

Fysisk aktivitet på recept kan ge stora vinster

Helene Bengtsson & Camilla Svensson

Idrottsvetenskap, Malmö högskola

Publicerad på Internet, www.idrottsforum.org (ISSN 1652-7224) 2006-09-27

Copyright © Helene Bengtsson & Camilla Svensson 2006. All rights reserved. Except for the quotation of short passages for the purposes of criticism and review, no part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission of the author.

Välfärdssjukdomar, eller välevenadssjukdomar – när dök de upp för första gången? Och när identifierades de för första gången? Det är inte helt lätt att sätta ett datum på det, men de har varit kända länge nog, vill man tro, för att vi bättre borde kunna handskas med problemen. Allt talar emellertid för att vi har misslyckats i det hänseendet. År 2003 beräknades sjukvårdskostnaderna i Sverige för fetma och övervikt till i runda slängar tre miljarder kronor; det innefattar vård vid bland annat diabetes typ 2, högt blodtryck, stroke, kärlkramp och akut hjärtinfarkt. Och de här sjukdomarna uppvisar inte en vikande tendens, tvärtom. Så vad är det som krävs för att komma till rätta med orsakerna bakom de här olika sjukdomarna?

Det är uppenbart att det erfordras kraftfulla insatser för att hejda utvecklingen av övervikt och fetma i befolkningen. Och man måste angripa problemet från flera håll. En åtgärd är att stimulera till fysisk aktivitet – vilket i sig är problematiskt – och en väg att gå är att läkare förskriver fysisk aktivitet på recept, FaR. Helene Bengtsson och Camilla Svensson, som läst idrottsvetenskap vid Malmö högskola, har studerat detta sentida fenomen i Skåne län; hur läkarna agerar, hur de ser på FaR som behandlingsmetod, hur samarbetet mellan hälso- och sjukvården och idrottens organisationer fungerar. Mot bakgrund av en enkätstudie som riktade sig till primärvårdsläkare skrev Bengtsson och Svensson sin examensuppsats om hinder och möjligheter när det gäller att använda fysisk aktivitet på recept för att behandla vissa sjukdomar, och i föreliggande artikel redovisar de sina resultat, där en övergripande slutsats är att en förbättrad användning av FaR skulle innebära väsentliga samhällsekonomiska besparingar.

Inledning

I takt med ett allt mer stillasittande liv är daglig fysisk aktivitet inte lika självklart som förut. Detta faktum är dock inte något nytt och inte heller det centrala i denna uppsats. Med denna studie vill vi snarare bidra till att utveckla en arbetsmetod med stor potential inom breddidrotten och för folkhälsan i Sverige. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är den arbetsmetod vi talar om, som i skrivandets stund integreras i den ordinarie verksamheten inom hälso- och sjukvården i samarbete med idrottsrörelsen. Denna utveckling är resultatet av att människans eget ansvar för fysisk rörelse suddats ut och i stället kommit att bli ett samhällsansvar – och ett samhällsproblem.

Människokroppen är skapad för att vara fysiskt aktiv,¹ ett faktum som kan knytas till mänsklighetens historia. Vår naturliga livsstil har dock de senaste decennierna drastiskt förändrats till ett mer stillasittande leverne. Denna tendens är både onaturlig och kan ses som direkt farlig ur ett folkhälsoperspektiv. Enligt World Health Organisation (WHO) är 50% av jordens befolkning så pass inaktiva att de har en ökad risk för prematur död. Inom WHO har man till och med gått så långt som att likna den globala fetman vid en epidemi.²

Då inaktivitet kommit att bli ett folkhälsoproblem, inte minst i Sverige, har ett flertal folkhälsoprojekt lanserats genom åren. Det är bevisat att individen, genom att ägna sig åt regelbunden fysisk aktivitet, kan öka sitt psykiska välbefinnande samt förbättra möjligheterna till att vidmakthålla funktionsförmåga och oberoende längre in i ålderdomen.³

FaR är ett resultat av folkhälsoprojektet *Sätt Sverige i rörelse*. Syftet med projektet är att förändra attityden till fysisk aktivitet, samt att få till stånd en långsiktig beteendeförändring hos den svenska befolkningen.⁴ Den patientgrupp som FaR riktar sig mot är främst patienter med risk för diabetes typ II, hjärt- kärlsjukdomar, övervikt/fetma, osteoporos samt depressioner. I verkligheten fungerar FaR som så att patienter som söker vård inom hälso- och sjukvården får ett recept på fysisk aktivitet, istället för eller som ett komplement till farmaceutiska preparat.⁵ En viktig förutsättning för att FaR skall kunna fungera väl är att patienten har goda möjligheter att ”lösa in” sitt recept hos exempelvis lokala idrottsföreningar.⁶

