av veckans dagar och utföras i pass om minst tio minuter (2).

I denna kartläggning fokuserar vi på tre av de sjukdomstillstånd där fysisk aktivitet är en viktig del av behandlingen: hypertoni, diabetes typ 2 och fetma. Dessa tre tillstånd är folksjukdomar och således vanliga diagnoser på vårdcentraler.

Hypertoni är den viktigaste riskfaktorn för den totala sjukdomsburden i världen (3) och i Sverige beräknas omkring två miljoner individer lida av tillståndet (4). Vid lindrig hypertoni med låg kardiovaskulär risk har fysisk aktivitet tillsammans med ändring av övriga livsstilsfaktorer visat sig vara en mycket effektiv behandling och är därför rekommenderad som en förstahandsåtgärd (5, 6). Fysisk träning ger en sänkt sympatikusaktivitet och genom detta en blodtryckssänkning. Hjärtminutvolymen minskar också, delvis genom en effekt på njurfunktionen. Träning ökar också motståndskraften mot stressreaktioner som har betydelse för blodtrycket (7).

I Sverige har cirka fem procent av befolkningen diabetes och 85 procent av dem har typ 2 diabetes. Andelen som insjuknar är stabil trots att allt fler blir överviktiga (8). Det finns en lätt mansdominans för insjuknande i diabetes som sannolikt är betingad av såväl biologiska- som livsstilsfaktorer (9). Fysisk aktivitet är en viktig del av behandlingen sedan många år tillbaka (10). Träning stabiliserar blodsockret genom att öka sockerupptaget i musklerna och genom ökad insulinkänslighet. Ett stabilare blodsocker minskar risken för komplikationer av diabetessjukdomen, till exempel finns ett samband mellan metabolt syndrom och hypertoni varför sänkning av insulinresistensen är viktig.

Tilltagande fysisk inaktivitet anses vara den viktigaste anledningen till en ökande förekomst av fetma i befolkningen och en ökning av aktiviteteten är följaktligen en central del av behandlingen (2). Fetma är en riskfaktor för en mängd olika tillstånd; hjärtkärlsjukdomar, cancer, diabetes där fysisk aktivitet kan bidra med preventiv effekt.

Sjukdomsförebyggande metoder inom hälso- och sjukvården

Arbete med att förbättra levnadsvanorna är ett prioriterat område inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens rapport Riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder behandlar bland annat metoder inom hälso- och sjukvården som kan stimulera till ökad fysisk aktivitet (11).

Åtgärder för att stimulera till ökad fysisk aktivitet innefattar rådgivande samtal, rådgivande samtal med tillägg (FaR eller stegräknare) samt rådgivande samtal med särskild uppföljning.

Riktlinjer för förskrivning av FaR

FaR¹ är ett av flera verktyg som kan erbjudas de patienter som är positivt inställda till att ändra sin livsstil och bli mer fysiskt aktiva. Förskrivning av FaR rekommenderas vid flera olika sjukdomstillstånd samt som förebyggande åtgärd. För att ordinerar FaR ska det vara möjligt för patienten att genomföra fysisk aktivitet utanför hälso- och sjukvårdens regi (2).

Enligt riktlinjerna inom SLL innebär ett FaR en individanpassad skriftlig ordination på fysisk aktivitet i sjukdomsförebyggande eller behandlande syfte (Bilaga 1). Förskrivaren skriver ett recept på fysisk aktivitet som utgår från rekommendationerna i handboken Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS). Förskrivarna ska ha kunskap om bland annat patientens hälsoläge, det patientcentrerade samtalet, FaR-konceptet och de lokala rutinerna för FaR (2). I riktlinjerna står även att uppföljning ska planeras in. FaR får endast förskrivas av legitimerad personal inom hälso- och sjukvården, till exempel läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter. Det förordas att vårdgivare ska ha tydliga rutiner/program för arbetet med FaR och att en ansvarig person bör utses på varje enhet. Verksamhetschefen ansvarar för att riktlinjerna för FaR följs. Administrationen av FaR kan sedan ske i samverkan med olika aktivitetsarrangörer där utbildad personal finns som tar emot patienten, så kallade FaR-ledare. Exempel på aktivitetsarrangörer är idrottsrörelsen eller privata gymanläggningar (12).

Huvudkomponenter vid förskrivning av FaR

1. Patientcentrerat samtal/förhållningssätt
2. Skriftlig ordination enligt FYSS
3. Uppföljning

¹ Folkhälsomyndigheten innehar registrerat varumärkesskydd för kännetecknet FaR® men i rapporten används endast FaR.

Lokala rutiner/program bör således finnas för arbetet med FaR på varje vårdcentral men det är okänt om detta finns och om de efterföljs. Det finns inga specifika riktlinjer för SLL om hur en strukturerad uppföljning av följsamhet och effekt av behandlingen ska dokumenteras utan varje verksamhet förväntas upparbeta dessa.

Tidigare studier om förskrivning av FaR inom SLL

Det är osäkert hur ofta FaR används inom SLL finansierad vård då de flesta studier som gjorts har varit relativt småskaliga. Hösten 2011 gjordes en enkätundersökning bland läkare på en VC inom SLL (13). Där fann man att 80 procent av de som besvarade enkäten (besvarad av 62 % av läkarna på vårdcentralen) uppgav att de förskrivit FaR under de senaste sex månaderna. Dock var antalet FaR per förskrivande läkare lågt (<10 recept under 6 månader). Våren 2013 gjordes motsvarande undersökning på tre vårdcentraler. Där uppgav 68 procent, av de 39 läkarna som svarade, att de använde sig av FaR. De uppgav dock att de sällan använde metoden (<10 recept under 6 månader) (14). Vid båda undersökningarna var tidsbrist det vanligaste skälet till att man inte använde sig av FaR. Ingen i undersökningarna uppgav att de trodde FaR var verkningslöst. Vid en genomgång av antalet förskrivna FaR inom SLL år 2010 visades att 4 besök av 10 000 i primärvården resulterade i ett FaR och att det skrevs 35 FaR/vårdcentral (15).

Tidigare studier om patienters följsamhet till FaR

Enligt SBU rapporten Metoder att främja fysisk aktivitet (16) är följsamhet till fysisk aktivitet högre när FaR används jämfört med enbart muntlig ordination. En studie i svensk primärvård där 240 patienter ingick visade att 2/3 av patienterna som förskrivits FaR rapporterade att de följt ordinationen (17). En annan svensk primärvårdsstudie som inkluderade 3300 patienter visade att cirka hälften av de som fått FaR ökade sin fysiska aktivitet vid uppföljning efter tre och 12 månader (18). Tidigare studier är dock inte entydiga, några har visat en effekt på fysisk aktivitet (5, 17–19) medan andra inte visat någon sådan effekt (20, 21). Följsamheten kan bli högre om paramedicinsk personal stödjer patienten via personliga möten eller via telefon (22, 23). En gemensam brist i dessa studier är avsaknande av bortfallsanalys, med andra ord: det är okänt vilka karakteristika som kännetecknade de patienter som uteslöts från behandling och de som inte följts upp. Storleken på bortfallet kan vara betydande, vilket visades i en amerikansk studie där hälften av patienterna som av allmänläkare ansågs behöva FaR inte ville medverka (24, 25). En annan svaghet är att endast självrapporterad följsamhet används som utfallsmått. En amerikansk studie har visat att det är vanligt att överskatta hur fysiskt aktiv man är (26). Enligt självrapportering uppfyllde 62 procent de amerikanska riktlinjerna för tillräcklig fysisk aktivitet men vid accelerometermätning (en objektiv metod att mäta aktivitet) var det endast tio procent som gjorde det.

Sammanfattningsvis

För att förebygga och behandla sjukdom är det viktigt att uppnå en viss nivå av fysisk aktivitet. Att vid otillräcklig fysisk aktivitet ge stöd till att öka fysisk aktivitet är en behandlande åtgärd vid en mängd olika sjukdomstillstånd. Fysisk aktivitet kan främjas på många olika sätt och FaR utgör en metod. Det är osäkert hur FaR används i klinisk praxis och det är osäkert om patienterna följer ordinationerna.

Syfte

Syftet är att beskriva användningen av FaR inom primärvården i Stockholms läns landsting samt beskriva förskrivares och FaR-ledares perspektiv om hur förskrivning och aktivitetsleverans fungerar.

Frågeställningar

1. I hur stor utsträckning förekommer åtgärder för att främja fysisk aktivitet såsom FaR, enkla råd om fysisk aktivitet, rådgivande samtal, kvalificerat rådgivande samtal inom uppdragstypen "husläkeri" i primärvården i hela SLL? Kan åtgärderna delas in utifrån diagnoser?
2. I hur stor utsträckning förskrivs FaR utan att detta dokumenteras som e-recept i journalen?
3. I hur stor utsträckning används FaR, rådgivande samtal, kvalificerat rådgivande samtal och enkla råd för att främja fysisk aktivitet för patienter med diagnoserna fetma, diabetes typ 2 eller hypertoni?
4. Skiljer sig de patienter som ordinerats FaR från de som inte ordinerats FaR gällande diagnos, kön eller nivå av fysisk aktivitet vid ordinationen?
5. Hur dokumenteras FaR i journalen och vilken utsträckning sker uppföljning av FaR inom sex månader efter förskrivning?
6. I vilken utsträckning uppger patienterna att de följer FaR-ordinationen?
7. Hur upplever förskrivare och FaR-ledare att FaR fungerar i praktiken?

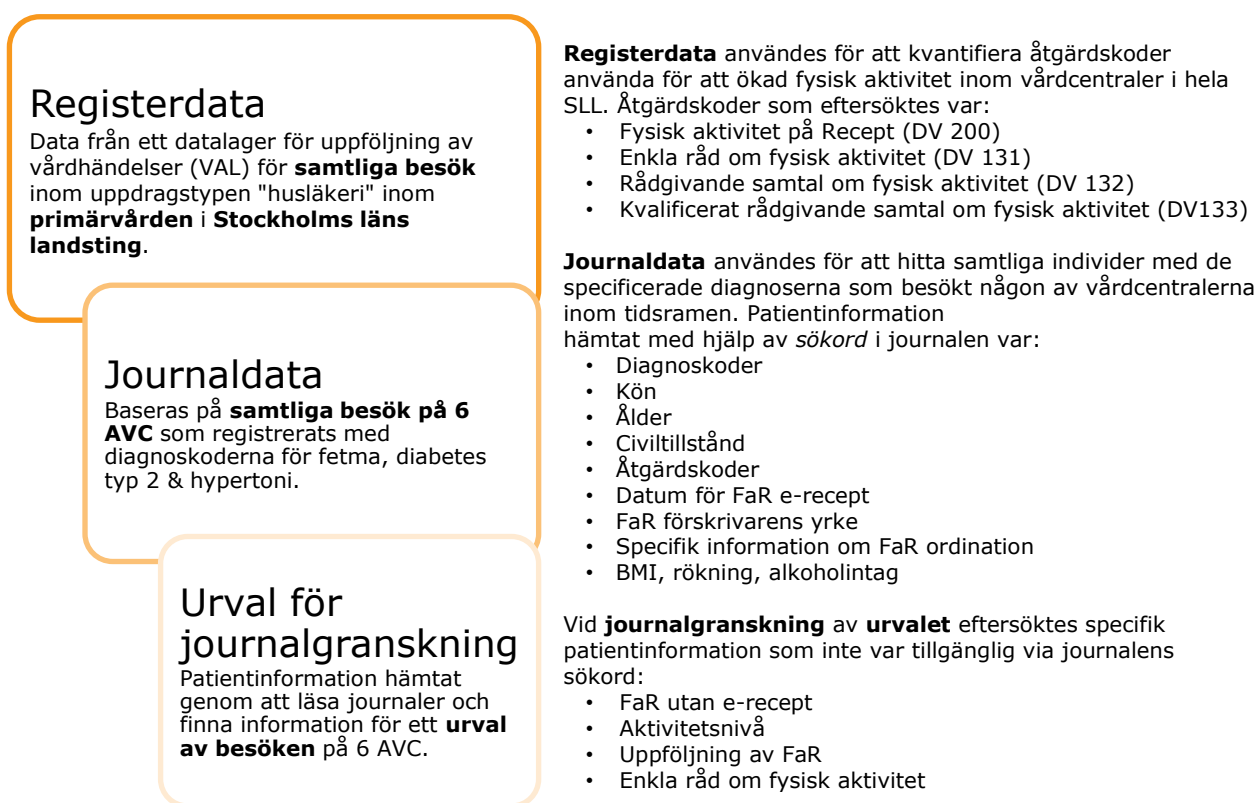
Metod

För att besvara frågeställningarna ovan har både kvantitativa och kvalitativa metoder använts.

Frågeställningarna 1–5 besvarades genom information inhämtad från register, journaler och ett urval av journaler (se figur 1). Frågeställning 1 besvarades genom en genomgång av registerdata från datalager för uppföljning av vårdhändelser (VAL) för besök gjorda i primärvården inom hela SLL. För frågeställningarna 2 till 5 samlades journalinformation in för aktuella besök på utvalda vårdenheter. Därefter journalgranskades ett urval av de inhämtade patientjournalerna.

För att ta reda på patienters följsamhet till FaR, frågeställning 6, administrerades en enkät med frågor om följsamhet, via telefonintervjuer till de patienter som i journaldata identifierats som mottagare av FaR.

Frågeställning 7 besvarades med en kvalitativ ansats, specifikt genom semistrukturerade intervjuer med förskrivare och aktivitetsarrangörer/FaR-ledare.



