

**Fysisk aktivitet på recept (FaR):
Granskning av FaR förskrivna under perioden
121221-131117 på Vårdcentralen Åsidan, Nyköping**

Enkätstudie om följsamhet till FaR hos patienter med psykisk ohälsa.

Camilla Alenius
ST-läkare
Vårdcentralen Åsidan
Nyköping

Handledare:
Björn Hallström DL, med dr
Vårdcentralen Stadsfjärden
Nyköping

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en ordination som hälso och sjukvårdspersonal kan använda som ett verktyg till patienter med otillräcklig fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan både förebygga och förbättra många vanliga sjukdomstillstånd.

Metod

Samtliga FaR på Vårdcentralen Åsida under perioden 121221-131117 granskades retrospektivt och jämfördes avseende förskrivningsmönster.

Patienter med psykisk ohälsa som fått FaR förskrivet tillsändes en enkät. Enkäterna analyserades avseende följsamhet, förändring av fysisk aktivitetsnivå och den egna upplevelsen av såväl hälsotillstånd som FaR-förskrivning.

Resultat

Vid förskrivning av FaR fanns i regel en överensstämmelse mellan anledningen till receptförskrivning och patientens egen målsättning med receptet. Sjukgymnaster dominerade som yrkesgrupp vid FaR-förskrivning generellt på Vårdcentralen Åsida. Både yrkesgrupp hos förskrivare och receptanledning påverkade vilken typ av aktivitet som förskrevs samt omfattningen på denna.

I nio av de 17 besvarade enkäterna uppgavs följsamhet till ordinationen, d v s patienten uppgav högre fysisk aktivitet efter än före FaR. Starkaste skälet uppgavs, i majoriteten av dessa fall, vara att redan innan FaR-förskrivningen själv ha bestämt sig för att bli mer fysiskt aktiv.

Slutsatser

Den uppgivna följsamheten till FaR bland patienter med psykisk ohälsa i denna studie var jämförbar med följsamheten till FaR i andra, oselektade, primärvårdsmaterial och även jämförbar med följsamheten vid annan behandling för kronisk sjukdom, d v s drygt 50%.

Orsaken till FaR-förskrivning, patientens egen målsättning samt förskrivaryrke påverkade innehållet i FaR.

BAKGRUND

Fysisk inaktivitet är ett växande samhällsproblem som bedöms orsaka 1,9 miljoner fall av förtida död, globalt sett (1). Fysisk inaktivitet anses orsaka 15 % av vissa cancersjukdomar, diabetes och hjärtsjukdomar världen över (2). Detta är alltså ett betydande hälsoproblem som tillsammans med övriga livsstilsfaktorer bidrar till en ökad sjukdomsburden inom flera av primärvårdens stora patientgrupper.

Vårdens uppdrag är både att behandla och att förebygga uppkomst av sjukdom. Ett verktyg att använda i det förebyggande arbetet är förskrivning av Fysisk aktivitet på Recept (FaR). FaR är en individuellt anpassad ordination som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal i samråd med patienten. Syftet är att förebygga eller behandla sjukdomstillstånd som man tror befrämjas av en ökad fysisk aktivitet (3). Metoden som FaR bygger på består av fem delar (4):

- Ett patientcentrerat samtal (Detta anges vara den viktigaste delen).
- Välja lämplig aktivitet med hjälp av FYSS, den fysiska aktivitetens motsvarighet till FASS (5).
- Skriva recept.
- Uppföljning av såväl förändring i fysisk aktivitet som effekt på hälsoutfall.
- Samarbete med det omgivande samhället, exempelvis med gym eller Korpen.

Inom primärvården förskrivs FaR i regel av både sjuksköterskor, kuratorer, sjukgymnaster och läkare. Studier på primärvårdspatienter har visat att FaR ökar den fysiska aktivitetsnivån, förändringsbenägenheten samt livskvaliteten. FaR kan därför vara ett passande verktyg för att öka den fysiska aktiviteten bland primärvårdspatienter (6). Det finns också på samhällsnivå ett behov att få befolkningen mer fysiskt aktiv. Det är visat i studier att vuxna personer känner ett stort ansvar för detta, men många anser också att hälso- och sjukvården har en uppgift att stödja detta. Det verkar också som att de grupper som var i störst behov av en ökad fysisk aktivitetsnivå också i högst utsträckning kände behov av support för att genomföra förändringen (7).