All legitimerad personal inom hälso- och sjukvården kan förskriva FaR. Exempel på sådan personal är läkare, sjukgymnaster och sjuksköterskor.⁷ Läkarna är den yrkeskår som har högst status inom hälso- och sjukvården,⁸ och forskning visar klart att patienter är positiva till rådgivning om fysisk aktivitet som förmedlas av läkare.⁹ Samtidigt visar studier att läkare är den yrkeskår som är minst benägna att använda sig av den här metoden i sitt arbete, något som förklaras med att läkare är alldeles för läkemedelsinriktade.¹⁰ Av denna anledning anser vi det vara av stor vikt att lokalisera och dokumentera läkarnas åsikter, inställningar och attityder i arbetet med FaR, med förhoppning att kunna utveckla metoden till det bättre.

Den elektroniska enkät som denna studie grundas på nådde sammanlagt 163 verksamma primärvårdsläkare inom Region Skåne. Av dessa slutförde endast 69 respondenter enkäten. De som inte slutförde enkäten valde vi att utesluta ur vår studie. Studien har därmed en svarsfrekvens motsvarande 42,3%. Svarsfrekvensen representerar vidare 18,2% av det totala antalet verksamma läkare inom primärvården i hela regionen. Då studien i första hand inbegriper läkare som är positivt inställda till metoden (95,7%), kan vi inte generalisera

1 Enligt Svenska Läkaresällskapet rekommenderas vuxna människor att vara i rörelse minst 30 minuter varje dag, alternativt 3,5 timmar i veckan. V. Kallings & Leijon, *Erfarenhet av fysisk aktivitet på recept – FaR*, 2003, s. 21. Denna definition är dock utvecklad i vår studie: Vuxna bör vara i rörelse minst 30 minuter varje dag, alternativt 3,5 timmar i veckan. Detta kan dock delas upp, den dagliga aktiviteten kan alltså bestå av 2x15 minuter eller 3x10 minuter.

2 Ståhle (Red.), *FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*, 2003, s. 33.

3 Artikel: L. Dunn m.fl. *Exercise Treatment for Depression*, 2005, s. 1.

4 Uppsats: Folkesson, *Familjeläkarens syn på fysisk aktivitet på recept (FaR)*, 2004, s. 10.

5 Steffensen, *FaR®-projektet, 2003 Ystad-Österlens Sjukvårdsdistrikt. En sammanställning*, 2003, s. 3f.

6 Uppsats: Folkesson, 2004, s. 5.

7 Samtal: Andersson, 2006-03-07.

8 Hallin & Siverbo, *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*, 2003, s. 55ff.

9 Uppsats: Folkesson, 2004, s.3f.

10 Artikel: Zollitsch Grill, *Det är en revolution att motion blivit evidensbaserat*, 2006, s. 16.

resultatet för den totala populationen. Däremot kan studien visa inställning och åsikter som är representativa för de läkare som är positiva till arbetsmetoden.

Resultat, analys och diskussion

Resultatet av vår studie är att läkares personliga relation och erfarenhet av fysisk aktivitet och idrott påverkar deras inställning till arbetet med FaR. Detta resonemang får dessutom stöd från respondenterna själva. En läkare svarade exempelvis: ”Jag tror att inställningen till FaR beror på den egna erfarenheten av motion och dess inverkan på hälsan.”

Vi menar att de läkare som har en positiv inställning till FaR har detta eftersom fysisk aktivitet är ett viktigt inslag i deras egen vardag. Människan lär som hon lever. Om läkaren själv inte ägnar sig åt fysisk aktivitet avspeglas detta i mötet med patienten. Det säger sig kanske självt – hur skall man kunna vägleda någon annan till fysisk aktivitet, när man inte själv är motiverad? Om tanken är att FaR skall integreras i den ordinarie verksamheten, borde just de läkare som är positivt inställda till metoden få träffa de patienter som FaR riktar sig mot. Vi anser det alltså vara en stor svaghet i metoden de som bäst behöver den behandling FaR innebär får träffa ”fel” läkare. Och det borde ligga i Region Skånes eget intresse att utreda och korrigera detta problem. Att enstaka läkare, som framgår av studien, inte är fysiskt aktiva, trots studiens lågt ställda definition på fysisk aktivitet, anser vi vara anmärkningsvärt med tanke på deras yrkesroll.