Figur 1. Källor för kvantitativ datainsamling som beskriver de datakällor som använts för att besvara frågeställningarna 1–5. För frågeställning 1 användes registerdata från VAL. För övriga frågeställningar hämtades data direkt via utdrag från journalsystemet för de sex inkluderande vårdenheter, för journalgranskningen gjordes ett slumpmässigt urval av patienter som besökt någon av de sex inkluderade vårdenheter.

Undersökning av åtgärder för att främja fysisk aktivitet inom hela primärvården

För att besvara frågeställning 1, det vill säga i vilken utsträckning förekommer sjukdomsförebyggande åtgärder för fysisk aktivitet inom SLL, användes registerdata från databasen för uppföljning av vårdhändelser (ORV VAL databasen). Samtliga åtgärder för att främja fysisk aktivitet som dokumenterats av primärvården inom uppdragstypen ”husläkeri” under 2014 inkluderades. Följande åtgärder (åtgärds-koder) undersöktes: FaR (DV 200), enkla råd om fysisk aktivitet (DV 131), rådgivande samtal om fysisk aktivitet (DV 132) och kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet (DV 133).

Undersökning av FaR på utvalda vårdcentraler

Rekrytering och urval

Deltagande vårdenheter

För att besvara frågeställning 2–6 tillfrågades akademiska vårdcentraler (AVC) inom SLL om att bidra med journaldata till denna utvärdering. Akademiska vårdcentraler infördes i SLL 2011 och ska genom nätverk med övriga primärvårdverksamheter verka för patientnära forskning, utveckling, utbildning samt bidra till att höja vårdkvaliteten. I länet finns totalt åtta AVC.

Samordnande chef för AVC kontaktades med förfrågan om att delta i studien, ärendet mejlades sedan till samtliga verksamhetschefer och AVC-samordnare. Därefter postades en officiell förfrågan som följdes upp med ett telefonsamtal. Slutligen mejlades en bekräftelse på deltagande från verksamhetschef eller AVC-samordnaren vid respektive enhet. Endast de sex AVC som använde sig av journalsystemet TakeCare (TC) inkluderades i kartläggningen.

Detta resulterade i att följande AVC inkluderades i studien: Hässelby/Akalla, Huddinge/Flemingsberg, Jakobsberg, Gustavsberg, Mörby och Liljeholmen. Antalet listade patienter på de sex AVC varierade från 7 845 till 30 246.

Population och avgränsningar

Förskrivning av FaR kartlades för vuxna patienter (≥ 18 år) som besökt en av de sex AVC för någon av huvuddiagnoserna: fetma, diabetes typ 2 eller hypertoni mellan 1 juli och 31 december 2014. Under denna tid besöktes AVC av 7 681 individer med de tre studerade diagnoserna. Patienter som registrerats för de tre huvuddiagnoserna under den aktuella tidsperioden, kodades inledningsvis med alla tre diagnoser för att i ett andra steg kodas med en huvuddiagnos enligt följande rangordning: 1. fetma, 2. diabetes typ 2 och 3. hypertoni. Totalt 293 individer hade besök registrerade för fler än en urvalsdiagnos under halvåret.

För att söka upp patienter med ovannämnda diagnoser i TC behövde diagnoskoder identifieras vilket gjordes enligt handboken för internationell sjukdomsklassifikation (ICD 10). Följande diagnoskoder² användes: E66 (fetma), E11, E14 (diabetes typ 2), och I10 (hypertoni).

² Diagnoser dokumenteras i journalen med en diagnoskod. Endast läkarbesök behöver registreras med en diagnos. Andra personalkategorier inom vården kan också använda sig av diagnoser vid besök, men det är inte obligatoriskt.

Inhämtande av patientinformation från TakeCare

Patientinformation som kunde hämtas direkt från mallen i TC (se faktaruta) och dess sökord levererades av E-hälsan. Informationen omfattade: personnummer, kön, ålder, civilstånd, huvud- och bidiagnos, åtgärder för fysisk aktivitet (DV132, DV133), förskrivarens yrke, elektroniskt FaR (e-recept), datum för FaR, ordinationsinformation, rökning och alkoholintag. För närmare information om kodning se bilaga 2.

Patientinformation hämtades i regel från det senaste registrerade besöket under 2014 som gjordes för inklusionsdiagnosen. I de fall då patientinformation (t ex vikt och längd) inte uppdateras vid varje enskilt besök användes det senast registrerade värdet.

Vårddokumentation i journalsystemet TakeCare

Journalsystemet TakeCare är uppbyggt av moduler. Modulen vårddokumentation innehåller mallar för strukturerad informations registrering. Med hjälp av mallarna i journalen kan data exporteras till register och sökas på olika nivåer (sökord, vårdgivare, vårdenhet och journalmallar).

Dokumentation av FaR i TakeCare

Innan 2015 krävdes att förskrivaren aktivt valde att spara FaR e-receptet efter utskrift för att det skulle dokumenteras. Det fanns även möjlighet att använda pappersrecept vid ordination av FaR för att sedan dokumentera detta i journalen som fritext. På grund av detta kunde kartläggningen inte enbart bygga på information från sökord i journalsystemet. Från och med första januari 2015 sparas e-recept för FaR automatiskt i journalen.

Vad är åtgärds-koder?

I hälso- och sjukvården utförs patientinriktade åtgärder med syfte att utreda, behandla eller förebygga sjukdom. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) används för att klassificera utförda åtgärder. En kodbeteckning (åtgärds-kod) används för att statistiskt beskriva utförda åtgärder. Åtgärds-koderna är gemensamma för samtliga verksamhetsområden och yrkeskategorier i landet. KVÅ koderna är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister.

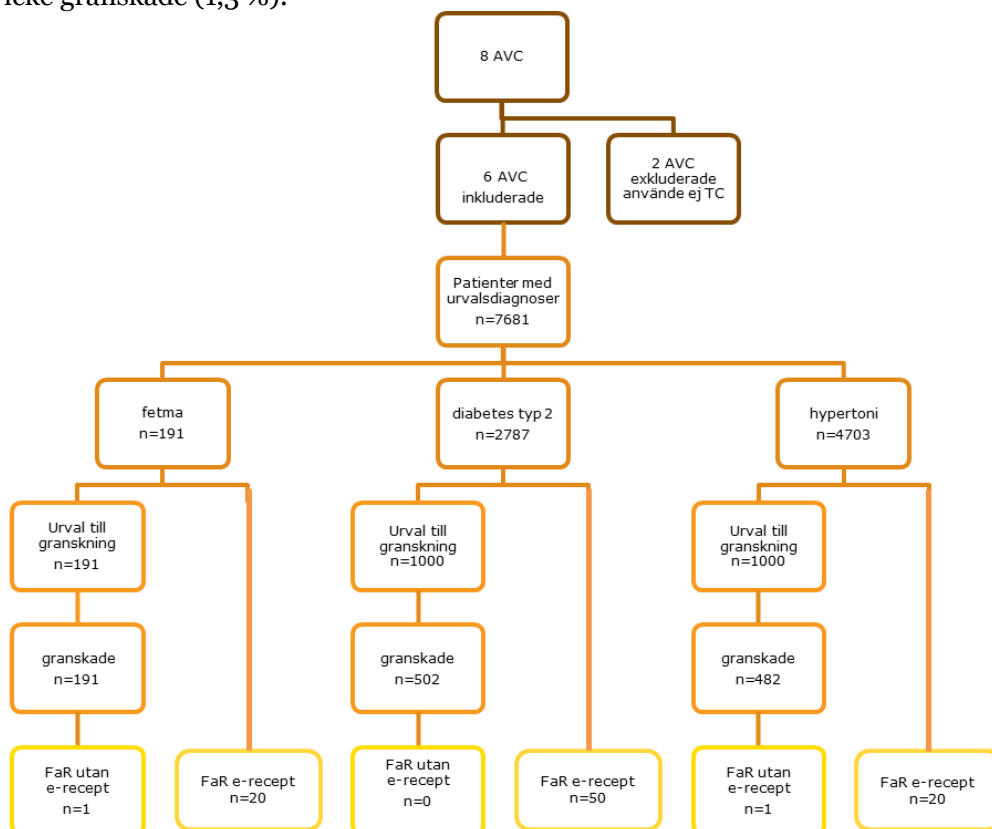
Kompletterande journalgranskning

För att besvara frågeställningarna 2–5 kompletterades journalinformationen från E-hälsan med en granskning av ett urval av journaler. Endast den dokumentation som var utförd på den Akademiska vårdcentral där patienten var listad under 2014 granskades och gav följande kompletterande information: FaR ordinerat utan e-recept mellan juli–december, uppföljning av FaR, patientens aktivitetsnivå samt patientens telefonnummer. För 958 personer granskades även enkla råd om fysisk aktivitet. Granskarna hade utbildning i journalsystemet TC.

Urval för journalgranskningen

För journalgranskning gjordes ett slumpmässigt urval om 1000 patienter med diagnosen diabetes typ 2 och 1000 patienter med diagnosen hypertoni medan samtliga 191 med diagnosen fetma inkluderades. När endast två FaR utan e-recept i journalen hade påträffats efter att ha granskat mer än 50 procent av de totalt 2191 patientjournalerna i det första urvalet avslutades granskningen. Totalt granskades 1175 journaler från urvalet. Flödesschema för urvalet visas i figur 2. Journaler där ett FaR förskrivits, som ej var med i urvalet, granskades i efterhand för en komplett bild av förskrivningen. Av denna anledning granskades ytterligare 89 journaler (ej i figur).

Inom respektive diagnosgrupp granskades 191 (100 %), 502 (18 %) och 482 (10,2 %) journaler (figur 1). Andelen e-recept var högre bland granskade journaler (3 %) än bland icke granskade (1,3 %).



Figur 2. Flödesschema för urvalet av AVC, samt för patienter som besökte inkluderade AVC för någon av diagnoserna fetma, diabetes och hypertoni mellan 1/7–31/12 2014. Flödesschemat beskriver även det granskade patienturvalet från respektive diagnos och förskrivning av FaR, med respektive utan e-recept, under 2014.

På grund av den låga förskrivningen av FaR mellan juli och december 2014 för patienter som besökt AVC under samma tidsperiod inkluderades samtliga FaR som förskrivits för en av de tre urvalsdiagnoserna under 2014 i analysen. De patienter som fått FaR av andra anledningar, till exempel knäsmärta, artros eller psykisk ohälsa exkluderades (n=14).

Ytterligare sökning

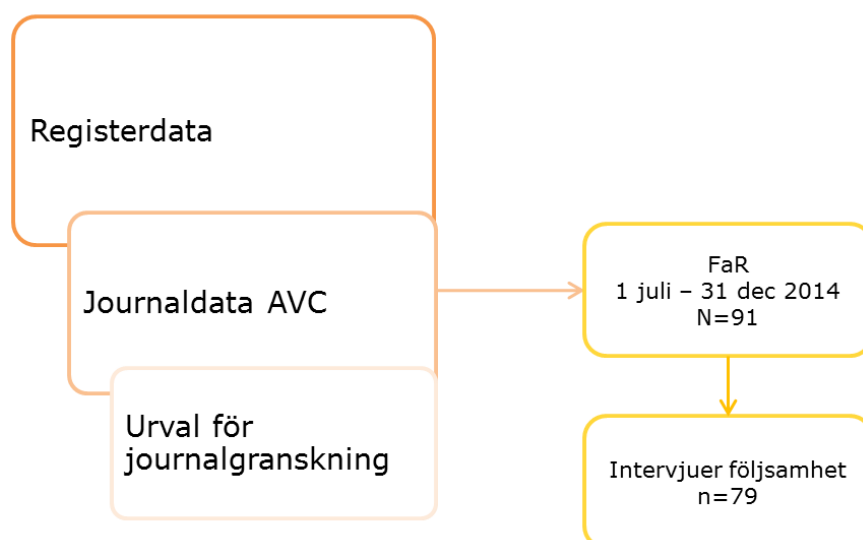
För att ytterligare säkerställa sensitiviteten av resultaten gällande förskrivningsfrekvens utfördes en ny sökning av antal FaR under de första sex månaderna 2015 för de aktuella diagnoserna.

Patienters följsamhet till FaR

För att kartlägga patienternas följsamhet till FaR enligt frågeställning 6, användes en enkät utvecklad av Kallings (17). Patienter som erhöll FaR mellan 1 juli och 31 december 2014 tillfrågades om att delta i en enkätundersökning administrerad via telefonintervjuer. Samtliga deltagare informerades om att det var frivilligt att delta. Maximalt utfördes tio kontaktförsök per individ via telefon vid olika tidpunkter. En och samma person utförde samtliga intervjuer cirka sex månader efter det att receptet utfärdats.

Totalt kontaktades 91 patienter, varav 79 tackade ja till att delta (87 %). Orsaker till att patienter inte besvarade enkäten var: vill ej delta (n=4), svarar ej i telefonen (n=3), nummer saknas (n=3), talar ej svenska (n=1) och att en person uppgav att hen inte fått något recept (n=1).

Frågorna i enkäten syftar till att besvara vilka orsaker som finns till att patienten följt respektive inte följt ordinationen (se bilaga 3).



Figur 3. Antal möjliga och genomförda telefonintervjuer om följsamhet hos de patienter som ordinerats FaR (enligt patientjournaler från AVC) för någon av de tre diagnoserna.