FaR i primärvårdsmiljö har tidigare studerats. Man fann då att följsamhet till FaR var i nivå med följsamhet till annan behandling för kronisk sjukdom. En koppling sågs mellan följsamhet, förändringsbenägenhet och ökad livskvalitet (8). Faktorer kopplade till följsamhet har studerats tidigare på oselekerat primärvårsmaterial. Högre ålder, högre aktivitetsnivå vid baseline, FaR-förskrivning av annan personal än läkare samt förekomst av hypertoni eller diabetes var då associerat med högre följsamhet (9). Även skäl till att inte följa FaR har studerats och dessa skäl skiljde sig åt mellan vilken aktivitetstyp som förskrivits och mellan olika typer av patienter (10).

En stor grupp av primärvårdens patienter lider av någon form av psykisk ohälsa. Detta är en heterogen grupp där flera olika diagnoser och funktionsnivåer kan komma ifråga och som i detta arbete definieras som ett eller flera symptom av dessa: stress, utmattningssymptom, oro/ångest, nedstämdhet/depression, sömnstörningar. Bland dessa patienter är den fysiska aktivitetsnivån ofta bristfällig (11). Fysisk aktivitet ingår som en del av behandlingen vid psykisk ohälsa. Det finns studier som visar på god effekt av fysisk aktivitet vid sådana tillstånd (12-13), men det finns inga tidigare studier på denna sjukdomsgrupp i en primärvårdsmiljö.

Vårdcentralen Åsidan i Nyköping har, liksom flera andra vårdcentraler i länet, av landstinget utnämnts till diplomerad hälsocentral. För detta krävs bl a att ansvariga personer finns på enheten för områdena fysisk aktivitet, matvanor, tobak, alkohol och psykisk hälsa. Vårdcentralen ska erbjuda FaR, samt ha en fungerande uppföljning för att motivera patienterna till en ökad fysisk aktivitet. En diplomerad hälsocentral ska också arbeta för att stärka den psykiska hälsan t e x genom stöd för att motverka stress och sömnsvårigheter (14). I och med detta lades ytterligare fokus på det hälsoförebyggande arbetet på vårdcentralen, där bl a önskemål om en uppföljning och utvärdering av FaR framkom.

Vid en länsgemensam jämförelse gällande KVA-kodsregistrering i primärvården i Sörmland jan-sept 2013 låg Åsidans vårdcentral i det lägre intervallet gällande förskrivning av FaR med 53 registrerade recept. Detta att jämföra med 238 stycken registrerade FaR-förskrivningar under samma tidsperiod hos den vårdcentral med länets högsta FaR-förskrivningen.

Det finns därmed fokus på den fysiska aktivitetens betydelse för människors hälsa på både global, nationell och regional nivå. Det finns också ett flertal goda exempel på lyckade resultat på vårdcentralsnivå, vilka är omnämnda tidigare, (6,8-9) där olika hälsovinster påvisats med en ökad fysisk aktivitet som resultat av en ökad FaR-förskrivning. Den psykiska ohälsan ökar samtidigt bland Sveriges befolkning, vilket syns i de årliga rapporterna från SCB om levnadsvanor, ULF (14) och en stor andel av primärvårdens patienter söker hjälp för detta.

Syfte

Huvudsyftet med denna studie blev därför att studera hur patienter med psykisk ohälsa på vårdcentralen Åsidan 1) följde FaR-ordinationen, 2) vilka faktorer påverkade följsamheten hos denna patientgrupp samt om och i så fall 3) hur deras fysiska aktivitetsnivå och 4) livskvalitet påverkades av FaR.

Då för få ordinerade FaR utfärdades på indikationen psykisk ohälsa under studieperioden, utvidgades undersökningen till att beskriva förskrivningsmönstret av FaR gällande psykisk ohälsa gentemot de övriga diagnosgrupperna på Vårdcentralen Åsidan.

METOD

All berörd personal informerades skriftligt om projektet. De yrkeskategorier som skrev flest FaR på vårdcentralen (läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och kuratorer), samt FaR-koordinator (kontaktperson på vårdcentralen avseende FaR som ytterligare kan vägleda och följa upp patienter vid behov) informerades muntligt. Material för att underlätta FaR-förskrivning distribuerades.

