



Fysisk aktivitet på recept (FaR) en fungerande metod!



LENA KALLINGS

MED DR, INSTITUTIONEN FÖR FOLKHÄLSA OCH VÅRDVETENSKAP, UPPSALA UNIVERSITET OCH INSTITUTIONEN FÖR MEDICIN, KAROLINSKA INSTITUTET.

Fysisk aktivitet på recept (FaR) har under de senaste åren fått stor spridning och används i alla landsting, men fungerar verkligen metoden? Är det verkligen möjligt att öka patienters fysiska aktivitet på ett så enkelt sätt och är de inte bara några få som följer ordinationen? Är det görligt att använda FaR i klinisk vardag och kan man påverka patienters riskfaktorer för ohälsa?

OVANSTÅENDE ÄR relevanta frågor som man hör emellanåt. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en metod som introducerades på ett strukturerat sätt i Sverige under 2001 och som snabbt fick stor spridning. Idag används metoden i alla landsting i olika omfattning. Kritik har framförts att metoden inte har varit vetenskapligt testad innan den spreds, men utvecklandet av metoden baserades på tidigare nationella erfarenheter och internationella studier av liknade metoder [1, 2]. Vi har i vår forskning vid Karolinska Institutet vetenskapligt utvärderat metoden, vilket resulterade i den första avhandlingen med fokus på FaR som jag försvarade hösten 2008 [3]. I denna artikel presenteras vad vi har funnit i vår forskning och tankar inför framtiden.

Vad är FaR?

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en metod för hälso- och sjukvården att både stötta patienter till en ökad fysisk aktivitet och att arbeta mer hälsofrämjande. FaR innebär en individanpassad skriftlig ordination på fysisk aktivitet till patienter som behöver öka sin fysiska aktivitet ur hälsosynpunkt. Det kan användas både för att förebygga och/eller behandla sjukdom. All legitimerad vårdpersonal kan förskriva FaR om de har tillräcklig kunskap

om patientens hälsostatus och hälsofrämjande fysisk aktivitet. Det mest centrala är att allt arbete utgår från individen, dvs. att arbetet bygger på ett patientcentrerat samtal (se Figur 1). Det är patientens hälsotillstånd, tidigare erfarenheter, vad som känns roligt och möjligt att genomföra som styr. Samtalet leder sedan fram till själva den skriftliga ordinationen av fysisk aktivitet på ett recept. Som grund för ordinationen använder man FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) som är en kunskapsbank om fysisk aktivitet och hälsa [4].

Den ordinerade aktiviteten kan antingen vara en aktivitet som individen bedriver på egen hand eller en organiserad aktivitet. Erfarenheten visar att det är bra att ha en egen aktivitet som kan bedrivas i vardagen som grund och sen kan man utifrån patientens önskemål lägga till en organiserad aktivitet. Tanken med FaR är att hälso- och sjukvården ska samarbeta med olika aktivitetsarrangörer i närområdet för att stötta individen till att både öka och att vidmakthålla sin aktivitet. Man kan se FaR som en bro mellan hälso- och sjukvården och idrottsrörelsen. Hur detta samarbete ser ut i olika landsting skiljer sig utifrån regionala och lokala förhållanden.

Det är även viktigt att följa upp FaR. Uppföljningen har flera syften;



Figur 1. De viktigaste delarna i Fysisk aktivitet på Recept (FaR).

dels att visa för patienten att fysisk aktivitet och själva ordinationen är viktig, om man sätter in en behandling så är det självklart att man måste följa upp om den haft avsedd effekt på det aktuella sjukdomstillståndet. Doseringen av fysisk aktivitet måste, liksom för de flesta läkemedel, trappas upp successivt och detta bör följas upp. Dessutom kan den aktivitet som valdes till en början behöva modifieras när individen har förbättrat kondition och styrka.

Varför FaR?

Otillräcklig fysisk aktivitet är ett globalt hälsoproblem pga. dess höga prevalens och viktiga roll i flertal folksjukdomar [5-7]. Inaktivitet är en av de tio största riskfaktorerna för både förtida död och sjukdomsburda (disability-adjusted life years, DALYs). Man uppskattar att främjandet av en mer fysisk aktiv livsstil årligen kunna förebygga 600 000 förtida dödsfall och 5,3 miljoner DALYs enbart i Europa [8]. Därutöver är inaktivitet en viktig komponent i de tre största riskfaktorerna för sjukdom; högt blodtryck, höga blodfetter och övervikt som står för 12,8 %, 8,7 % respektive 7,8 % av DALYs [8]. Svenska undersökningar antyder att 80 % av svenska befolkningen över 30 år inte är tillräckligt fysiskt aktiva.