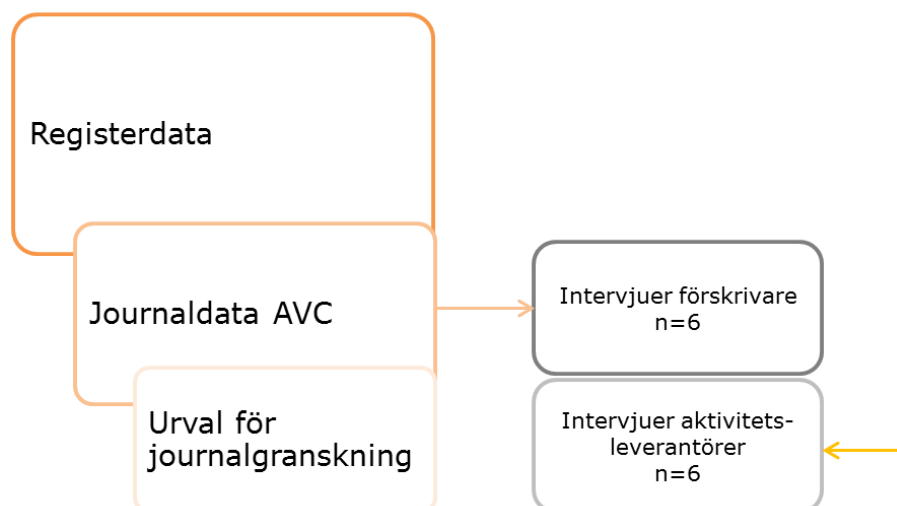
Semistrukturerade intervjuer

Kvalitativ metod användes för att studera hur FaR fungerar, både vad gäller förskrivning och hur det tas emot hos olika aktivitetsarrangörer (frågeställning 7). Semistrukturerade intervjuer användes som datainsamlingsmetod då metoden ger en möjlighet att förstå uppfattningar och upplevelser av olika fenomen (27). Den semistrukturerade intervjun utgår från en mall med förutbestämda frågeområden som kan anpassas efter situation och med möjlighet att ställa följdfrågor.

Urval och rekrytering

I slutet av januari 2015 kontaktades verksamhetschefer och samordnare på sex AVC med en förfrågan via mejl om kontaktuppgifter till legitimerad vårdpersonal som kunde dela med sig av sina erfarenheter av att förskriva FaR. Vårdcentralerna erbjöds ersättning för förlorad arbetstid och det fanns stor flexibilitet vad gäller tidpunkt för intervjun.

Efter två påminnelser via mejl under februari och mars avslutades rekryteringsförsök med förskrivare som då representerade fyra av sex AVC. I urvalet av aktivitetsarrangörer fick projektgruppen hjälp av Ingbritt Ekman på Stockholms Idrottsförbund som ansvarar för Stockholms FaR-ledarnätverk. En lista sammanställdes med totalt tolv gym/idrottsanläggningar som fanns anmälda på FaRledare.se. Urvalet av arrangörer gjordes med tanke på att uppnå en heterogen blandning avseende anläggningstyp, storlek och geografisk spridning. För att uppnå ett rimligt antal intervjuer gjordes kompletterande urval via personliga kontakter vilket resulterade i sex intervjuer med förskrivare och sex intervjuer med aktivitetsarrangörer (Figur 4).



Figur 4. Intervjuer som utförts med förskrivare och aktivitetsarrangörer

Genomförande

En av författarna (ESu) genomförde alla tolv intervjuer mellan mars och maj 2015 på respondenternas arbetsplatser det vill säga på vårdcentraler eller på gym/idrottsanläggningar. Intervjuaren är folkhälsonutritionist och har inte varit

engagerad i frågor kring FaR tidigare. Bland de sex intervjuade förskrivarna var tre distriktsläkare, två diabetessjuksköterskor och en var blodtryckssjuksköterska. Samtliga var kvinnor i åldern 41 till 62 år och de hade arbetat mellan 10 och 30 år i yrket. De åtta intervjuade FaR-ledarna var mellan 31 och 53 år gamla, sju var kvinnor och de hade varit yrkesverksamma mellan 4 och 30 år. Deras profession/funktion var bland annat friskvårdskonsulent, personlig tränare, verksamhetschef eller gyminstruktör. Alla utom en hade genomgått FaR-ledarutbildning. Av de sex anläggningarna där intervjuerna utfördes var två privata företag, två kommunala simhallar, en idrottsförening och en "kommunal i privat regi".

Intervjuerna varade mellan 17 och 45 minuter. På två av ovannämnda anläggningar intervjuades två FaR-ledare tillsammans på deras eget initiativ och önskemål. En av de tolv informanterna hade intervjuaren träffat tidigare. Två olika intervjuguides användes med fokus på rutiner, kompetens och stöd samt hinder och framgångsfaktorer vid FaR förskrivning och aktivitetsleverans (Bilaga 4). Intervjuguiderna baserades på kunskap om faktorer som påverkar implementeringsprocessen (28).

Analysmetoder

Statistiska metoder

Beskrivande data visas som medelvärde (standardavvikelse) för kontinuerliga data och frekvens (andel) för kategoriska data. Testning av skillnader genomfördes med χ^2 test för kategoriska data och ANOVA för kontinuerliga data. Frågor om följsamhet beskrivs med andel (%) per svarsalternativ. Vid den statistiska analysen användes SPSS V.2.0 (IBM) och ett p-värde på 0.05 antogs för att bedöma den statistiska signifikansen.

Analys av kvalitativa intervjuer

Intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (29). I det första steget genomlästes texten för att få en helhetskänsla av materialet varpå de meningsbärande enheterna identifierades. Därefter kondenserades, kodades och grupperades texten utifrån likheter och olikheter och kategorier och underkategorier bildades. Då innehållsanalys lämpar sig för tolkning på olika nivåer gjordes en beskrivning av det textnära, manifesta innehållet men även en tolkning av det latent innehåll och utvecklande av ett tema (30).

Intervjuer av förskrivare och leverantörer analyserades till en början separat för att senare slås samman. Kodning och resultat diskuterades med senior kvalitativ forskare och en figur över resultaten konstruerades.

Etik

Journalgranskning utfördes av personer med tystnadsplikt och endast avidentifierade data användes vid analys. Personer som kontaktades för telefonintervju angående följsamhet till FaR blev alla informerade om att det var frivilligt att delta. Frågorna följde enkäten för följsamhet (bilaga 3) och informationen återkopplades inte till vårdgivaren. Även vid de kvalitativa intervjuerna av förskrivare och FaR-ledare utlovades anonymitet.

Studien har godkänts av etiska prövningsnämnden, Stockholm. Dnr 2014/1518-31/2.

Resultat

I resultatdelen beskrivs inledningsvis förekomst av åtgärder för att främja fysisk aktivitet inom hela SLL, varefter en beskrivning av karaktäristiska och åtgärder för patienter på de inkluderade AVC görs. Sedan redogörs för om patienter med FaR-ordination skiljer sig från övriga patienter och om recepten följs upp. Därefter följer en beskrivning av ordinationens delar och resultatet för patienters självrapporterade följsamhet. Sist i resultatdelen presenteras resultat av de kvalitativa intervjuerna.

Åtgärder för att främja fysisk aktivitet på vårdcentraler inom hela Stockholms län

Frågeställning 1 besvarades genom data från ORV VAL-databasen som visar att det totalt utfördes 4 829 072 besök i primärvården inom uppdragstypen "husläkeri" under 2014. Dessa besök var fördelade på 1 037 226 individer. Åtgärds-koden för FaR (DV 200) registrerades för 115 individer (0,1 %) medan enkla råd om fysisk aktivitet (DV 131) och kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet (DV133) registrerades för 353 (0,3 %) respektive 680 (0,7 %) individer. Rådgivande samtal för fysisk aktivitet (DV 132) registrerades för 22 944 individer vilket innebär att två procent av samtliga individer registrerats med åtgärden vid något besök under året. Då endast en tredjedel av besöken med en åtgärds-kod för fysisk aktivitet hade registrerats med en diagnos gjordes ingen ytterligare indelning utifrån detta.

Åtgärder för att främja fysisk aktivitet hos patienter med fetma, diabetes typ 2 och hypertoni

Frågeställning 2, om hur ofta förskrivning av FaR sker utan att ett e-recept dokumenteras i TC, besvarades genom journalgranskning. Vid denna granskning, av totalt 1175 journaler, hittades endast två anteckningar där FaR dokumenterats på annat sätt än genom att använda e-recept, motsvarande 2 promille.

I tabell 1 visas karakteristika samt åtgärder för samtliga patienter som besökte AVC uppdelade per diagnos enligt frågeställning 3. Medelåldern för hela gruppen var 65,9 år (sd 12,8) och åldersintervallet 18–98 år. Patienter med huvuddiagnosen fetma hade i genomsnitt lägre medelålder (45,5 år) än individer med diabetes (65,3 år) och hypertoni (67 år) ($p=0,000$).

Data om vikt och längd var tillgängligt för 6075 individer (79 %). Medelvärde för BMI var 28,8 (sd 5,3) och totalt klassades 75,9 procent av hela gruppen med övervikt eller fetma ($BMI \geq 25$). Kön fördelningen var jämn, men kvinnor hade högre förekomst av fetma och hypertoni och lägre förekomst av diabetes än män ($p=0,000$) (tabell 1).

Totalt ordinerades 121 FaR under 2014 till de 7 981 individerna med någon eller flera av de tre diagnoserna som besökt AVC mellan 1 juli och 31 december 2014, tabell 1. Det innebär att färre än två FaR ordinerades per 100 individuella besök. Uppdelat per diagnosgrupp ordinerades FaR mer frekvent vid diagnosen fetma, jämfört med övriga diagnoser. Vid fetma resulterade 11 av 100 individuella besök i ett recept ($p=0,001$). Data för rådgivande samtal och enkla råd baseras på perioden 1 juli till 31 december. Tabell 1 visar att åtgärden rådgivande samtal om fysisk aktivitet (DV132) oftare förekom

vid diagnosen diabetes jämfört med övriga diagnoser ($p=0,000$) och enkla råd var mer frekvent förekommande vid diagnosen fetma ($p=0,001$).

De undersökta vårdenheterna använde sig av FaR i olika utsträckning och förskrivningsfrekvensen varierade mellan 0,3–3,3 procent. Frekvensen under 2014 skiljde sig inte från förskrivningen under första halvåret 2015.

Tabell 1. Karakteristika för samtliga patienter som besökte AVC mellan 1 juli och 31 december 2014, indelat per diagnos. Åtgärder för fysisk aktivitet beskrivs för samtliga patienter samt med andel per diagnosgrupp.

	Alla	Fetma	Diabetes	Hypertoni	<i>p</i>
Totalt n (%)	7681	191 (2,5)	2787 (36,3)	4703 (61,2)	
Ålder medelvärde (sd)	65,9 (12,8)	45,5 (14,1)	65,3 (12,1)	67,0 (12,5)	0,000
BMI medelvärde (sd)*	28,8 (5,3)	38,3 (5,3)	29,6 (5,1)	27,7 (4,9)	
<i>BMI n (%)</i>					
Undervikt	33 (0,5)	–	9 (0,3)	24 (0,7)	
Normalvikt	1433 (23,5)	–	488 (18,1)	945 (29,)	
Övervikt	2385 (39,2)	3 (1,8)	1028 (38,1)	1354 (42,0)	
Fetma	2234 (36,7)	164 (98,2)	1173 (43,5)	897 (27,9)	
<i>Kön n (%)</i>					0,000
Kvinna	3947 (51,4)	124 (64,9)	1156 (41,5)	2667 (56,7)	
Man	3734 (48,6)	67 (35,1)	1631 (58,5)	2036 (43,3)	
<i>Åtgärder och andel patienter inom diagnosgrupp n (%)</i>					
FaR	121 (1,6)	21 (11,0)	50 (1,8)	50 (1,1)	0,000
DV132	941 (12,3)	5 (2,6)	868 (31,1)	68 (1,4)	0,000
DV133	8 (0,1)	0	8 (0,3)	0	
Enkla råd**	157 (16,1)	39 (30,2)	62 (15,8)	53 (12,1)	0,001

* BMI totalt n=6075 (fetma n=167, diabetes typ 2 n=2698 och hypertoni n=3220)

** Enkla råd totalt n=958

Vem ordinerar FaR?

Tabell 2 visar att patienter som ordinerades FaR var yngre och hade högre BMI, jämfört med de som ej ordinerades FaR, frågeställning 4. Däremot sågs inga säkerställda skillnader avseende kön, bedömd aktivitetsnivå eller rökning.

Cirka hälften av patienterna med registrerad aktivitetsnivå (n=576) bedömdes nå de generella rekommendationerna för fysisk aktivitet (över 150 min/vecka), tabell 2.

Tabell 2. Beskrivning av studiepopulationens karakteristiska indelat efter ordination av FaR eller ingen ordination (ej FaR). Information för BMI (n=6085) och rökning (n=6212) var ej tillgänglig för hela studiepopulationen

	Alla	FaR	Ej FaR	p
Totalt n (%)	7681	121 (1,6)	2560 (98,4)	
Ålder medelvärde (sd)	65,9 (12,8)	57,7 (12,8)	66,0 (12,8)	0,000
BMI medelvärde (sd)	28,9 (5,3)	32,2 (5,7)	28,8 (5,3)	0,000
<i>BMI n (%)</i>				0,000
Undervikt	33 (0,5)	–	33 (0,5)	
Normalvikt	1433 (23,6)	10 (9,4)	1423 (23,8)	
Övervikt	2385 (39,2)	30 (28,3)	2355 (39,4)	
Fetma	2234 (36,7)	66 (62,3)	2168 (36,3)	
<i>Kön n (%)</i>				ns
Kvinna	3947 (51,4)	66 (54,5)	3881 (51,3)	
Man	3743 (48,6)	55 (45,5)	3679 (48,7)	
<i>Aktivitetsnivå n (%)*</i>				ns
≥150 min/v	301 (52,3)	35 (48,6)	266 (52,8)	
<150 min/v	275 (47,7)	37 (51,4)	238 (47,2)	
Saknas	688	49	639	
<i>Rökare n (%)</i>				ns
Ja	903 (14,5)	16 (14,7)	886 (14,5)	
Nej	5310 (85,5)	93 (85,3)	5217 (85,5)	

*Aktivitetsnivå (n=1264) baseras på information från granskade journaler.