Samtliga FaR förskrivna på Vårdcentralen Åsidans upptagningsområde 121221-131117 kopierades och sparades i en pärm och registrerades med avseende på kön, ålder, receptindikation, patientens egen målsättning med receptet, typ och mängd av fysisk aktivitet, samt vilken yrkeskategori som förskrivit receptet.

De patienter med psykisk ohälsa som fått FaR förskrivet fick en uppföljande enkät hemskickad efter FaR-förskrivningen. Med psykisk ohälsa menades symptom i form av stress, sömnbesvär, oro, ångest, nedstämdhet, utmattningssyndrom och depression. Både patienter med och utan farmakologisk behandling inkluderades. Om behov av FaR-koordinators insatser framkom vid FaR-förskrivningen kopplades denna in.

De patienter som fått FaR (Bilaga 1) pga psykisk ohälsa fick efter 3-6 månader en enkät hemskickad (Bilaga 2). Enkäten och korresponderande FaR numrerades för att kunna kopplas till vem som svarat vad men enkäten i sig innehöll inte personuppgifter. En påminnelse skickades ut vid uteblivet svar tre veckor till tre månader senare. Om inte heller denna enkät besvarats ringdes patienten upp i syfte att erhålla en så hög svarsfrekvens som möjligt.

Statistisk analys av materialet utfördes i statistikprogrammet SPSS.

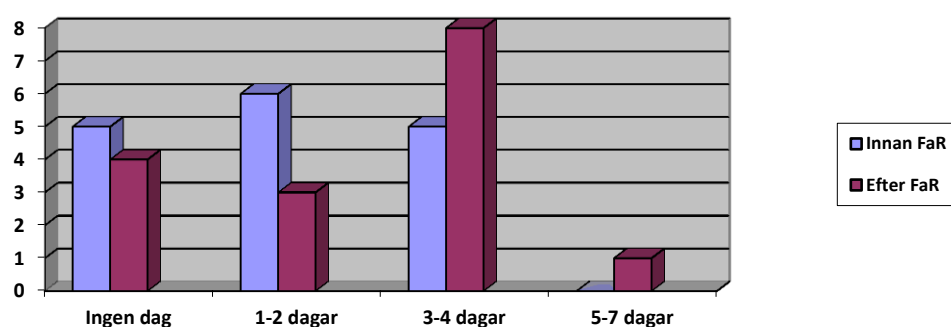
Enkätutskicken oidentifierades så långt som möjligt, utan personuppgifter, men ändå med ett system för att kunna koppla inkomna enkäter till förskrivet FaR (där personnummer finns angivet) och följa upp vilka patienter som svarat. I informationsbrevet som medföljde enkäten betonades frivilligheten att delta i undersökningen. Psykisk ohälsa kan ju dock för somliga patienter vara känsligt och patientens adress angavs på kuvertet som skickades ut och på den medföljande enkäten inuti fanns angivet att ämnet psykisk ohälsa berörs. Med brev som skickas ut finns ju också alltid en liten risk att de hamnar fel. Dessa båda faktorer kan möjligtvis ha uppfattats som stötande för vissa av patienterna. Telefonsamtal användes också som metod för uppföljning och även om den självklara frivilligheten att delta framfördes även här kan möjligen telefonsamtalet i sig innebära en ökad press att delta i studien jämfört med att endast erhålla enkätutskick. Bedömningen gjordes dock, trots dessa invändningar, att projektet låg inom ramen för utvärdering av den egna verksamheten och att etisk prövning därför inte var nödvändig.

RESULTAT

Under perioden 121221 tom 131117 förskrevs totalt 63 stycken FaR på vårdcentralen Åsidan. Patienterna som fick FaR var mellan 21 och 85 år gamla med medianvärdet 50 år (medelvärde 51). Majoriteten var kvinnor (48 stycken, 76 %).