Resultatet visar tydligt att det finns utomstående faktorer som påverkar förskrivningsstatistiken inom Region Skåne. Trots att nästan samtliga läkare är positivt inställda till metoden (95,7% av respondenterna) och samtidigt är fysiskt aktiva, förskriver långt ifrån alla FaR. Hela 49% av respondenterna har *inte* förskrivit ett enda FaR den senaste månaden. Majoriteten därutöver (38,8%) har förskrivit mellan ett och två FaR under samma tidsperiod. Förskrivningen av FaR är låg i relation till antalet farmaceutiska recept som förskrivs. Hela 71,4% av läkarna träffar samtliga patientgrupper som FaR riktar sig till. Trots detta förskriver merparten av respondenterna mer än 25 farmaceutiska recept i månaden. Slutsatsen är alltså att utomstående faktorer påverkar förskrivningsmöjligheterna. Läkarnas argument mot att inte förskriva FaR är främst tids- och kunskapsbrist. Att övertyga patienter om att det är fysisk aktivitet och inte piller som är medicinen tar lång tid. Brist på motivation till fysisk aktivitet hos läkarnas patienter är nämligen relativt genomgående.

Vad gäller kunskapsbristen anser läkarna själva att FaR är en arbetsmetod som inte är tillräckligt väl strukturerad och inarbetad inom regionen. Merparten anser sig nämligen vara ovana och menar att de inte har tillräcklig kunskap för att i verkligheten kunna förskriva FaR. Cirka 70% av respondenterna har genomgått utbildning i hur man arbetar med FaR inom hälso- och sjukvården. Tre av tio har alltså inte genomgått någon utbildning, och av dessa har merparten inte heller blivit erbjuden något sådant. Utbildning och uppföljning av metoden är däremot något som läkarna i hög grad efterfrågar, främst för att kunna förbättra arbetet med FaR, så att fler läkare använder sig av metoden.

I utbildningsfrågan efterfrågas även starkt kontakten med de certifierade FaR-ledarna som ideellt arbetar ute i idrottsföreningar med de diagnostiserade patienterna. I dagsläget har endast 7,2% av läkarna kontakt med ledarna, men av resterande skulle två av tre gärna vilja träffa dem. Merparten av läkarna anser att kontakt med FaR-ledarna kan skapa en so-

cial gemenskap. Vi menar att denna gemenskap kan bilda ett nätverk som utgör en grund för att arbetet med FaR kan fortskrida. Hälso- och sjukvården och idrottsrörelsen är de aktörer som arbetar med FaR, och de är ömsesidigt beroende av varandra i det arbetet.

Därför menar vi att Region Skåne tillsammans med Skåneidrotten i framtiden bör sträva efter att relevanta aktörer hos båda parterna möts vid till exempel ett utbildningstillfälle, med målet att skapa social gemenskap och personliga nätverk. Detta skulle förhöja känslan av trygghet i metoden, vilket vi ser som en nödvändig förutsättning för att metoden skall kunna utvecklas och spridas. Idag är läkarnas generella uppfattning om vem som är FaR-ledare och vad deras uppgifter är mycket otydlig.

Undersökningen innefattar även en kartläggning av arbetet med FaR i de olika sjukvårdsdistrikten. Denna visar tydligt att läkarna arbetar med FaR i olika utsträckning beroende på vilket sjukvårdsdistrikt de tillhör, beroende på hur långt hälso- och sjukvården har kommit i arbetet med metoden. I samband med detta visar resultatet dessutom att läkarna har fått och blivit erbjudna utbildningar i olika utsträckning beroende på var de arbetar. Från resultatet kan vi utläsa hur viktigt det är att läkarna i sitt arbete påminns om FaR. Metoden har ju funnits förhållandevis kort tid jämfört med farmaceutiska preparat. Kontinuerliga uppföljningar och utbildningar är något vi tror kan förhindra att FaR alltså kommer i skuggan av traditionell läkemedelsbehandling.

Ett omdebatterat ämne inom sjukvårdspolitiken är läkares prestationsfinansieringssystem. Som forskning visar motiveras läkarna till att förskriva farmaceutiska preparat i förhållande till organisationens intäkter.¹¹ Kanske måste FaR slå sig in i denna rulljans för att kunna konkurrera med redan etablerade farmaceutiska preparat? Frågan som vi vill lyfta är alltså om läkare blir mer benägna att förskriva FaR om metoden ingår i ett provisionssystem.

I dagsläget har Skåneidrotten utbildat 250 FaR-ledare i hela Skåne, som alla är redo att ta emot patienter med behandlingen FaR.¹² Då hälso- och sjukvården inte i tillräckligt stor utsträckning förskriver fysisk aktivitet för att aktivera dessa FaR-ledare, innebär det att merparten idag inte kan nyttja sina kompetens, som därmed riskerar att bli inaktuell. Vi tror att detta inom snar en framtid kan komma att innebära att intresset för denna verksamhet kommer att minska inom idrottsrörelsen. Är detta verkligen samhällseffektivt? Skall ideella FaR-ledare och utbildare lägga ner en massa tid för en samhällsnyttig insats som sedan inte används?