Dokumentation av FaR i patientjournalen

Frågeställning 5 behandlar dokumentation av delmoment i FaR-metoden. I de granskade journalerna var fysisk aktivitetsnivå dokumenterad för 43,8 procent av patienterna (ej i tabell). Registrering av aktivitetsnivå var mer frekvent vid diagnosen diabetes än vid övriga: diabetes 61,8 procent, fetma 37,7 procent och hypertoni 27,6 procent (ej i tabell). För cirka två tredjedelar av de som erhöll FaR fanns dokumentation av aktivitetsnivå innan eller i samband med förskrivning.

Hälften av de som ordinerats FaR under 2014, med en av de tre undersökta diagnoserna, hade en dokumenterad uppföljning inom sex månader från det datum då receptet utfärdades (tabell 3). Patienter med diagnosen diabetes följdes upp i större utsträckning än patienter med diagnoserna fetma och hypertoni (p=0,027). Andelen patienter som följdes upp varierade mellan 0 procent till 66 procent mellan AVC enheterna (ej i tabell).

Tabell 3. Karaktäristiska för personer som ordinerats FaR och kategori av förskrivare indelat efter uppföljning och ingen uppföljning av recept.

	Alla (n)	Uppföljning	Ingen uppföljning	p
Totalt n (%)	121	60 (49,6)	61 (50,4)	
Diagnoskategori n (%)				0,027
Fetma	21	9 (42,9)	12 (57,1)	
Diabetes	50	32 (64,0)	18 (36,0)	
Hypertoni	50	19 (38,0)	31 (62,0)	
Ålder medelvärde (sd)	57,7 (12,8)	56,2 (11,2)	59,2 (14,1)	ns
BMI medelvärde (sd)*	32,2 (5,7)	31,5 (6,2)	32,8 (5,2)	ns
Förskrivare n (%)				ns
Läkare	98	44 (44,9)	54 (55,1)	
Sjuksköterska	21	14 (66,7)	7 (33,3)	
Förskrivare övrig	2	2 (100)	0	

*BMI totalt n=106 (uppföljning n=55, ingen uppföljning n=51)

I tabell 4 beskrivs ordinationen baserat på samtliga FaR (n=121) utfärdade under 2014 för fetma, diabetes eller hypertoni. Vanligast var att förskrivaren fyllt i information om träningsform, intensitet och dosering (exempelvis, konditionsträning som är måttligt intensiv 30 minuter 3 gånger/vecka) och tillsammans var dessa kategorier komplett ifyllda på 76,9 procent av recepten. På cirka en tredjedel av recepten var typ av aktivitet ifyllt (exempelvis, promenader eller gruppgymnastik) och på en fjärdedel var behandlingstid ifyllt. Få recept innehöll förslag på var receptet skulle lösas in eller information om restriktioner.

Tabell 4. Andel ifyllda delmoment på FaR-receptet (figur till höger) av samtliga 121 FaR-ordinationer.

Information som ifylles på FaR receptblankett	Ifyllt (%) n=121
Träningsform (styrka, kondition etc.)	94,2
Typ av aktivitet	33,1
Intensitet (låg, måttlig, hög)	87,6
Behandlingstid/antal gånger	24,8
Dosering i minuter	85,1
Dosering per vecka	84,3
Ändamål	38,8
Restriktioner	12,4
Inlöses hos	12,4

Patienternas följsamhet till FaR-ordination

Gällande följsamhet, frågeställning 6, svarade 58 procent av patienterna att de följt receptet helt eller delvis, 11 procent följde ordinationen inledningsvis, men hade slutat innan intervjun genomfördes och 30 procent påbörjade aldrig någon aktivitet³.

De som följt receptet helt eller delvis (n=46) tillfrågades om vad som varit avgörande för beslutet att bli mer fysiskt aktiv. Nästan hälften (48 %) svarade att provresultaten varit avgörande. Andra avgörande faktorer som uppgavs var att man *hade bestämt sig innan besöket, det rådgivande samtalet vid förskrivningen och/eller det skriftliga receptet*. Var och en av dessa tre alternativ svarade för cirka en tredjedel av skälen. Övriga anledningar till beslutet var: *jag märkte att jag fick positiva effekter på ork och hälsa* (15 %), *en ökad kunskap om nyttan av fysisk aktivitet* (9 %), *stöd från anhöriga och vänner* (9 %), *att det var roligt* (9 %), *stöd av aktivitetsmätare* (2 %) och *aktivitetsdagboken* (2 %). Andra avgörande orsaker nämndes av 17 procent av de uppringda patienterna där den vanligaste kommentaren var *betydelsen av prisrabatten* (7 %).

På frågan om varför man inte följt det som var överenskommet på receptet (n=33) uppgavs *tidsbrist* (39 %) eller *sjukdom* (24 %) som de främsta anledningarna. Övriga anledningar var: *jag överansträngde mig och blev skadad* (6 %), *jag saknade motivation* (6 %), *aktiviteterna fungerade inte* (3 %) och *har inte hittat lämplig aktivitet* (3 %). Nästan hälften (49 %) uppgav *andra avgörande orsaker*, där den vanligaste var att man *redan rörde sig på annat sätt* (12 %).

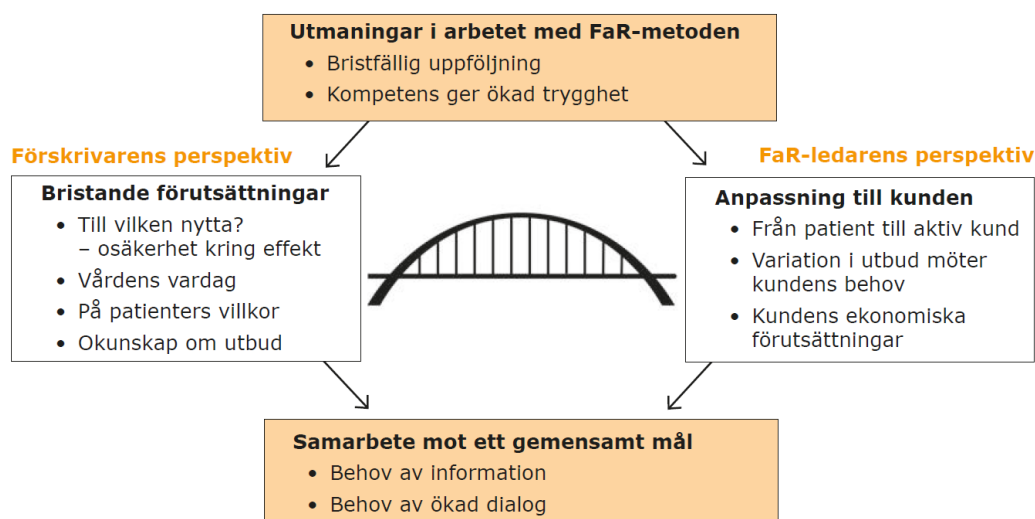
³ Följsamhetsenkäten kan besvaras med fler alternativ per fråga vilket kan innebära att den sammanlagda frekvensen uppgår till mer än 100 procent.

Ingen av de tillfrågade angav alternativen: *Det är tråkigt och det ger mig inget positivt, mina provresultat, saknat stöd från anhöriga och vänner, stegräknaren eller aktivitetsmätaren var ett hinder*, som anledning till att man inte följt receptet.

Cirka hälften (53 %) upplevde att de följts upp av den som ordinerat receptet. Det fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad i följsamhet till receptet hos patienter som hade en dokumenterad uppföljning jämfört med de patienter som inte hade det.

Hur fungerar FaR i praktiken?

Utifrån den kvalitativa innehållsanalysen av intervjuerna identifierades ett övergripande tema; behov av brygga mellan FaR-förskrivare och aktiviteter samt fyra kategorier; 1) Utmaningar i arbetet med FaR-metoden, 2) Bristande förutsättningar, 3) Anpassning till kunden samt 4) Samarbete mot ett gemensamt mål (se figur 4). Under analysarbetet framkom efter ett tag att två av kategorierna var gemensamma för förskrivare och aktivitetsarrangörer; Utmaningar i arbetet med FaR-metoden samt Samarbete mot ett gemensamt mål (färgade rutor i figur 4). De två övriga kategorierna Bristande förutsättningar och Anpassning till kunden var däremot specifika för respektive informantgrupp och analyserades separat.



Figur 4. Behov av brygga mellan FaR-förskrivare och aktiviteter
(Figur av Sundblom E och Marttila A, 2015)

Behov av brygga mellan FaR-förskrivare och aktiviteter

Det övergripande temat belyser behovet av en brygga mellan förskrivarna på vårdcentralerna och de aktivitetsarrangörer som tar emot patienter och erbjuder aktiviteter till kunder med ett FaR. I intervjuer med både förskrivare och FaR-ledare var avsaknaden av dialog eller kontakt med den andra parten något som lyftes och som på olika sätt påverkade deras erfarenheter av FaR vilket sammanfattas i de fyra kategorierna.

Utmaningar i arbetet med FaR-metoden

Hur man praktiskt skulle använda sig av FaR-metoden väckte många frågor och verkade innebära vissa utmaningar särskilt bland förskrivarna. Ett generellt mönster var att

förskrivarna (och bland dem särskilt läkarna) var mer ifrågasättande angående metoden än FaR-ledarna. Frågor kring ökad kompetens och kvalitetssäkring lyftes av både läkare och distriktssköterskor samt bristen på uppföljning

Bristfällig uppföljning

Uppföljning, som är en del av FaR-metoden, lyftes i intervjuerna av både förskrivare och FaR-ledare men verkade generellt inte fungera. Man betonade betydelsen av en uppföljning där patienten och kunden bekräftas och får återkoppling på vad man uppnått. Vissa beskrev det positiva med att patienten skriver under receptet vilket fungerar som en påminnelse och det blir ett åtagande som ökar möjligheten till fysisk aktivitet.

”Uppföljningen är absolut A och O. Annars är det ingen mening, utan det är att liksom verkligen se att det gjorde, att på ett uppföljning, man ser att värdena har blivit bättre, och de har gjort det här fina arbetet då. Det är absolut det viktigaste”. (Läkare 3.)

Det fanns även exempel på att förskrivarna försökte få till ett uppföljande samtal men där receptet eller ”lappen” hade blivit hemma eller överhuvudtaget inte hade använts. I ett annat fall gavs det ett exempel på att patienten själv tog initiativet och bad om att få komma tillbaka för en uppföljning *”för att liksom få en spark i andan”*.

Bland FaR-ledarna fanns en än mer tydligt uttalad besvikelse att inte uppföljningen fungerade bättre. Flera beskrev en ond cirkel där bristen på uppföljning inte ger återkoppling till förskrivarna som då inte ser att patienten blir bättre, vilket leder till att man inte skriver ut så många FaR. Att få se en kund som börjar må bättre av att träna beskrevs som något mycket positivt och som en *”morot i arbetet”*. Men man saknade att framgångarna hos patienten inte når fram eller återkopplas till vården.

”Det är ingen idé för att de glömmar att de ska ta tillbaka dem och kolla, och sedan tänker de så här, ja men jag har skrivit ut 10 recept, och ingen har blivit bättre, för att nej men det vet de inte om, för de har inte varit tillbaka och berättat”. (FaR-ledare 5.)

Även den interna uppföljningen av kunderna på gymanläggningarna verkade ibland ge upphov till osäkerhet. På fler anläggningar berättade man om att man tidigare kunnat följa kunderna i egna register men varit tvungen att sluta på grund av sekretess. På andra ställen arbetade man med individuella hälsodeklarationer för att kunna följa kundernas utveckling eller i något enstaka fall tog sig tid att ringa hem till kunderna för att höra hur det gått.

Från förskrivarnas perspektiv beklagade man att inte mer tid och resurser fanns för att följa upp patienterna. En läkare gjorde en jämförelse med andra recept, såsom läkemedelsrecept, och remisser där rutiner är väl utarbetade.

”för nu, nu när jag skriver recept, då ser jag att det är mottaget och patienten har hämtat ut recept till exempel, skriver jag remiss så får jag bekräftelse, ett remissvar, skriver jag till sjukgymnasterna⁴ här så får jag ett svar alltid... Men det här med FaR-recepten, det vet jag inte var de tar vägen, om det händer någonting eller inte”. (Läkare 2)

⁴ Yrkestiteln fysioterapeut som ersätter titeln sjukgymnast sedan januari 2014 användes inte hos någon av respondenterna utan samtliga benämnde dem sjukgymnaster.

Kompetens ger ökad trygghet

Bland FaR-ledarna lyftes särskilt behovet av kompetensutveckling och möjlighet till vidareutbildning. Man poängterade att personalen på de olika anläggningarna var välutbildade för att kunna erbjuda kunderna bästa möjliga bemötande och för att förskrivarna skulle kunna känna sig trygga med att recepten hamnar hos personer med rätt kompetens. Människokännedom, empati och förmåga att motivera nämndes som viktiga egenskaper hos en FaR-ledare vid sidan om viss medicinsk kunskap; vi *"måste ju veta att har man ett diskbråck, ja då kan man inte hoppa"*. Bland FaR-ledarna fanns en stor variation i synen på sin egen kompetens där flertalet var relativt säkra på sin egen kunskap inom friskvården men det fanns även de som efterlyste en kunskaphöjning bland FaR-ledarna allmänt och kvalitetssäkring av utbildningar till FaR-ledare. Det fanns även de som var tydliga med att man saknade kompetens på vissa områden.