Enkätutskick

Till de 21 patienter med psykisk ohälsa som fått ett FaR, skickades en enkät ut 3-6 månader efter receptförskrivningen. Totalt svarade 17 personer, (svarsfrekvens 81 %). Deltagarna var mellan 26 och 81 år, 17 var kvinnor och 16 var i arbetsför ålder. Av totalt 17 personer var tolv födda i Sverige och 15 av 17 hade ett BMI överensstämmande med övervikt eller fetma. Av de 17 studiedeltagarna upplevde 15 FaR-förskrivning som något positivt eller hade ingen åsikt gällande sin upplevelse, medan två upplevde den som negativ.



Figur1. Antal dagar med minst 30 minuters fysisk aktivitet av något slag innan och efter FaR-förskrivning.

Vid en jämförelse av aktivitetsnivå före och efter FaR-förskrivning (se Figur 1) sågs en tendens till ökning av den fysiska aktivitetsnivån generellt bland deltagarna.

Vardagsmotion förskrevs till 20 av 21 patienter med psykisk ohälsa och i 15 fall kombinerades detta med någon planerad motion/träning på en anläggning (t ex simhall, gympa eller bollsport).

Gällande följsamhet till förskrivet FaR angav nio av 17 att de följde receptet i någon mån, helt eller delvis. Av de åtta personer som angav sitt starkaste skäl till varför man följer FaR-ordinationen angav sju stycken att han/hon redan innan förskrivningen hade bestämt sig för att öka sin fysiska aktivitetsnivå. Som skäl till att inte följa FaR framfördes skälen ”motivationsbrist”, ”tidsbrist” samt ”sjukdom”.

Hälsotillståndet efter FaR-förskrivningen jämfört med innan skattades av majoriteten som oförändrat eller förbättrat, där sju upplevde en förbättring i någon mån och nio uppgav ett oförändrat hälsoläge.

Förskrivningsmönster

Störst andel kvinnor fanns i diagnosgrupperna psykisk ohälsa (17 av totalt 21 patienter) och muskuloskelettala besvär (17 av totalt 21 patienter), vilket också var de grupper som fick flest FaR förskrivna (Tabell 1). Endast nio av 63 angav önskemål om kontakt med FaR-kordinator på receptet.

Patientens huvudsakliga målsättning med FaR skiljde sig en del åt mellan olika diagnosgrupper (Tabell 1). De allra flesta av patienterna som fick FaR förskrivet på vårdcentralen, 57 av 63, fick någon form av vardagsmotion förskrivet, som ensam behandling eller i kombination med någon planerad motion.

Av sammantaget 63 patienter fick 53 någon form av planerad motion förskriven, vilket saknades i resterande fall. Frekvensen uppgavs i hälften av fallen till 1-2 gånger per vecka medan en knapp tredjedel förskrevs planerad motion i en högre frekvens än så. Styrketräning dominerade som typ av planerad motion och förekom i 51 av 63 fall, enbart eller delvis.

Diagnosgrupp	Förbättrad psykisk hälsa	Ökad fysisk ork	Minskad smärta	Minskad vikt	Sänkt blodtryck
Psykisk ohälsa (21 st) *	19	0	2	0	0
Muskeloskelettala besvär (21 patienter)	0	8	11	1	0
Övervikt (12 st)	0	1	0	11	0
Hypertoni (3 st)	0	0	0	0	3
Övrigt (6 st)	0	5	0	1	0
Totalt (63 st)	19	14	13	13	3

* Fått enkät

Tabell 1. Patienternas huvudsakliga målsättning med FaR-förskrivning i relation till diagnosgrupp.

Diagnosgrupp	Läkare	Sjukgymnast	Kurator	Övriga
Psykisk ohälsa	7	5	6	2
Muskeloskelettalt	1	20	0	0
Övervikt	5	3	0	4
Hypertoni	3	0	0	0
Övrigt	0	5	0	1
Totalt	17	33	6	6

Tabell 2. Diagnosgrupp i relation till förskrivaryrke

Som förskrivare av FaR dominerade sjukgymnasterna som yrkesgrupp. De förskrev tillsammans drygt hälften av alla FaR (33 stycken) under denna period (Tabell 2). Läkare på vårdcentralen förskrev under perioden 17 stycken FaR, i absoluta tal jämnt fördelade mellan de undersökta grupperna.

DISKUSSION

Studien visade att FaR användes som behandling vid psykisk ohälsa på Vårdcentralen Åsidan. Tillsammans utgjorde muskeloskelettala besvär och psykisk ohälsa de två största diagnosgrupperna där FaR används.