En ökad fysisk aktivitet och en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård är två av de viktigaste bestämningsfaktorerna för en förbättrad folkhälsa i Sverige [9]. Fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och/eller

behandla över 30 olika sjukdomstillstånd [4]. Det finns god evidens för att fysisk aktivitet kan användas för både fysiska och psykiska sjukdomar, som exempel kan nämnas hjärtsjukdom, diabetes, cancer, astma, fetma, högt blodtryck, depression och demens. Förutom den direkta effekten av fysisk aktivitet på många tillstånd, är fysisk aktivitet även en viktig behandlingsåtgärd för att förebygga och behandla den samsjuklighet som förekommer vid flera av de stora folksjukdomarna. Fysisk aktivitet som behandling är unik med avseende på att man kan påverka väldigt många olika biologiska och fysiologiska system i kroppen på en gång.

Hälso- och sjukvården är en viktig aktör för att främja fysisk aktivitet hos såväl den enskilda individen som befolkningen i stort. Man har både stor kontaktyta mot befolkningen, då en stor andel av befolkningen söker vård under ett år, och samtidigt träffar man ofta patienten individuellt. Många ser vårdpersonal som en trovärdig källa för information och råd kring livsstil. Vården behöver olika metoder för att främja en ökad fysisk aktivitetsnivå hos patienter, och här kan FaR vara en viktig pusselbit.

Två kompletterande studier

Vi har undersökt effektiviteten av FaR med hjälp av två studier med olika vetenskapligt upplägg. Avsikten var att testa både den externa och interna validiteten. Därför undersökte vi först att metoden FaR fungerar i klinisk vardag och sedan har vi gjort en randomiserad

kontrollerad studie (RCT), där hälften lottades till att få FaR och hälften till kontrollgrupp.

I den okontrollerade kliniska studien [10] som gjordes i primärvård och företagshälsovård, var det ett stort antal olika förskrivare i fem landsting som tillsammans med patienterna avgjorde vilka som skulle få FaR som en förebyggande insats eller som behandling för en sjukdom. Det blev därför stor spridning på vilka som fick FaR och av vilken anledning. Spridningen i ålder bland de 481 patienterna var från 12 till 81 år (medelålder 50 år) och i kroppsmasseindex (BMI) från 17 till 50 kg/m² (medelvärde 27,5). Huvudparten var dock kvinnor (75 %) respektive överviktiga (61 %). Det var många olika anledningar till ordinerad fysisk aktivitet och ofta fanns mer än en orsak. Vanligast var smärta, övervikt samt problem med rygg och nacke, men även diabetes, högt blodtryck och psykisk ohälsa var frekvent. Eftersom den ordinerade aktiviteten var individanpassad fanns många olika aktiviteter bland ordinationerna. Vanligast var olika former av konditionsträning och styrketräning. Mer än hälften valde en aktivitet på egen hand och 44 % en gruppaktivitet. Alla data i denna studie är självrapporterade och samlades in med hjälp av enkäter, vid baslinjen och vid en 6-månaders uppföljning.

I den randomiserade kontrollerad studien [11] inkluderades otillräckligt fysiskt aktiva äldre individer med övervikt och bukfetma (n=101, 57 % kvinnor, 67-68 år), som rekryterades från en pågående populationsbaserad kohortstudie. Alla deltagare i studien fick korta skriftliga råd, resultat av undersökningarna och mätte sin fysiska aktivitet under sju dagar. Halva gruppen lottades till att utöver detta få FaR. Förutom övervikt och bukfetma fanns det många andra anledningar till varför en ökad fysisk aktivitetsnivå var viktigt att uppnå, flera hade exempelvis höga blodfetter, högt blodtryck eller artros. I denna studie betonades även individens egen målsättning för att öka sin aktivitetsnivå, vilket ofta handlade om att kunna hämta/leka med barnbarn och att få ”mer liv till åren”, dvs. att främja den allmänna hälsan och skjuta upp begränsningar som ofta kommer med åldern. Promenader/stavgång, trädgårdsarbete och andra aktiviteter som individen kunde göra på egen hand eller med anhörig/vän dominerade. Många fick även träningsprogram med enkla styrketräningsövningar att genomföra hemma. Man var inte lika intresserad av organiserade aktiviteter som krävde att man reste till en specifik



Tjejmilen i Stockholm, ett av många lopp som kan inspirera till daglig motion. ©Bildbyrå i Hässleholm

lokal. Dans var dock populärt. I denna studie undersöktes deltagarna innan de fick FaR och efter 6 månader. Vi har även gjort långtidsuppföljningar efter 18 och 32 månader, men dessa data är inte analyserade än. Data har samlats in via olika mätningar, blodprover och frågeformulär.

Ökad fysisk aktivitetsnivå

I båda studierna ökade den fysiska aktivitetsnivå 6 månader efter FaR. I den kliniska men okontrollerade studien ledde FaR till en ökad fysisk aktivitetsnivå. Det visar att metoden är användbar i klinisk vardag med ett stort antal olika förskrivare och till många olika patientgrupper. Resultaten bekräftades i studien där FaR jämförs med en kontrollgrupp.