"Någon som kan ha haft hjärtproblem, som ska igång i sin fysiska aktivitet igen. Och där skulle jag vilja veta, för där kommer de ibland och frågar, vad är lämpligt för mig. Där har jag ingen aning". (FaR-ledare 3)

Även bland förskrivarna lyftes frågan om betydelsen av kunskap om vilken aktivitet och vilka nivåer som är bra vid olika sjukdomar. FYSS nämndes men verkade inte vara något man använde i högre utsträckning. Det framkom även en osäkerhet kring receptets hållbarhet och hur stor subventionen var.

Bristande förutsättningar

I de sex intervjuerna med läkare och sjuksköterskor framkom tydligt att det fanns tveksamheter kring hur och varför de skulle använda metoden. Det handlade delvis om tvivel kring effekten och att patienter inte ser det som en del av behandlingen. Man beskrev vidare en arbetssituation där en metod som FaR har små möjligheter att få utrymme. Det var tydligt att när FaR nämndes så handlade det oftast om den fysiska receptlappen och det motiverande samtalet och uppföljningen nämndes i mindre omfattning. Det fanns dock en positiv inställning till metoden generellt trots att många frågor kring utbudet av aktiviteter och patienternas olika förutsättningar ofta beskrevs som ett hinder i förskrivningen av FaR.

Till vilken nytta? – osäkerhet kring effekt

Det verkade finnas en allmän osäkerhet kring själva FaR-metoden och dess effekt där man ifrågasatte dess egentliga fördelar jämfört med att *"bara prata om fysisk aktivitet"*. En viss påverkan från medierna antydde där det för cirka tio år sedan var mer positiva skrivelser i media jämfört med idag. Som en distriktsläkare sa *"För det är ju ifrågasatt av en del, som extra jobb bara"*. Man efterlyste särskilt goda exempel och mer kunskap för att FaR verkligen fungerar och att det finns evidens för metodens effekt.

"Jag kan ändå tycka att det är viktigt att vi pratar motion, sedan i vilken form, om det ska vara ett fysisk papper, det tycker jag att det får..., utvärdera om det är, eller vem som nu utvärderar det, om det är vettigt med den tiden, om det får effekt. För det är det man vill se". (Läkare 1)

Att fysisk aktivitet i sig är viktigt verkade däremot alla intervjuade vara överens om och ingen av respondenterna antydde några tvivel om detta. I de fall då patienter lyckats i sina försök att ändra livsstil så verkade man tvivla på att anledningen just var att de hade fått ett FaR.

Vårdens vardag

Ett generellt mönster var att det saknades rutiner att skriva ut FaR på de fyra olika AVC där intervjuerna med förskrivare gjordes. De kunde inte heller peka ut någon egentlig orsak till varför de inte skriver ut FaR mer regelbundet. I stället gavs förklaringar i svepande ordalag om att det inte blir av, man tänker inte på det eller *”man behöver påminnas att skriva ut”* och att *”det ingår liksom inte riktigt i verktyglådan”*

”Har egentligen inga rutiner, faktiskt. Utan det är väl mera upp till var och en, om man känner till det här med fysisk aktivitet”. (Sjuksköterska 1)

Det var däremot vanligt att ge enklare råd om att försöka vara aktiv, promenera och gå i trappor men att man inte skriver ut ett FaR i det sammanhanget. Flera förskrivare saknade möjligheten att kunna erbjuda gruppaktiviteter som t ex stavgångsgrupper då många patienter inte vill promenera själva. Vid sidan om avsaknaden av rutiner var tidsbrist en ofta nämnd begränsande faktor där 15 min per patient gör det svårt att ha ett motiverande samtal med syfte att öka den fysiska aktiviteten hos patienten.

”...tiden är en jätteviktig faktor, att just sätta sig ner och skriva de facto, när vi har så begränsad tid. Det är, det är svårt att hinna med”. (Läkare 1)

Några av vårdcentralerna hade nyligen startat med Livsstilsmottagning där man trodde att det skulle finnas mera tid och möjlighet att hålla ett motiverande samtal om fysisk aktivitet. Man förhöll sig kritisk mot den ekonomiska styrningen som premierar det enskilda patientmötet vilket påtalades som ett hinder för att t ex kunna erbjuda gruppträning.

”Förut hade vi på vår vårdcentral, innan den här detaljstyrningen började, då hade vi hälsoteam som jobbade. Och då jobbade vi med kost och motion, och stress. Och då leddes det av vår undersköterska till exempel, som hade gått extra utbildningar, hon var, gjorde jättebra jobb. Och det fick vi lägga ner, när den här ekonomiska styrningen kom”. (Läkare 1)

På patientens villkor

Patienternas eget intresse, motivation och initiativförmåga hade en stor betydelse för förskrivningen av FaR enligt de intervjuade läkarna och distriktssköterskorna. Det nämndes att patienter tar eget initiativ och ber om att få ett FaR för att någon bekant eller släkting har berättat om det.

Det motiverande samtalet som är en del i FaR-metoden nämndes men verkade inte användas i någon större utsträckning även om det fanns en medvetenhet om vikten av motivationshöjande insatser för att förändra levnadsvanor. Många patienter är inte förberedda på att ändra sin livsstil utan vill ha mer traditionell, medicinsk hjälp.

”hos läkarna vill de ha behandling, de ska göra något åt det nu. Att, det här med FaR är lite mer att vi låter, överlåter till patienten att du ska göra det här, det är någonting som du kan göra, jag kan inte göra det åt dig. Så det är där jag tror man måste lära sig, vi får bli lite mer duktigare på det. Motivera patienterna”. (Läkare 2)

Liksom hos FaR-ledarna lyftes frågor kring patienternas ekonomi och faktiska möjlighet att kunna utnyttja ett FaR. Som en anpassning till patienternas svaga ekonomi valde vissa förskrivare att rekommendera patienten en promenad vilket inte innebar en FaR - ordination.

"Men det handlar mycket om att vi har en sådan patientgrupp som har dålig ekonomi. Så att även om de kan få något subventionerat på vissa ställen så räcker det inte. Jag hade en häromdagen som ville, hon hade försökt få det via soc och fick inte det" ...För det är mycket pengar, det handlar om. Så att, för det mesta så blir det att man säger gå ut och promenera och då blir det inte så att man skriver ett fysiskt aktivitet recept liksom". (Sjuksköterska 1)

Flera förskrivare antydde att det kunde bli för stor fokuseringen på det rabatterade receptet och ville försöka få patienten att förstå den "rätta" anledningen till att utöva fysisk aktivitet; att röra på sig inte för att det är billigt utan för sin egen hälsa.

Förskrivarna betonade vikten av att komma överens med patienten och att skriva så öppet och allmänt så det finns en valmöjlighet för patienten när de väl kommer till träningslokalen och dessutom ha möjlighet att välja fritt bland olika anläggningar. Man var även tydliga med sekretessen som måste finnas för patienternas trygghet

"Fast då måste man ju tänka patientintegritet också, vi kan inte lämna ut människor som inte har avtal om tystnadsplikt, om allting där, det tror jag inte man kan förvänta sig. Och därför måste de vara rätt luddigt hållna, för vi kan inte, det är inte sjukgymnasten vi remitterar till, de ska inte ge en medicinsk behandling på det sättet". (Läkare 1).

Okunskap om utbud

Det verkade finnas en stor informationsbrist hos förskrivarna vad gäller utbudet av olika träningsformer och de uttryckte en stor osäkerhet om vilken typ av anläggningar som fanns i närområdet. De flesta förskrivarna kände till hemsidan FaRledare.se men de som hade letat aktivitetsalternativ verkade inte ha hittat vad de sökte.

"...för nu kan jag ju sitta här och säga att jag tycker det ena och det andra, men de kanske inte alls kan erbjuda det. Så jag bör ju veta vilken typ av aktivitet de kan erbjuda lite grann, för då kan jag ju prata lite extra väl om det just" (Sjuksköterska 1)

En förskrivare hade stött på vad hon tyckte var ett oseriöst klingande namn på en gymanläggning och blivit osäker på vad hälso- och sjukvården egentligen får rekommendera. Men det fanns även exempel där förskrivare själva tagit initiativet och ringt runt för att få veta vart hennes FaR-patienter hamnade.

"...om de har FaR-handledare överhuvudtaget på någon, om det var för något ställe jag vart osäker på eller. Jag hade många patienter som gick till [xxxx] till exempel, då gick jag dit och besökte den enheten för att se vad, vad är det de faktiskt erbjuder, vad säger de till sina kunder. Så att jag vet". (Läkare 1)

Anpassning till kunden

FaR-ledarna beskrev en process där patienten/kunden förflyttar sig från sjukvården till friskvården. Det handlade om olika förväntningar hos kunden då man lämnade vården för att gå in i något okänt med mer eller mindre uttalade krav att bli aktiv och ta ansvar för sin egen hälsa. FaR-ledarna beskrev vikten av att kunna erbjuda ett så varierat och anpassat utbud som möjligt och att vara observant och lyhörd. Många FaR-ledare lyfte även upp kundernas olika ekonomiska förutsättningar för att överhuvudtaget kunna ta del av de erbjudna aktiviteterna.

Från patient till aktiv kund

Vid analys av förskrivare används ordet patient som blir en kund i mötet med FaR-ledaren. Vissa av FaR-ledarna använde även begreppet gäst eller medlem beroende på anläggningstyp. FaR-ledarna betonade vikten av att kunden, den tidigare patienten, får en trygg introduktion till friskvården och att få landa rätt i den för många nya miljön. En miljö som ibland kunde upplevas *"lite läskig"* för kunden. Man är lyhörd och lade stor vikt vid det första samtalet och betonade en lugn och försiktig start där all träning ska ske helt på kundens villkor med betoning på vad man tycker är roligt. Erbjudanden om kostnadsfria första samtal med rundvandring eller gratis prova-på-vecka nämndes. På några anläggningar hade man samarbete med rehabkliniker och fick hjälp av sjukgymnaster som följde sina patienter till gymanläggningen och på så sätt introducerade patienten till den nya miljön.

"Därför så gör vi så att de får komma hit, och så får de omvandla programmet till våran utrustning, i våra lokaler. Så att personen känner sig trygg, för att en del är inte vana att träna, och känner sig alldeles obekväma, de vet inte vad de ska göra, vet inte var de ska ta vägen och det är nytt för dem. Då kan det vara skönt att ha en trygghet i den här personen med sig". (FaR-ledare 3)

För att underlätta en smidig övergång efterfrågade FaR-ledarna tydligare ordinationer och mer utförliga instruktioner på FaR-receptet. Man uttryckte det som att om man ska kunna hjälpa till så måste det vara tydligt. Om man överhuvudtaget skulle ställa frågor om ordinationen till kunden verkade det finnas olika sätt att förhålla sig till vilket belyses av följande citat; *Är det okej om jag frågar varför? Vad har du för bekymmer?* (FaR-ledare 2)

"Och i mitt fall då så frågar jag ju personen, rätt ut, som jag då, om jag har förstått det rätt egentligen inte ska göra, men det skiter jag i, faktiskt ... det här har vi tagit upp och där säger doktorerna då att, ja men du ska inte fråga. Nej, men hur ska jag då kunna hjälpa till. "(FaR-ledare 6)

Variation i utbud möter kundens behov

FaR-ledarna lyfte betydelsen av att kunna erbjuda en bredd och variation i utbudet för att kunden ska få en ökad möjlighet att träna på rätt nivå och som samtidigt är lockande och inte avskräcker. Flera av gymanläggningarna verkade nöjda med sitt utbud där ofta gruppträningar lyftes men det framkom även önskemål om att utveckla sin verksamhet med tanke på just FaR-kunder.

"Fast jag skulle faktiskt vilja ha mer i vårt utbud, om vi skulle bli duktigare på det här, som är åt det softa hållet, för många som kommer med FaR kanske behöver en lugnare träningsform. Antingen så har du varit väldigt stressad till exempel, behöver komma ner i varv. Vi har inte jättemycket sådant i vårt utbud". (FaR-ledare 3)

FaR-ledarna beskrev ett stort intresse och engagemang för sina kunder. De berättade om personliga, nära möten med en närapå gemytlig känsla med gott om tid att instruera och ge råd eller bara allmänt bry sig och stötta. På en anläggning behärskade personalen sammanlagt nio olika språk och när inte det räckte till så tog man hjälp av andra kunder för att hjälpa till med att tolka vid instruktion av maskinerna i gymmet. Det visades en ödmjukhet för kunder som är helt oförberedda och kanske inte riktigt förstått varför de fått ett FaR. En FaR-ledare berättade om en kund som sa *"...han har bara skickat det och sagt att jag ska träna"*. Ett annat exempel var de FaR-ledare som uttryckte förståelse och acceptans gentemot kunders önskemål om att *"vissa vill bara basta"*.

Kundens ekonomiska förutsättningar

Svag ekonomi hos kunderna nämndes ofta som ett stort hinder särskilt bland FaR-ledare på anläggningar i länets mer utsatta områden. Det framkom att FaR sprids mellan kunderna och att det är rabatten som huvudsakligen lockar. Otydlighet kring rabatten får konsekvenser där kunder missförstår FaR som ett recept bland andra och förutsätter att kostnaden kan läggas på högkostnadskortet.

”Och många, alltså vänder i dörren när de får veta att de måste lägga ut pengar, för de har de inte, vill inte eller har inte. Och de värdesätter inte det här med träningen för de tror att medicinen är bättre då och betala för piller i en burk, och får du då gratis för du har ett högkostnadskort på apoteket med piller i en burk, hjärtmedicin eller vad de kan vara, högt blodtryck, ska de då plötsligt börja betala för ett gym”. (FaR-ledare 5)

Intervjuerna gjordes på både kommunala, privatägda anläggningar och föreningar vilka alla skilde sig vad gäller inställning och möjlighet att erbjuda fribiljetter, klippkort, prova-på-veckor eller allmänna tankar kring intäkter, konkurrens och att satsa egna pengar i en verksamhet.