Följsamheten till FaR förskrivning hos patienter med psykisk ohälsa (även med så få studiedeltagare som denna studie här på Vårdcentralen Åsidan) verkade vara jämförbar med följsamheten till FaR bland primärvårdspatienter generellt samt till annan behandling av kroniska sjukdomar t ex farmakologisk (9). När man närmare studerade följsamheten fanns dock både likheter och skillnader med tidigare studier gjorda på ett oselektat primärvårdsmaterial. Det låga antalet studiedeltagare begränsade det vetenskapliga värdet av denna studie.

Tanken med studien var att enbart granska FaR-förskrivning till patienter med psykisk ohälsa med hjälp av enkätutskick. Målet var 40 patienter för att kunna dra statistiskt säkerställda slutsatser. Tyvärr lyckades vi tillsammans som förskrivare inte få ihop tillräckligt många lämpliga studiedeltagare trots flera åtgärder, i form av muntliga och skriftliga påminnelser till förskrivare på Vårdcentralen, för att öka FaR-förskrivningen både i allmänhet och till patienter med psykisk ohälsa i synnerhet.

Då vi endast samlade in 17 enkäter i stället för det uppsatta målet på 40 stycken minskade möjligheterna kraftigt till att kunna dra några slutsatser av de resultat som framkom i studien. För att kunna arbeta med ett större patientmaterial och i några parametrar få lite större statistisk säkerhet utvidgades studien till att även inkludera samtliga förskrivna FaR (63 stycken) under samma tidsperiod. Antalet parametrar som då kunde jämföras bland samtliga förskrivna FaR blir dock begränsade. Recepten utfärdades också av olika personer vilket kan göra att de fylldes i och tolkades lite olika beroende på den enskilde förskrivaren.

Enkätmetoden i sig hade brister. Vissa frågor kunde tolkas och fyllas i olika beroende på deltagaren och i de fall språksvårigheter förekom kunde dessa ytterligare försvåra i sammanhanget. Det kunde ju också vara så att en viss subgrupp av studiepopulationen hade en högre benägenhet att ta sig tid och fylla i och återsända enkäten. Dessa faktorer samt det låga antal deltagare i studien gjorde att slumpens inverkan bedömdes kunna vara stor, vilket naturligtvis kraftigt begränsade den statistiska styrkan.

Tidpunkterna för enkätutskick varierade ganska kraftigt, så även tidsintervallen mellan det första utskicket och en eventuell påminnelse. Dessa olika förutsättningar kan också ha påverkat utfallet. Att jag också använde mig av telefonsamtal som en väg att få in svar kan också ha påverkat utfallet. Detta rörde sig dock endast om tre fall varav endast en patient vid den telefonkontakten muntligen ville svara på enkätfrågorna.

En styrka med studien är dock att svarsfrekvensen i sammanhanget var relativt hög (81%) vilket ändå, utifrån det låga antalet förskrivna FaR till patienter med psykisk ohälsa ändå gav oväntat stort antal ifyllda enkäter att använda.

Följsamhet

I en tidigare svensk studie på området, skattades följsamheten till 56% (9) vilket är i nivå med denna studie på ett mer selektat patientmaterial. I en annan studie (8) har den genomsnittliga följsamheten i oselektat primärvårdsmaterial skattats till 65%, vilket är något högre följsamhet jämfört med både tidigare studier av följsamhet till FaR, men också jämfört med

farmakologisk behandling av kronisk sjukdom. Vid subgruppering i tidigare studier hade en ökad följsamhet också kunnat urskiljas bland patienter med diabetes och högt blodtryck jämfört med patienter som led av någon typ av mental påverkan (9). Övriga delresultat gällande följsamhet i denna studie jämfört med tidigare studier var delvis samstämmiga, (8,9) delvis icke samstämmiga (9,10). Hade detta sin förklaring i att endast en diagnosgrupp hade studerats? Fanns andra tänkbara förklaringar? Den påverkan som fysisk aktivitetsnivå innan förskrivning i tidigare studier setts ha koppling till följsamheten ses inte säkert här. Å andra sidan har tidigare studier visat att den faktiska skattade ökade aktivitetsnivån efter FaR-förskrivning (oberoende av den skattade följsamheten) ändå varit lika i de olika grupperna.