I den kliniska studien ökade både vardagsaktiviteter och träning signifikant [10]. Den totala aktiviteten ökade hos minst 40 % av deltagarna, de mest inaktiva minskade från 23 till 6 % och de som nådde upp till rekommenderade 30 minuter per dag dubblerades från 10 till 22 %. Patienterna förflyttade sig från att överväga och förbereda en fysiskt aktiv livsstil till att vara aktiv eller vidmakthålla en fysiskt aktiv livsstil. En liknade okontrollerad klinisk studie från Östergötland som har ett större patientmaterial (N=6000), visar likvärdiga resultat vad gäller fysisk aktivitetsnivå i upp till ett år efter FaR [12].

I RCT studien ökade den självrapporterade aktivitetsnivå signifikant mer hos dem som fått FaR. Det var drygt

hälften som ökade sin aktivitet jämfört med en fjärdedel bland dem som fått en minimal intervention. Objektivt undersökt fysisk aktivitet med stegräknare, visade att de som fått FaR ökade antalet steg med 30 % (+1663 steg) jämfört med miniinterventionens 17 % (+871 steg), skillnaden var dock inte signifikant mellan grupperna. När man däremot ser på intensivare aktiviteter syns tydliga skillnader mellan grupperna (se figur 2). De som fått FaR tränar på minst måttlig intensitet tre gånger eller 150 minuter mer i veckan än innan de fick FaR, jämfört med kontrollgruppen som inte gjorde någon förändring [11].

Minskat stillasittande

Under de sista åren har stillasittande uppmärksammats som en oberoende riskfaktor, utöver fysisk aktivitetsnivå, för ohälsa och sjukdom [13]. En av de få studier som tittar på metoder för att minska stillasittande är vår RCT studie. FaR leder till en minskning av självrapporterad stillasittande tid med två timmar per dag, jämfört med en timme per dag hos dem som fått miniintervention [11].

God följsamhet

När man sätter in en behandling förutsätter man ofta att patienterna följer ordinationen. Detta är inte självklart och har inte studerats i någon större omfattning, i synnerhet inte när det gäller livsstilsinterventioner. Självskattad följsamhet till FaR i den kliniska studien är 65 % efter 6 månader [14].

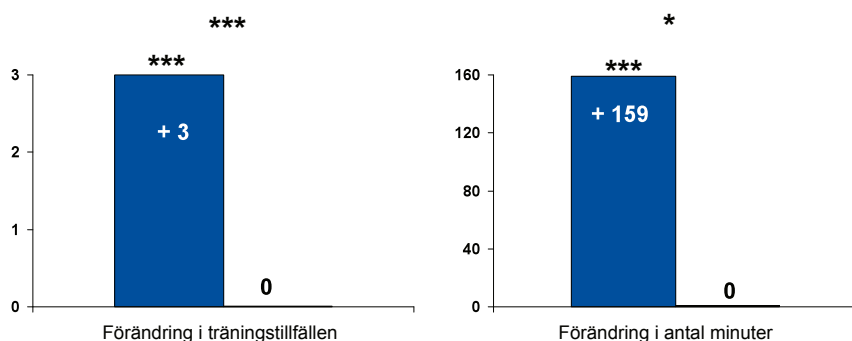
Matti Leijons undersökningar i Östergötland visar att följsamheten håller i sig upp till 12 månader [15]. De studier som är gjorda fokuserar främst på följsamhet till läkemedelsbehandling och WHO uppskattar att följsamhet till långtidsbehandling i snitt är 50 % [16]. Följsamhet till FaR är därmed minst lika god som till annan behandling.

Förbättrad livskvalitet

När metoder för främjandet av fysisk aktivitet studeras bör utfallsvariabeln vara förändring i fysisk aktivitetsnivå, vilket också är fokus i vår forskning. Men för patienten är det oftast hur man mår som är det väsentliga. Vi har därför även undersökt hur den självskattade livskvaliteten påverkas och både den fysiska och psykiska hälsan förbättrades 6 månader efter FaR [10].