”Vi har ju möjlighet att ge rabatter, och det är väl klart, det är inte så lätt för en liten privat firma att halvera kortpriser och så ...ser inga vinster i pengar så utan vi vill ju bara att de ska komma igång och röra på sig ...”(FaR-ledare 4)

Men man nämnde också att FaR kunder stannar ofta kvar, köper årskort och blir en vanlig fullbetalande kund. En FaR-ledare nämnde att subventioner för FaR varierar mycket mellan anläggningar och att utbudet idag är större än efterfrågan vilket har resulterat i ett priskrig i gym-branschen.

Vid sidan av de ekonomiska förutsättningarna hade även motivation och intresse hos kunderna stor betydelse för att kunna följa upp och stötta en FaR-kund.

Samarbete mot ett gemensamt mål

Analysen har hittills visat på vissa utmaningar med metoden som delas av både vårdpersonal och FaR-ledare. Därefter har en beskrivning gjorts av hur förskrivning och aktivitetsleverans har uppfattats från de två aktörernas olika perspektiv. Det framstår en sammanfattande bild av att man arbetar mot samma mål men det finns ett stort behov av ett ökat samarbete vilket beskrivs i det övergripande temat; Behov av brygga mellan vård och aktiviteter.

Att man jobbar mot ett gemensamt mål med ökad hälsa för patienten/kunden är något som flera av respondenterna lyfte. Man pratar *”samma språk”* och har ett ömsesidigt förtroende. Ett väl fungerande samarbete gör arbetet lättare *”och då förstår de vad vi gör och vi förstår hur de gör”*. Man berättade bland annat om ett väl fungerande samarbete mellan en vårdcentral och ett närbeläget gym eller som i exemplet nedan mellan ett gym och en rehab klinik.

”De har ju ett gym där uppe, så det är klart det gymmet blir ju snart fullt, så när deras patienter, våra kunder, blir tillräckligt friska då vill de ju att de kommer hit. Och då har vi den dealen att de får gärna följa med sina patienter med in”. (FaR-ledare 4)

Hos FaR-ledarna fanns en förståelse för tidsbristen inom vården *”ja vi vet ju att läkarna är superstressade”* och uppskattade att ändå få möjlighet att komma och presentera sig och sitt utbud. Man menade att med ökad kontakt kan förskrivarna känna sig tryggare

med att *"få ett ansikte på"* var recepten hamnar. Ett väl fungerande samarbete mellan förskrivare och FaR-ledare verkade även leda till att patienterna/kunderna var bättre förberedda när de kom till friskvården.

Behov av information

För att underlätta samarbetet mellan förskrivare och de olika anläggningarna beskrev FaR-ledarna bland annat hur de försökte sprida information om sin verksamhet till vårdcentraler i närområdet. Det fanns en viss uppgivenhet som uttrycktes som att även om man fanns med på Farledare.se så betydde inte det att läkarna var medvetna om en. Men man satte upp lappar i närområdet, mejlade information och lade ut information om FaR och sitt utbud på hemsidor. Vikten av tydlig information lyftes bland annat för att undvika missförstånd om t ex kostnaderna för att träna om man fått ett FaR. Flera berättade även om försök att besöka vårdcentralen där man erbjöd sig att ge information utan större framgång.

"Och jag försöker att komma ut till vårdcentralerna, men det är svårt att få komma ut. De svarar inte, jag mejlar, jag ringer, jag skickar ut välkomstbrevet och priser och att vi finns för dem som ni skriver recept åt. Två, tre gånger om året... jag frågar i mejlet om jag kan få komma och ta tio minuter, men det är sällan någon som nappar". (FaR-ledare 4)

Men det fanns även exempel på när liknande erbjudande verkade lyckas mycket bättre.

"...vårdcentralen, de bjöd in mig till att komma dit på ett möte och berätta lite om vår verksamhet, så att de fick ett ansikte på vem de skickar sina kunder till. Så då var jag där på deras planeringsdag för några månader sedan bara, och berättade just hur vi jobbar, gav ut information så att de skulle ha ett ansikte, och berättade lite vad de fick och vad vi hade för utbildning". (FaR-ledare 1)

Behov av ökad dialog

Både förskrivare och FaR-ledare uttryckte en idé och en önskan om att ha en form av samordnare eller lots som skulle fungera som en länk mellan vården och olika aktivitetsanläggningar. Både för att underlätta för patienterna att hitta rätt bland aktiviteterna och som en avlastning för vården. En specifik fråga ställdes till förskrivarna om det vid den aktuella tidpunkten fanns någon samordnare på vårdcentralen. På två vårdcentraler hade man haft samordnare men båda hade slutat, på ett av ställena angavs orsaken vara att pengarna hade dragits tillbaka. På de övriga vårdcentralerna kände man inte till om man hade någon samordnare men var i princip positivt inställda till en sådan funktion.

"Då kanske man skulle kunna ha någon person som är anställd, inte vet jag, utav landstinget eller någonting annat, som mer kan kontakta de här personerna som skulle behöva fysisk aktivitet, och i sin tur kunna lägga lite mer tid på det här och titta, hur mår du, vad har du för problem. Den personen i sin tur skulle ha lite mer koll på vad finns det med omnejd för kunskap i kommunen eller området eller så, som skulle kunna passa dig". (FaR-ledare 6)

En förskrivare uttryckte *"skulle vara roligt att få lite feedback från anläggningarna"*. Dessutom skulle en förbättrad dialog mellan förskrivare och FaR-ledare troligtvis kunna minimera uppenbara kommunikationsmissar i ordinationen.

"så oftast så står det liksom kryss på alla tre, men kunden kan inte ens simma... Då är det liksom kondition, uthållighet, simning till exempel. Men om kunden inte kan

simma så blir det lite svårt. Så, eller om det står bara simning, ja men kan du... Nej, jag vill inte simma, jag vill bara basta säger de". (FaR-ledare 2)

Kort sammanfattning av resultat

Metoder för att främja fysisk aktivitet inom primärvården i SLL

Åtgärds-koden för FaR används i mycket liten utsträckning i primärvården i SLL, åtgärds-koden för rådgivande samtal betydligt mer frekvent men även denna används sällan.

Metoder för att främja fysisk aktivitet vid diagnoserna fetma, diabetes typ 2 och hypertoni

Resultatet visar att FaR är en åtgärd som sällan används inom primärvården i SLL vid diagnoserna fetma, diabetes typ 2 och hypertoni vilka alla är klara indikationer. Rådgivande samtal om fysisk aktivitet förekom oftare vid diabetes, och FaR var mer frekvent använt vid fetma än vid övriga diagnoser.

FaR-ordination

Eftersom få patienter erhöll FaR kunde inga egentliga slutsatser dras om dessa patienter skiljer sig från de som inte erhöll FaR baserat på karakteristiska eller vårdförfarande. Men resultaten pekar på att bedömning av fysisk aktivitetsnivå inte verkar vara avgörande för förskrivning, däremot var diagnos, ålder och BMI relaterat.

Uppföljning av receptet

Omkring hälften av de som ordinerats FaR följs upp av legitimerad personal på vårdenheten inom sex månader. Uppföljning kunde inte förklaras av förskrivande personalkategori, ålder eller BMI.

Patienters följsamhet till FaR

Mer än hälften av de patienter som följdes upp efter att ha ordinerats FaR uppgav att de följt receptet. Den mest frekventa anledningen till följsamhet var provsvar som de fick vid läkarbesöket men även samtalet och det skriftliga receptet föreföll betydelsefullt. I de fall där receptet inte följts angavs tidsbrist och sjukdom som de främsta orsakerna.

FaR i praktiken

Från intervjuer med förskrivare och FaR-ledare framkom bristen på en överbryggande länk mellan vården och aktivitetsleverantörer. På de aktuella vårdcentralerna fanns ingen FaR-samordnare men det var något som efterfrågades. FaR-ledare efterlyste tydligare ordinationer och mer tid och möjlighet för uppföljning. Det fanns en avsaknad av rutiner för förskrivning och utbildning av FaR-ledare bör kvalitetssäkras.

Diskussion

Denna kartläggning fann en mycket låg förskrivning av FaR på de utvalda vårdcentralerna vid tre sjukdomstillstånd där fysisk aktivitet är evidensbaserad behandling. Förskrivningen var låg framförallt till patienter med diabetes typ 2 och hypertoni där färre än två individuella besök av 100 resulterade i ett recept. Den låga frekvensen av FaR förefaller inte bero på en bristfällig dokumentation. Journalgranskningen visade att två promille av individerna som granskades ordinerades ett FaR utan ett separat e-recept, det vill säga att i stort sett alla som fått ett FaR hade ett dokumenterat e-recept i journalen.

På grund av det låga antalet patienter som erhöll FaR var det inte möjligt att göra sambandsanalyser men vi såg att patienter som ordinerades FaR var yngre än de som inte ordinerades FaR. Det var ingen skillnad i ordination baserat på kön vilket skiljer sig från en tidigare studie där kvinnor ordinerades FaR mer frekvent än män (31). I likhet med en tidigare studie fann vi däremot att FaR förskrevs oftare vid fetma än vid de två övriga diagnoserna. I den studien fanns även diabetes typ 2 och hypertoni med som de vanligaste anledningarna till att FaR förskrevs (31).

Åtgärder för att främja fysisk aktivitet

Registrering av åtgärds-koden DV200 (utfärdande av recept på fysisk aktivitet – FaR) i samband med ordination av FaR var mycket ovanligt och kunde därför inte användas för uppföljning av ordinationsfrekvens. Däremot var DV132 (rådgivande samtal om fysisk aktivitet) oftare använd, framförallt vid diabetes, något som talar för att en dialog om levnadsvanor i stor utsträckning sker vid vissa diagnoser även om det inte mynnar ut i ett recept. En förklaring till att DV 132 fått större spridning kan vara den ersättning som utgår för utvalda åtgärder inom SLL, där DV 132 ingår.

Ordination av FaR

Fysisk aktivitetsnivå var dokumenterad hos färre än hälften av samtliga patienter och endast i någon större utsträckning för de som ordinerats FaR. När det gällde receptet så hade de flesta fått information om rekommenderad träningsform, intensitet, minuter och träningsfrekvens. En mindre andel innehöll information om aktivitet, ändamål, restriktioner och aktivitetsmottagare. Även de intervjuade förskrivarna uttryckte att de försökte lämna receptet ”så öppet som möjligt” så att patienterna själva kunde välja. I riktlinjer för FaR uttrycks däremot att ”recept måste vara specifikt med klara och tydliga råd” (12).

Rutiner vid förskrivning och mottagande av FaR

Enligt intervjuerna hade förskrivarna dålig lokalkännedom om leverantörer. De uttryckte även att val av anläggning och aktivitet var upp till patienten. Detta kan vara en anledning till att så få ordinationer innehöll aktivitetsmottagare och specificerad aktivitet. Komplexiteten med att nå ut i ett stort län med många aktörer har även lyfts i tidigare rapport (32). Den låga förskrivningsfrekvensen kan även bero på tidsbrist där förskrivaren inte har möjlighet att undersöka tidigare erfarenheter för att kunna föreslå aktivitet, vilket även framkommit i en tidigare studie (13). Tidsaspekten lyftes även i intervjuerna. Ett exempel som belystes både i journalgranskning och i intervjuer var en FaR-ordination till simhall trots att patienten inte kunde simma eller hellre ville basta, vilket även kan ses som ett exempel på en brist i kommunikation mellan förskrivare och patient. Tidsbrist har även tidigare lyfts som ett hinder för att implementera FaR (12).

Journalgranskningen visade vidare att ett fåtal recept innehöll information om varför FaR ordinerats. Detta stämmer väl överens med den osäkerhet som uttrycktes i intervjuerna angående sekretessfrågor. Till exempel fanns en osäkerhet hos förskrivare i hur pass utförligt ordinationer får skrivas och hos aktivitets leverantörer hur lämpligt det är att fråga kunden om anledningen till receptet. Receptets utformning innehåller dock inga sådana fält som riskerar att man bryter sekretess och patienter väljer alltid själva om de vill lämna vidare receptet.

Det är uppenbart utifrån intervjuerna att det saknades rutiner för att förskriva FaR på vårdcentralerna trots att det verkar finnas en allmän vilja att arbeta hälsofrämjande. Den medicinska behandlingen är prioriterad och alternativen glöms lätt bort. I en studie av allmänläkares syn på FaR (33) rapporteras om misstro och skepticism mot metoden i likhet med vad som framkom i våra intervjuer. Även i den Nationella utvärderingen av receptförskriven fysisk aktivitet från 2010 beskrivs en ovana att använda FaR samt att recept på fysisk aktivitet känns "fånigt" att använda. I intervjuerna med förskrivarna hänvisades till en debatt om nyttan av FaR som var aktuell i medierna några månader innan intervjuerna gjordes vilket kan ha bidragit till en osäkerhet att använda metoden (32).

I intervjuerna framkom att FaR förskrevs när intresse fanns hos personalen, något som även visats i tidigare studier där det var tre gånger så vanligt att läkare som själva var fysiskt aktiva skrev ut FaR än de läkare som inte var fysiskt aktiva (34). Detta trots att basen i behandling av till exempel diabetes typ 2 är livsstilsförändring och behandling av fysisk inaktivitet (35). Uppfattningen om att det är upp till var och en att förskriva FaR leder till bristande implementering av metoden.