Den starkaste faktorn till att följa FaR i denna studie var att patienten i fråga redan innan receptförskrivningen bestämt sig för att öka sin fysiska aktivitet. Att den position man befinner sig i gällande förändringsbenägenhet har stor betydelse för följsamheten till FaR har också visats i tidigare studier i primärvårdsmiljö (8). I samma studie såg man liksom i denna också ett förbättrat skattat hälsotillstånd efter den ökade fysiska aktivitetsnivån som skett efter FaR-förskrivning och majoriteten av patienterna som skattat så har gjort en koppling mellan sitt ökade välbefinnande och den ökade fysiska aktiviteten. Om det ökade välbefinnandet beror på den ökade fysiska aktivitetsnivån i sig eller om någon del i FaR-förskrivningen i sig kan ha bidragit kan inte utifrån denna studie dras några slutsatser om.

I denna studie sågs den högsta följsamheten hos patienter med psykisk ohälsa bland dem som fått en kombination av vardagsmotion och planerad motion. Lägst följsamhet ses hos de patienter som endast fått vardagsmotion förskrivet, vilket är diametralt motsatta resultat jämfört med tidigare studier där förskriven vardagsmotion kopplats till högst följsamhet (9,17). Dock ses i en annan studie (10) att i grupper med låg motivation var följsamheten större till institutionsbaserad fysisk aktivitet jämfört med hembaserad fysisk aktivitet. Den här studien är dock liten och slumpens inverkan åt flera håll kan därmed ha större betydelse i detta specifika fall än i en större studie.

Å ena sidan då primärvårdspatienter med psykisk ohälsa inte tidigare studerats som grupp kan det ju möjligen finnas skillnader jämfört med ett oselektat material, både avseende följsamhet och motivation. Å andra sidan kan förskrivarens bedömning av fysisk förmåga, motivation och förmåga till förändring hos denna patientgrupp jämfört med övriga patientgrupper kan också påverka receptets utformning. Patienter som bedömdes som mer motiverade, med en högre fysisk prestationsförmåga och där förmågan till förändring skattades högre redan från början kanske också i högre utsträckning fick en kombination av aktiviteter förskrivna. För att möta en patient som är i ett sämre utgångsläge kan förskrivaren möjligen i högre utsträckning ha valt en lägre utgångsnivå och då varit mer benägen att förskriva endast vardagsmotion. Grupperna kanske därför inte blev riktigt jämförbara utan en viss selektion som kan ha haft betydelse för följsamheten kanske redan från början skedde till kombinationsbehandlingens fördel. Att förskriva institutionsbaserade aktiviteter i högre utsträckning i de fall man bedömt patienterna som mindre motiverade har inte förekommit i detta patientmaterial, men kan kanske vara tankeväckande för framtiden.

Förskrivningsmönster

Vid jämförelse av förskrivningsmönster avseende FaR mellan patienter med psykisk ohälsa jämfört med övriga diagnosgrupper på Vårdcentralen Åsida finns skillnader både avseende förskrivaryrke och typ och omfattning av den eller de aktiviteter som förskrivs. Patienternas målsättning med FaR skiljde sig kraftigt åt mellan diagnosgrupperna, men i regel förelåg en samstämmighet mellan den enskilda patientens målsättning och receptets indikation. Detta

skulle kunna tyda på att patienten kunde påverka receptets utformning och därmed kunde den enskildes egen motivation utnyttjas vid förskrivningen. Att kuratorerna på vårdcentralen endast förskrivit FaR på indikationen psykisk ohälsa samt att sjukgymnaster dominerade som förskrivaryrke till övriga patientgrupper kan också ha bidragit till skillnader i förskrivningsmönster.

Slutsatser

FaR föreföll vara ett verktyg som användes av olika förskrivaryrken såväl vid psykisk ohälsa som vid andra stora diagnosgrupper på Vårdcentralen Åsidan. Vid förskrivning av FaR verkade en samstämmighet finnas mellan förskrivarens indikation till receptet och patientens eget uppsatta mål med det samma. FaR såg ut att följas av patienterna med psykisk ohälsa i ungefär samma utsträckning som annan behandling som kunde förskrivas. FaR gav intryck av att följas i högre utsträckning av de patienter som själva redan innan förskrivningen var motiverade till förändring av den fysiska aktivitetsnivån. FaR tycktes ge effekt genom en ökad fysisk aktivitet och patienterna föreföll åtminstone inte uppleva sitt hälsotillstånd som försämrat efteråt.