Minskning av andra riskfaktorer

Även en eventuell påverkan på olika riskfaktorer, utöver låg fysisk aktivitetsnivå, är av stort intresse för att förebygga och behandla olika folksjukdomar. Vi kunde i RCT studien se positiva förändringar i ett stort antal riskfaktorer för metabola- och hjärt-kärlsjukdomar. Det viktiga är att den ökade fysiska aktiviteten som följer av FaR påverkar många riskfaktorer på en gång. Med hjälp av FaR kan vikt, BMI, bukfetma, blodsocker och blodfetter förbättras signifikant mer än hos en kontrollgrupp [11]. Om man jämför med läkemedelsområdet, där man strävar efter att finna ett s.k. "polly-pill", dvs. ett kombinerat läkemedel som påver-



Figur 2. Förändring i träning med minst måttlig intensitet hos gruppen som fått FaR (■) respektive kontrollgrupp (■) vid 6-månaders uppföljningen. * $p<0.05$; *** $p<0.001$



Figur 3. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en metod för att minska stillasittande och öka fysisk aktivitetsnivå!

kar exempelvis blodfetter, blodsocker och blodtryck samtidigt, så kan man konstatera att vi i fysisk aktivitet har ett utmärkt "polly-pill" och att FaR kan vara en lämplig form för att öka patienters fysiska aktivitet och därmed minska riskfaktorer och främja hälsan.

Behov av flera studier

Det är angeläget att göra långtidsuppföljningar för att se om de positiva effekter som vi har presenterat i denna artikel, vidmakthålls över tid. Därför är det av högsta prioritet att analysera de data som vi har samlat in efter 18 och 32 månader och publicera dessa snart.

Den randomiserade kontrollerade studien är en av få internationellt, och den enda under svenska förhållanden, som studerat FaR till en specifik patientgrupp. Det är därför angeläget att med randomiserad kontrollerad design studera hur FaR fungerar vid flera diagnoser på patienter i varierande ålder och i praktisk klinisk miljö. Därför planerar vi vid Uppsala Universitet nu två studier som ska undersöka om FaR kan användas och ha positiva effekter vid artros respektive depression.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar vår forskning att individuellt utformad förskrivning

av fysisk aktivitet (FaR) är effektiv i klinisk vardag;

- FaR kan användas i hälso- och sjukvården och är en effektiv metod för att öka patienters fysiska aktivitetsnivå (Figur 3).
- Följsamhet till FaR är minst lika bra som till annan behandling vid kronisk sjukdom.
- Både fysisk- och mental livskvalitet ökade sex månader efter att patienter fått FaR.
- FaR ökar den fysiska aktivitetsnivån två till tre gånger mer än hos en kontrollgrupp.
- FaR minskar riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom hos otillräckligt aktiva, överviktiga, äldre kvinnor och män.

Fysisk aktivitet på Recept har därför en potential att vara en viktig metod för att i ett folkhälsoperspektiv främja en fysiskt aktiv livsstil, och därmed förbättra hälsa och livskvalitet samt minska sjukdomsburden hos både individ och samhälle.

Referenser

1. Kallings LV, Leijon M. Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept, FaR. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. Rapport nr 2003:53.
2. Hellenius M-L, Arborelius E. Motion på

recept kan hjälpa patienten ändra sina vanor. *Läkartidningen*. 1999;96:3343-6.

3. Kallings LV. Physical Activity on Prescription -Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors. Doctoral Thesis. Stockholm: Karolinska Institutet; 2008. <http://diss.kib.ki.se/2008/978-91-7409-111-3/>.

4. Ståhle A, editor. FYSS 2008 -Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling Stockholm: Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet i samarbete med Statens folkhälsoinstitut; 2008. (FHI Rapport nr 2008:4) www.fyss.se.

5. Bauman A, Miller Y. The public health potential of health enhancing physical activity. In: Oja P, Borms J, editors. Health enhancing physical activity. Oxford: Meyer & Meyer Sport; 2004. p. 125-47.

6. Bull FC, Armstrong TP, Dixon T, Ham S, Neiman A, Pratt M. Physical inactivity. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, editors. Comparative Quantification of Health Risks Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. Geneva: World Health Organization; 2004. p. 729-881.

7. World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.

8. World Health Organization Europe. The European health report 2005: public health action for healthier children and populations. Copenhagen; 2005.

9. En förnyad folkhälsopolitik. Regeringens proposition 2007/08:110; 2008.

10. Kallings LV, Leijon M, Hellenius ML, Ståhle A. Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scand J Med Sci Sports*. 2008;18:154-61.

11. Kallings LV, Sierra Johnson J, Fisher RM, de Faire U, Ståhle A, Hemmingsson E, Hellenius ML. Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body composition and cardiometabolic risk factors: results from a randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. 2009;16:80-4.

12. Leijon ME, Bendtsen P, Nilsen P, Festin K, Ståhle A. Does a physical activity referral scheme improve the physical activity among routine primary health care patients? *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2009;19:627-36.

13. Owen N, Bauman A, Brown W. Too much sitting: a novel and important predictor of chronic disease risk? *Br J Sports Med*. 2009;43:81-3.

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

15. Leijon M. Activating People -Physical activity in the general population and referral schemes among primary health care patients in a Swedish county. Linköping Linköping University Medical Dissertations No. 1096; 2009.

16. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva; 2003.

Kontakt

lena.kallings@ki.se