Uppföljning av receptet

Uppföljning av receptet är en del av metoden FaR men detta var dokumenterat endast i hälften hos de patienter som erhöll FaR. Uppföljning var vanligare för sjuksköterskor än läkare, vilket kanske kan förklaras av att besök till sjuksköterskor för personer med kroniska sjukdomar görs mer frekvent än återbesök till läkare. Andelen uppföljda patienter enligt journaltext stämmer väl överens med telefonintervjuerna där patienter fick svara på om de följts upp av förskrivaren. Enligt genomgången "Metoder att främja fysisk aktivitet" leder uppföljning av receptet till ökad följsamhet och bättre vidmakthållande (16). Uppföljning har även andra fördelar som att anpassning kan göras vid behov, det ger patienten möjlighet att ställa frågor och bidrar till stöd i livsstilsförändringen. Uppföljning av behandling med FaR ska heller inte skilja sig från annan behandling; *"Inom hälso- och sjukvården skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras i enlighet med 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)"* (12). I de fall där uppföljning inte dokumenterats har metoden inte fullföljts, vilket belyser att rutinerna i FaR-förskrivningen brister och att metoden inte implementerats i tillräcklig utsträckning. Den osäkerhet om metodens effekt som särskilt uttryckts i intervjuerna med förskrivarna, kan delvis förklaras av avsaknad av rutiner för uppföljning eftersom det då är svårt att se eventuella effekter. Bristfällig uppföljning i vården nämndes även av FaR-ledarna.

Våra fynd om utebliven uppföljning på grund av tidsbrist, bristfällig kunskap om metoden som helhet, samt det faktum att man inte inkluderar det motiverande samtalet vid förskrivningen bekräftas även av den tidigare nationella utvärderingen från 2010 (32). Trots att man efterfrågade och betonade stöd och kompetens framkom det vid intervjuerna att FYSS inte används i någon större utsträckning även om detta

rekommenderas i metoden. Även i den nationella utvärderingen framkom att hälften upplever ett behov av kunskapsstöd i primärvården.

Patienters följsamhet till FaR

Den självrapporterade följsamheten till FaR som undersökts via telefonintervjuer var lika hög som följsamhet vid andra behandlingar för kroniska sjukdomstillstånd (36), detta trots bristande uppföljning och få komplett ifyllda recept. Våra resultat stämmer väl överens med en tidigare prospektiv studie inom primär- och företagshälsovård där den självrapporterade följsamheten var 65 procent (17).

Den vanligaste anledningen som angavs för följsamhet var de provsvar patienterna fått vid läkarbesöket. Andra vanliga anledningar var att man bestämt sig innan, det rådgivande samtalet vid förskrivningen, och det skriftliga receptet. De tre senare var även de främsta anledningarna till följsamhet i en tidigare studie (17).

Metoddiskussion

En av styrkorna med denna granskning är användningen av både kvalitativa och kvantitativa data så kallad Mixed method (37). Metoden ger möjlighet till jämförelse och kontrastering av data och kan ge förståelse för bland annat hur en intervention fungerar i praktiken. Betydelsen av kvalitativ forskning har bland annat lyfts i studier från England där man undersökt hur FaR upplevs av patienter och hur aktivitetsleverans kan förbättras. Metoden Exercise Referral Scheme (ERS) skiljer sig dock något från FaR då man använder sig främst av fysisk aktivitet i grupp (38).

I den kvantitativa delen undersöktes registerdata som kompletterades med journalgranskning. Detta för att hitta FaR som inte var sökbara via register. För att ytterligare bekräfta förskrivningsfrekvens utfördes en genomgång under våren 2015 då recepten började sparas automatiskt i journalen. En annan styrka är att vi valde tre diagnoser där FaR är evidensbaserad behandling. Dessa tre diagnoser har även i en tidigare studie varit bland de vanligaste för FaR-ordination (31).

Vårt urval inkluderade endast de akademiska vårdcentralerna eftersom de har ett uppdrag att ligga i framkant inom patientnära forskning, utveckling, utbildning samt bidra till att höja vårdkvaliteten i länet. Det är däremot okänt hur representativa dessa är. Dock var de inkluderade AVC geografiskt/socioekonomiskt spridda i länet samt av varierande storlek. Resultaten är därför begränsade till vissa utvalda vårdcentraler inom primärvården och kan inte generaliseras till exempelvis rehab-mottagningar eller MVC. Rekrytering av förskrivare till intervjuer för att få deras erfarenheter av att förskriva FaR visade sig svårare än förväntat med tanke på AVC och deras forskningsnära verksamhet. Vid rekryteringen framkom en allmänt pressad arbetssituation vilket bland annat ledde till att två intervjuer utfördes på lunchraster vilket troligtvis påverkade intervjutiden. Trots erbjudan om ersättning för förlorad arbetstid var det ingen av de intervjuade som bad om det.

Det finns en begränsning i att datainsamlingen baserades på besök som gjorts för diagnoserna under en sexmånadersperiod. FaR har registrerats för hela året men rådgivande samtal för fysisk aktivitet (DV 132) har endast noterats om det inföll inom halvåret, vilket betyder att det kan finnas ett mörkertal här. Det gick inte heller att ta hänsyn till andra diagnoser som potentiellt hindrar personer att delta i fysisk aktivitet utanför hälso- och sjukvårdens regi. Bristen på data gjorde det omöjligt att utföra komplexa sambandsanalyser.

Följsamhet till FaR var självrapporterad vilket kan medföra överrapportering. I tidigare studier har man funnit att objektivt uppmätt aktivitet oftast är lägre än om den skattas av individen (39). Enkäten som användes till grund för telefonintervjuerna har använts i tidigare studier men är inte validerad. Det hade även varit önskvärt med tillgång till information om aktivitetsnivå vid start samt vid uppföljningen. Tyvärr var detta inte möjligt eftersom dokumentationen ofta var bristfällig i journalen.

Respondenterna i de kvalitativa intervjuerna var valda med tanke på erfarenhet av att förskriva och enskilda intervjuer valdes som intervjumetod. Fokusgrupper har i tidigare studier använts för att beskriva läkarens erfarenheter av FaR-förskrivning (33) men hade varit mindre lämpligt för vår studie där vi även önskade belysa FaR-ledares erfarenheter. Tidigare har FaR-ledare inte undersökts i lika stor utsträckning som förskrivare (40).

Bland de intervjuade fanns en bredd vad gäller ålder, yrkesverksamma år, profession men däremot inte vad gäller könsfördelning: alla utom en var kvinnor. Den starka kvinnodominansen inom det förebyggande arbete har även uppmärksammats i andra studier (33). De aktuella vårdcentralerna och gymanläggningar var spridda i länet med syftet att olika resursstarka och -svaga områden skulle vara representerade.

Den kvalitativa studiens tillförlitlighet stärks av att citat har inkluderats i redovisning av resultaten (29) och att analysen diskuterats av två personer. Dessutom har resultaten granskats av det kvalitativa nätverket inom CES. Trovärdigheten i data ökar genom att man jämför perspektiven från de två olika grupper av informanter (41). Överförbarheten (transferability) handlar om i vilken utsträckning resultaten kan överföras till andra sammanhang eller grupper vilket underlättas genom att ge en tydlig beskrivning av sammanhanget; det vill säga AVC och olika aktivitetsarrangörer i Stockholms län.

Pågående arbete i länet

Det pågår för närvarande olika insatser på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen för att underlätta implementering av FaR i SLL. Bland annat har behovet av en samordnande länk mellan förskrivare och aktiviteter som belyses i intervjuerna lyfts tidigare (12, 32). Akademiskt primärvårdscentrum (APC), tidigare Centrum för allmän medicin (CeFam), har sedan 2007 uppdraget att stödja implementeringen av FaR i länet och startade sommaren 2014 ett arbete med att implementera FaR och Handlingsprogram för övervikt och fetma. Ett nytt handlingsprogram för övervikt och fetma 2016–2020 har antagits av Hälso- och sjukvårdsnämnden där utvecklingen av metoden FaR prioriteras. I arbetet ingår att bland annat inrätta FaR-samordnare på AVC med syfte att vara en länk mellan vård och aktivitetsarrangörer och lotsa patienter till olika aktiviteter. Webbplatsen farledare.se utvecklas och kvalitetssäkras med bland annat nya sökvägar och en kvalitetssäkring av de listade aktivitetsarrangörerna. Dessutom pågår ett utvecklingsarbete för ett nytt eFYSS som beslutsstöd. Vid Gymnastik- och idrottshögskolan i Stockholm pågår en pilotstudie där hälsopedagoger fungerar som "lotsar" för att hjälpa patienter som fått FaR till passande aktiviteter. Metoden FaR för barn och ungdomar utvecklas och följs upp och åtgärder för att minska skillnader mellan olika grupper och i länet gällande fysisk aktivitet/inaktivitet prioriteras.

Betydelse för jämlikhet i hälsa

Ett övergripande mål för folkhälsoarbetet i SLL är att minska ojämlikheten i hälsa. Det är därför viktigt att belysa hur implementeringen av olika metoder påverkar jämlikhetsarbetet. I denna rapport har vi inte inkluderat några mått på socioekonomisk

status och har därför inte kunna ta hänsyn till denna faktor. Däremot visade intervjuerna att socioekonomiskt utsatta grupper hade problem att ta kostnaden som följer med ett FaR. Även i telefonintervjuer framkom ekonomi som ett hinder för ett fåtal personer bland ”andra orsaker”. Anmärkningsvärt är att inte ett alternativ som tar upp kostnader för träning finns under anledningar till att receptet inte följs, i den enkät för följsamhet som använts. Framtida enkäter bör ha med denna fråga.

I en svensk avhandling från 2014 där FaR utvärderas ur ett hälsoekonomiskt perspektiv beskrivs att socioekonomiskt svagare grupper inte värderade hälsoeffekterna av fysisk aktivitet på samma sätt som socioekonomiskt starkare grupper. En kostnadskonsekvensanalys visade även att den största kostnaden bärs av individerna själva. Andra viktiga faktorer för att fysiskt inaktiva skulle börja träna var tillgänglighet samt minskade kostnader (42). Det finns även risk för att personer som bor i socioekonomiskt utsatta områden ordinerar FaR i mindre utsträckning vilket visades i en studie utförd i Storbritannien (43). Även i Nationella utvärderingen av receptförskriven fysisk aktivitet 2010 diskuteras ekonomi som ett hinder för träning och att metoden riskerar bidra till ökad social ojämlikhet (32). Grupper som är socioekonomiskt utsatta kan därför vara i större behov av stöd av hälso- och sjukvården och riktade insatser.

Slutsatser

1. FaR ordinerades i mycket liten utsträckning till patienter med fetma, diabetes typ 2 och hypertoni, tre diagnoser där fysisk aktivitet är evidensbaserad behandling. Även det rådgivande samtalet förefaller åsidosatt. Recepteten fylls inte i ordentligt och riktlinjer för förskrivning saknas på vårdcentralerna.
2. Det rekommenderade tillvägagångssättet vid förskrivning av FaR följs endast i liten utsträckning. Ofta uteblir uppföljning, något som belyses i både journalgranskning och intervjuer.
3. Följsamheten hos de patienter som ordinerats FaR var lika hög som följsamheten till annan långvarig behandling vid kronisk sjukdom.
4. Det framkom en brist på en överbryggande länk mellan förskrivare på vårdcentraler och aktivitetsarrangörer. Aktivitetsarrangörerna efterlyste tydligare ordinationer och en bättre uppföljning av patienter/ kunder från vården samt ett behov av utbildning och kvalitetssäkring av denna. Från intervjuerna var det även tydligt att det fanns en avsaknad av rutiner vid förskrivning av FaR inom vården.
5. Osäkerhet om metodens effekt och bristfällig uppföljning samt anpassning till kundens ekonomiska förutsättningar påverkar implementeringen av FaR-metoden

Tack

Författarna vill tacka alla som ställde upp på intervju och delade med sig av sina erfarenheter av FaR. Tack även till Ingbritt Ekman, Stockholms idrottsförvaltning för hjälp med urval av FaR-ledare. Ett stort tack riktas även till Daniel Dohnfors på E-hälsan för hjälp med att ta fram journalinformation samt till Göran Lord på HSF för hjälp med VALdata. Alla deltagande AVC tackas för sitt tillmötesgående under studieperioden. Vi vill även tacka våra medarbetare Christel Lynch som arbetade med planering av studien, Malin Petterson som utförde telefonintervjuerna samt Gisela Nyberg för värdefulla kommentarer på rapportens innehåll.

Referenser

1. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;9:CD004366. Epub 2013/09/13.
2. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). FYSS 2015 – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling: Statens folkhälsoinstitut 2008 uppdaterad 2015. Available from: <http://fyss.se>.
3. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224–60. Epub 2012/12/19.
4. Kahan TC, B. Nilsson, P.M. Hypertoni är det största hotet mot global hälsa. *Läkartidningen*. 2013;110(CCAF).
5. Hardcastle S, Taylor A, Bailey M, Castle R. A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Educ Couns*. 2008;70(1):31–9. Epub 2007/11/13.
6. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2013;31(7):1281–357. Epub 2013/07/03.
7. Börjesson M, Dahlöf B. Fysisk aktivitet har en nyckelroll i hypertonibehandlingen. *Läkartidningen*. 2005;102(3).
8. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen, 2009.
9. Wändell P, Carlsson AC. Män har högre risk för typ 2 diabetes än kvinnor. *Läkartidningen*. 2014;111(C9PH).
10. Hawley JA, Zierath JR. Physical activity and type 2 diabetes. USA: Human Kinetics; 2008.
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Socialstyrelsen, 2011.
12. Statens folkhälsoinstitut. FaR® Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011. p. 349.
13. Liljebjörn I. Fysisk aktivitet på Recept (FaR) Hur används FaR av läkare i primärvården i Huddinge. VESTA Södra Programmet 2011. (personlig kommunikation)
14. Elinder Grönlund L. Hur använder sig läkare av fysisk aktivitet på recept? 2013. (personlig kommunikation)
15. Kallings L. Fysisk aktivitet på recept – en underutnyttjad resurs. *Läkartidningen*. 2012;109(51–52).
16. SBU. Metoder för att främja fysisk aktivitet En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2007.