Resultatet av denna studie visar vidare att läkarna generellt anser det vara svårt att motivera patienterna till fysisk aktivitet i medicinerande syfte. Ett argument är att patienterna är ”fattiga”, vilket innebär att de inte har råd med att lösa ut sitt FaR eller att bli medlem i en idrottsförening. Vi vill dock ifrågasätta om farmaceutiska preparat är en billigare metod för patienterna. Också farmaceutiska preparat kostar pengar; skillnaden är att det finns ett högkostnadsskydd för traditionella läkemedel. Idrotten och den fysiska aktiviteten bör därför i framtiden klassificeras som läkemedel och ingå i högkostnadsskyddet. Det är ett läkemedel som redan är väl etablerat, som fungerar av egen kraft och som dessutom ”botar” ett flertal sjukdomar. Redan nu gynnas samhället och folkhälsan av att en stor andel människor finns i den organiserade idrottsrörelsen, vilket innebär stora indirekta besparingar för staten. Enbart sjukvårdskostnaden i den skånska regionen uppgår till cirka sex miljarder årligen.¹³ Vi

11 Hallin & Siverbo, 2003, s. 130ff.

12 Samtal: Andersson, 2006-04-28

13 Artikel: Gertten, 2001.

menar att man genom att aktivera de individer som ingår i patientgrupperna vilka FaR riktar sig till, med användande av idrottsföreningarna, i framtiden kan spara in en del av dessa pengar.

Region Skåne är en politisk organisation vars verksamhet till betydande del handlar om förebyggande sjukvård. Folkhälsotänkandet genomsyrar alla nivåer inom hälso- och sjukvården och visionen är att detta i framtiden skall leda till minskade sjukvårdskostnader. Denna studie mötte motstånd från en primärvårdschef vars arbetsuppgift är att delegera och ansvara för att ovan nämnda politik skall kunna integreras inom sjukvårdsdistriktet. I arbetet med FaR är det viktigt, anser vi, att individer på alla nivåer som arbetar med metoden har en positiv inställning till den.

Framtida vision

Det är på basis av resultaten av vår studie rimligt att hävda att FaR-metoden kan utvecklas och spridas. Varken Skåneidrotten eller Region Skåne har tidigare varit medvetna om läkarnas behov av att vilja träffa FaR-ledarna. Därutöver har studien bidragit till den kartläggning som gjorts. I dagsläget finns det ingen annan statistik som kan jämföras med vår studie. Denna studie är således den första dokumentation som gjorts för att kartlägga läkarnas arbete och inställningar till FaR inom Region Skåne.

Ökad fysisk aktivitet bland Sveriges invånare skulle innebära enorma ekonomiska vinster för samhället. Som exempel vill vi visa hur Region Skåne skulle kunna öka andelen fysiskt aktiva. Hälso- och sjukvården har 79 verksamma vårdcentraler i Skåne. Låt oss anta att varje vårdcentral skulle förskriva ett FaR om dagen, det vill säga cirka 28 000 FaR årligen. Räknar man sedan med att följsamheten är 50%, innebär det att idrottsrörelsen skulle kunna aktivera mer än 14 000 personer på endast ett år. För att dessa siffror skall kunna bli verklighet krävs dock, som nämnts tidigare, att FaR-metoden utvecklas inom organisationen. Detta är möjligt först när man byggt ett stabilt nätverk mellan hälso- och sjukvården och idrotten.

Referenser

- Andersson, Maria. Utvecklingskonsulent, Skåneidrotten. Samtal 2006-03-07/2006-04-28.
- Dunn, Andera L., H. Trivedi, Madhukar, MD, B. Kampert, James, Clark, Camillia G.& Chambliss (2005) "Exercise Treatment for Depression" i *American Journal of Preventive Medicine*. Nr. 1. Sid. 1.
- Folkesson, Malin (2004). *Familjeläkarens syn på fysisk aktivitet på recept (FaR)*. Magisteruppsats. Högskolan Halmstad, Halmstad.
- Gertten, Fredrik (2001) "Världen billigaste läkemedel" *Kvällsposten*.
Publicerad den 21 oktober 2001.
- Hallin, Bo & Siverbo, Sven (2003). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur: Lund.
- Kallings, Lena V. & Leijon, Matti (2003). *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept – FaR®*. Statens Folkhälsoinstitut: Stockholm.
- Steffensen, Helén (2003). *FaR®-projektet, 2003 Ystad-Österlens Sjukvårdsdistrikt. En sammanställning*. Skåneidrotten: Malmö.
- Ståhle, Agneta (Red.) (2003). *FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). Statens Folkhälsoinstitut: Stockholm.
- Zollitsch Grill, Hilda (2006) "Det är en revolution att motion blivit evidensbaserat" *Sjukgymnasten*. Nr. 1. Sid. 16.