REFERENSER

1. World Health Organisation. The world Health Report 2002. s 73: Geneva: World Health Organisation; 2002.
2. World Health Organisation. The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life s 10: Geneva: World health Organisation; 2002.
3. Kallings L V och Leijon M E, Erfarenheter av fysisk aktivitet på recept (FaR) 2003. Statens folkhälsoinstitut 2003. s 9-10.
4. <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2014/07/Mer-an-bara-ett-recpt/>. Available from 140916.
5. Statens folkhälsoinstitut, Yrkesföreningar för Fysisk aktivitet. FYSS Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling.
6. Kallings L V, Leijon M, Hellénus M.-L, Ståhle A. Physical activity on prescription in primary health care: A follow-up of physical activity level and quality of life. Scandinavian Journal of Medicine and Science in sports 2008; 18: 154-161.
7. Leijon M E, Stark- Ekman D, Nilsen P, Ekberg K, Walter L, Ståhle A, Bendtsen P. Is there a demand for physical activity interventions provided by the health sector? Findings from a population survey. BMC Public Health 2010;10 :3-4.
8. Kallings L V, Leijon M. E, Kowalski J, Hellénus M.-L, Ståhle A. Self-reported Adherence: A Method for evaluating Prescribed Physical activity in Primary Care Patients. Journal of Physiscal Activity and Health 2009;6: 483-492.
9. Leijon M E, Bendtsen P, Ståhle A, Ekberg K, Festin K, Nilsen P. Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care. BMC Family Practice 2010;-11: 38.
10. Leijon M E, Faskunger J, Bendtsen P, Festin K, Nilsen P. Who is not adhering to physical activity referrals, and why? Scandinavian Journal of Primary Health Care 2011; 29: 234-240.
11. Lassenius O. Self-Reported health and physical activity among community mental health care users. Journal of psychiatric mental nurses 2013; 20: 82-90.
12. Rimer J, Dwan K, Lawlor DA, Greig CA, McMurdo M, Morley W, Mead GE. Exercise for depression. Cochrane Database review 2012; 11:7.
13. Passos GS, Poyanes DL, Santana MG, Tufik S, Mello MT. Is exercise an alternative treatment for chronic insomnia. Sleep medicine 2011.
14. <http://www.scb.se/sv /Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/>. Available from 1405611.
15. <http://www.landstingetsormland.se/Paverka-sjalv/Halsoframjande-landsting/Diplomerade-halsocentraler/> Available from 140611
16. Läkemedelsverket. Läkemedelsboken. Kapitlet om smärta och smärtbehandling. http://www.lakemedelsboken.se/q1_sma_smartbehandl_2013fm10.html?search=&iso=false&imo=false&nplId=null&id=q1_5. Available from 140626.
17. Leijon M E, Bendtsen P, Nilsen K, Festin K, Ståhle A. Does a physical activity referral scheme improve the physical activity among routine primary health care patients? Scandinavian journal of Medicine and Science in sports 2009; 19: 627-636.

Enkät om Fysisk aktivitet på recept (FaR)

För ungefär tre månader sedan fick Du ett recept på fysisk aktivitet förskrivet på vårdcentralen Åsida. Som en del i vårt kvalitets- och utvecklingsarbete på vårdcentralen följer vi nu upp hur recept på fysisk aktivitet upplevs och följs av patienterna. Därför ber vi dig nu att delta i denna enkätundersökning.

För att kunna genomföra studien kommer de två personer som hanterar enkäten att även behöva ta del av receptet som Du fått förskrivet. Receptförskrivaren kommer däremot inte att kunna se hur du svarat i enkäten. Ditt deltagande är naturligtvis helt frivilligt, men alla svar är betydelsefulla oavsett upplevelsen av att få fysisk aktivitet på recept och oavsett i vilken utsträckning ordinationen följts.

Formuläret består av 16 frågor och tar drygt fem minuter att fylla i. Om Du har kvar ditt recept kan det underlätta att titta på det när Du fyller i frågeformuläret.

1. Ålder: _____ år
2. Kön: ☐ man ☐ kvinna
3. Sysselsättning:
 - ☐ Förvärvsarbetande
 - ☐ Studerande
 - ☐ Sjukskriven (från vad?) _____
 - ☐ Arbetssökande
 - ☐ Ålderspensionär
 - ☐ Annat
4. Född i Sverige: ☐ ja ☐ nej
5. Längd: _____ cm och vikt: _____ kg
6. Rökvanor:
 - ☐ Aldrig rökt
 - ☐ Före detta rökare
 - ☐ Röker i nuläget
7. Utbildningsnivå:
 - ☐ Fullföljt grundskolan
 - ☐ Fullföljt gymnasiet
 - ☐ Fullföljt högskole/universitetsstudier
 - ☐ Annat
8. Civilstånd:
 - ☐ Ensamstående
 - ☐ Gift/ Sammanboende
 - ☐ Annat

9. Hur många dagar per vecka ansträngde Du dig, till en sådan grad att Du blev varm (t ex rask promenad, cykling, simning, tungt hushållsarbete, trädgårdsarbete eller liknande) under minst 30 min, veckan/veckorna innan Du fick receptet?
- ☐ Ingen dag per vecka
 - ☐ 1-2 dagar per vecka
 - ☐ 3-4 dagar per vecka
 - ☐ 5-7 dagar per vecka
10. Hur många dagar per vecka anstränger Du dig i nuläget till en sådan grad, att Du blir varm under minst 30 min?
- ☐ Ingen dag per vecka
 - ☐ 1-2 dagar per vecka
 - ☐ 3-4 dagar per vecka
 - ☐ 5-7 dagar per vecka
11. Vilken typ av fysisk aktivitet har Du huvudsakligen ägnat dig åt sedan receptet utfärdades:
- ☐ Vardagsmotion/ hembaserade egna aktiviteter (som tex promenad, cykling och liknande.
 - ☐ Träning/ motion på anläggning (som tex simning, gympa, bollsporter och liknande)
 - ☐ En kombination av båda ovanstående
12. Vilken är din egen totala upplevelse av att ha fått ett recept på fysisk aktivitet?
- ☐ Mycket positiv
 - ☐ Något positiv
 - ☐ Ingen åsikt
 - ☐ Något negativ
 - ☐ Mycket negativ
13. Följer Du (enligt din bedömning) receptet?
- ☐ Jag följer receptet
 - ☐ Jag följer receptet, men har bytt typ av aktivitet
 - ☐ Jag följer receptet delvis
 - ☐ Jag följer inte receptet

Om Du fyllt i något av de två nedre alternativen i fråga 13, gå vidare till fråga 15.

14. Vilket är ditt starkaste skäl till att Du följer receptet?
- ☐ Jag hade redan innan jag fått receptet bestämt mig för att öka min fysiska aktivitet
 - ☐ Samtalet vid receptförskrivningen
 - ☐ Receptet/receptblanketten i sig
 - ☐ Ökad kunskap om effekten av fysisk aktivitet.
 - ☐ Uppföljning av förskrivare/FaR-koordinator
 - ☐ Annat skäl_____

Om Du svarat på denna fråga, gå vidare till fråga 16

15. Varför har Du inte följt receptet:
- ☐ Sjukdom
 - ☐ Tidsbrist

- ☐ Ej passande typ av fysisk aktivitet
- ☐ Brist på motivation
- ☐ Annat skäl _____

16 a. Hur uppfattar Du ditt totala hälsotillstånd nu jämfört med innan receptföreskrivningen?

- ☐ Förbättrat
- ☐ Oförändrat
- ☐ Försämrat

b. Om Du kryssat i det översta alternativet i 16 a, upplever Du i så fall att det finns en koppling mellan denna förbättring och din ökade fysiska aktivitet?

- ☐ ja
- ☐ nej

Har Du frågor eller funderingar angående frågeformuläret är Du välkommen att ringa till oss på tel nr 0155-245211 och lämna namn och personuppgifter så får Du kontakt med en sjuksköterska som kan hjälpa till att svara på dina frågor!

Tack för din medverkan!

Med vänliga hälsningar
Camilla Alenius ST-läkare

Vårdcentralen Åsida