17. Kallings LV, Leijon ME, Kowalski J, Hellenius ML, Stahle A. Self-reported adherence: a method for evaluating prescribed physical activity in primary health care patients. *J Phys Act Health*. 2009;6(4):483–92. Epub 2009/10/22.
18. Leijon ME, Bendtsen P, Stahle A, Ekberg K, Festin K, Nilsen P. Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care. *BMC Fam Pract*. 2010;11:38. Epub 2010/05/21.
19. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2003;326(7393):793. Epub 2003/04/12.
20. Harland J, White M, Drinkwater C, Chinn D, Farr L, Howel D. The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *BMJ*. 1999;319(7213):828–32. Epub 1999/09/25.
21. Marshall AL, Booth ML, Bauman AE. Promoting physical activity in Australian general practices: a randomised trial of health promotion advice versus hypertension management. *Patient Educ Couns*. 2005;56(3):283–90. Epub 2005/02/22.
22. Tulloch H, Fortier M, Hogg W. Physical activity counseling in primary care: who has and who should be counseling? *Patient Educ Couns*. 2006;64(1–3):6–20. Epub 2006/02/14.
23. Pårup M. En utvärdering av fysisk aktivitet på recept: Lunds Universitet; 2009.
24. Calfas KJ, Long BJ, Sallis JF, Wooten WJ, Pratt M, Patrick K. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. *Prev Med*. 1996;25(3):225–33. Epub 1996/05/01.
25. Sorensen JB, Skovgaard T, Puggaard L. Exercise on prescription in general practice: a systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2006;24(2):69–74. Epub 2006/05/13.
26. Tucker JM, Welk GJ, Beyler NK. Physical activity in U.S.: adults compliance with the Physical Activity Guidelines for Americans. *Am J Prev Med*. 2011;40(4):454–61. Epub 2011/03/17.
27. Berg BL, Lune H. *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Pearson, editor. New Jersey 2012.
28. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*. 2008;41(3–4):327–50. Epub 2008/03/07.
29. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105–12. Epub 2004/02/11.
30. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 2000;23(4):334–40. Epub 2000/08/15.
31. Leijon ME, Bendtsen P, Nilsen P, Festin K, Stahle A. Does a physical activity referral scheme improve the physical activity among routine primary health care patients? *Scand J Med Sci Sports*. 2009;19(5):627–36. Epub 2008/07/17.
32. Nilsson K. Nationell utvärdering av receptföreskriven fysisk aktivitet. Statens folkhälsoinstitut, 2010.

33. Persson G, Brorsson A, Ekwall Hansson E, Troein M, Strandberg EL. Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective – a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2013;14:128. Epub 2013/08/31.
34. McKenna J, Naylor PJ, McDowell N. Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. *Br J Sports Med.* 1998;32(3):242–7. Epub 1998/10/17.
35. Moberg E, Tovi J. Diabetes. *Viss: Stockholms läns landsting*; 2014 [cited 2015 1118]; Available from: <http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Endokrina-organ/Diabetes/#Behandling>.
36. WHO. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva, Switzerland: 2003.
37. O'Cathain A. 29. Mixed Methods Involving Qualitative Research. In: Bourgeault I, Dingwall R, De Vries R, editors. *The SAGE Handbook Qualitative Methods Health Research*. London: SAGE Publications Ltd; 2010.
38. Moore GF, Raisanen L, Moore L, Ud Din N, Murphy S. Mixed-method process evaluation of the Welsh National Exercise Referral Scheme. *Health Education.* 2013;113:476–501.
39. Kavanough K, Moore JB, Johnson Hibbett LJ, Kaczynski AT. Correlates of subjectively and objectively measured physical activity in young adolescents. *Journal of Sports and Health Science* 2015;4(3):222–7.
40. Moore GF, Moore L, Murphy S. Facilitating adherence to physical activity: exercise professionals' experiences of the National Exercise Referral Scheme in Wales: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2011;11:935. Epub 2011/12/17.
41. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. (3rd edn.) 2002.
42. Romé Å. Prescribed physical activity. A health economic analysis [Doctoral dissertation]. Lund: Lund University; 2014.
43. Gidlow C, Johnston LH, Crone D, Morris C, Smith A, Foster C, et al. Socio-demographic patterning of referral, uptake and attendance in Physical Activity Referral Schemes. *J Public Health (Oxf).* 2007;29(2):107–13. Epub 2007/03/08.

Bilagor

Bilaga 1. Riktlinjer – Fysisk aktivitet på recept (FaR) i Stockholms läns landsting

Riktlinjer – Fysisk aktivitet på recept (FaR) i Stockholms läns landsting from 2007-01-01

- Fysisk aktivitet på recept (FaR) ska användas som behandlingsalternativ av vårdgivare inom SLL för att förebygga och behandla sjukdom.
- Målgruppen för FaR är de patienter som är i kontakt med hälso- och sjukvården.
- FaR ska förskrivas i enlighet med Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling. (FYSS)*
- Alla vårdgivare kan med fördel informera om fysisk aktivitet men själva ordinationen ska samordnas och utföras av legitimerad vårdpersonal.
- Den som förskriver FaR ska ha kunskap om motivationssamtalets betydelse och om hur fysisk aktivitet kan användas i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling.
- Den som hänvisar en patient till en friskvårdsaktör ska ha god kännedom om dennas verksamhet.
- Varje verksamhet väljer själv hur den vill samverka med friskvården. Samverkan mellan sjukvårdens verksamheter och friskvården ska utvecklas utifrån lokala förutsättningar.
- Förskrivning av FaR och rådgivning om fysisk aktivitet ska dokumenteras i patientjournal.
- Vårdgivare ska tydliggöra rutiner/program för arbetet med FaR och vid arbete med patientuppföljning kring FaR. Ansvarig person för att bevaka frågan ska utses.
- Vårdgivare ska tillhandahålla information om FaR och fysisk aktivitet och kunna rådgiva och hänvisa patienter till friskvårdsaktörer och hälsoinformation
- Medicinskt ansvarig/verksamhetschef vid varje verksamhet ansvarar för att arbete med FaR utförs i enlighet med ovan gällande riktlinjer.

Enligt beslut av Landstingstyrelsen 2006-06-20, LS 0503-0536

* FYSS 2008 Statens Folkhälsoinstitut R 2008:4, www.fyss.se

Bilaga 2. Kodning av inhämtade data

Omkodning inför analys

Åtgärdskoderna DV132, DV133 gäller den aktuella sexmånadersperioden. FaR e-recept gäller förskrivning under hela 2014. Ordinationen registrerades enligt vad som stod på receptblanketten (aktivitetstyp, frekvens, intensitet, duration, aktivitetsleverantör, orsak till receptet och rekommenderad aktivitet). Vikt och längd användes för att beräkna BMI (body mass index). Information om rökning: journalens ”rökvanor” kodades om till två kategorier rökning/icke rökning. För alkoholkonsumtion användes ”standardglas per vecka” och kodades enligt: icke riskbruk eller riskbruk (>9 glas för kvinnor eller >14 glas för män)⁵ (Andreasson et al, 2005).

Kodning och bedömning av granskad journaltext

Uppföljning av FaR bedömdes som genomförd när legitimerad personal dokumenterat samtal om fysisk aktivitet inom sex månader från utfärdandet av receptet. Aktivitetsnivå registrerades i första hand enligt journalmallens ”aktivitetsminuter per vecka” (beräknas utifrån (fysisk träning per vecka ×2) + vardagsaktivitet per vecka) och i andra hand från utförlig beskrivning av aktivitetsnivån. Därefter klassificerades aktivitetsnivå i två kategorier: <150min/vecka eller ≥150 min/vecka. Enkla råd registrerades när detta fanns dokumenterat i journalen i fritext eller under journalmallens ”Enkla råd”.

⁵ Andréasson, S, Allebeck, P, redaktörer. Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005. Rapport 2005:11.

Bilaga 3. Frågor om följsamhet till FaR

Utvecklade av Kallings & Leijon⁶

Frågor till patienter per telefon.

- 1. Har Du följt den fysiska aktivitet som ni kom överens om när Du fick fysisk aktivitet på recept?** Välj det alternativ som stämmer bäst av A, B, C eller D, och svara sedan på de aktuella följdfrågorna

2.
A ☐ **Ja**, jag har följt de aktiviteter som vi kom överens om på receptet.

B ☐ **Ja**, jag har följt det som vi kom överens om på receptet, men har ändrat aktivitet till

C ☐ **Nej**, jag följde det vi kom överens om på receptet inledningsvis, men har nu slutat. Gå vidare till fråga 3

D ☐ **Nej**, jag har inte följt det vi kom överens om på receptet. Gå vidare till fråga 3

3. Vad var avgörande för Ditt beslut att bli mer fysiskt aktiv?

Du kan ange flera alternativ

- 1 ☐ jag hade bestämt mig innan
- 2 ☐ samtalet vid förskrivningen
- 3 ☐ det skriftliga receptet på fysisk aktivitet
- 4 ☐ en ökad kunskap om nyttan av fysisk aktivitet
- 5 ☐ stegräknaren har varit ett stöd
- 6 ☐ fysisk aktivitetsdagboken har varit ett stöd
- 7 ☐ stöd från anhöriga och vänner
- 8 ☐ jag märkte att jag fick positiva effekter på ork och hälsa
- 9 ☐ mina provresultat
- 10 ☐ det är roligt
- 11 ☐ annat, nämligen: _____

Gå vidare till fråga 4.

⁶ Kallings LV, Leijon ME, Kowalski J, Hellenius ML, Stahle A. Self-Reported Adherence: A Method for Evaluating Prescribed Physical Activity in Primary Health Care Patients. J Phys Act Health 2009;6:483–92.

4. Anledning till att Du inte har följt det ni kom överens om på receptet

Du kan ange flera alternativ

- 1 ☐ jag blev sjuk, ange i vad _____
- 2 ☐ jag överansträngde mig och blev skadad, ange vad _____
- 3 ☐ jag saknade motivation
- 4 ☐ jag har inte tid
- 5 ☐ stegräknaren har varit ett hinder
- 6 ☐ fysisk aktivitetsdagboken har varit ett hinder
- 7 ☐ saknat stöd från anhöriga och vänner
- 8 ☐ mina provresultat
- 9 ☐ aktiviteterna fungerade inte
- 10 ☐ har inte hittat någon lämplig aktivitet
- 11 ☐ det är tråkigt, det ger mig inget positivt
- 12 ☐ annat, nämligen: _____

5. Har den som ordinerade FAR till dig frågat hur det har gått

☐ Ja

☐ Nej

Kommentarer: _____

Bilaga 4. Intervjuguider

Intervjuer med förskrivare av FaR på vårdcentraler

Introduktion

Kan du lite kort berätta om din arbetsplats och dina arbetsuppgifter?

Rutiner för förskrivning av FaR

Hur ser rutinerna på din VC ut för förskrivning av FaR?

Hur säkerställer man att rutinerna fungerar?

Följs rutinerna för förskrivning upp på något sätt? Hur?

Finns någon utsedd "FaR-samordnare" på din VC?

Kompetens och stöd för förskrivning av FaR

Vad behöver man för kompetens för att förskriva FaR?

Har du deltagit i av CeFAM arrangerad 2-dagarskurs för förskrivare av FaR?

Hur får du som förskrivare stöd att förskriva FaR?

Ser du något behov av kompetensutveckling eller ytterligare stöd? I så fall vad?

Förskrivning av FaR

Till vilka patienter och i vilka situationer förskriver du FaR? Berätta!

Hur kan det gå till när du förskriver FaR? Ge exempel!

Vad händer när en patient fått ett FaR-recept?

Brukar du rekommendera patienten att söka aktiviteter på farledare.se?

Hinder/framgångsfaktorer

Vad finns det för svårigheter/utmaningar vid förskrivning av FaR? Ge exempel!

Vad får förskrivning av FaR att fungera bra? Vilka är framgångsfaktorerna? Ge exempel!

Har du några tankar kring hur förskrivningen av FaR skulle kunna förbättras?

Avslutning

Har du något att tillägga?

Intervjuer med aktivitetsarrangörer

- Intervjuns syfte
- Etiska aspekter

Introduktion

Kan du lite kort berätta om aktivitetsanläggningen och dina arbetsuppgifter?

Rutiner för att ta emot kunder med FaR

Hur ser rutinerna ut för att ta emot kunder med FaR? Hur fungerar det?

Hur säkerställer man att rutinerna fungerar?

Följs rutinerna för att ta emot kunder med FaR upp på något sätt? Hur?

Kompetens och stöd för att vara FaR-ledare

Vad behöver man för kompetens för att vara FaR-ledare?

Har du deltagit i av Sthlms Idrottsförbund arrangerad utbildning för FaR-ledare?

Vilket stöd/hjälp får du som FaR-ledare för att ta emot kunder med FaR?

Ser du något behov av kompetensutveckling eller ytterligare stöd?

Aktiviteter för kunder med FaR

Vilka aktiviteter erbjuder ni kunder med FaR? Berätta!

Hur kan det gå till när ni erbjuder aktiviteter för kunder med FaR? Ge exempel!

Vad händer när en kund erbjudits att delta i en aktivitet? Ge exempel!

Hinder/framgångsfaktorer

Vad finns det för svårigheter/utmaningar med att erbjuda aktivitet till kunder med FaR?
Ge exempel!

Vad får aktiviteter för kunde med FaR att fungera bra? Vilka är framgångsfaktorerna?
Ge exempel!

Har du några tankar kring hur aktiviteter för kunder med FaR skulle kunna förbättras?

Avslutning

Har du något att tillägga?

ISBN 978-91-87691-34-8



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING