

FaR-Slit det med hälsa!

En litteraturöversikt om patienters adherence till förskriven fysisk aktivitet

FÖRFATTARE	Jon Mörner Klara Rafstedt
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad, OM5250
	VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Harshida Patel
EXAMINATOR	Lars Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	FaR – Slit det med hälsa! En litteraturöversikt om patienters adherence till förskrivna fysisk aktivitet.
Title (English):	PaR – Wear It with Health! – A systematic review on patient adherence towards physical activity referral.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
kursbeteckning:	Examensarbete i omvårdnad – OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	24 sidor
Författare:	Jon Mörner och Klara Rafstedt
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Lars Persson

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrund: Sjukvården har en viktig roll i att främja fysisk aktivitet hos populationen. Fysisk inaktivitet är ett växande problem i världen och är en starkt bidragande orsak till många av de välfärdssjukdomar som allt fler människor drabbas av. Fysisk aktivitet på recept (FaR) växer allt mer fram som en behandlingsform många hoppas på ska kunna förbättra hälsan eller i bästa fall förebygga sjukdomar. **Syfte:** Syftet är att undersöka huruvida studier som gjorts kring FaR och andra varianter på fysisk aktivitet på recept kunnat påvisa någon ökad *adherence* hos patienter som mottagit ett skrivet recept på aktivitet i stället för standardiserad vård om fysisk aktivitet. **Metod:** 13 artiklar ingick i en litteraturöversikt. Artiklarna, som valdes genom en systematisk litteratursökning, genomgick en innehållsanalys i syfte att hitta likheter och skillnader mellan dem. **Resultat:** Patienter som blivit förskrivna FaR ökade sin fysiska aktivitetsnivå mer än kontrollgrupperna. Äldre patienter (<50 år) och de som förskrevs annan aktivitet än anläggningsbaserad blev mer aktiva. Adherence ökar mer ju äldre patienten är. Om receptet är utskrivet av en sjuksköterska, förskrivet på grund av metabola eller endokrina sjukdomar, eller om patienten hade en högre aktivitetsnivå vid baslinjen, hade positiv inverkan på adherence. **Slutsats:** FaR är en effektiv metod för att öka patienters fysiska aktivitetsnivå och adherence till fysisk aktivitet.

Nyckelord: FaR, fysisk aktivitet på recept, fysisk aktivitet, adherence, hälsa

FÖRORD

Vi vill börja med att tacka våra kurskamrater och samtida uppsatsskrivare, John Thunberg och Ronny Åkesson, för att ha livat upp gråa vinterdagar i biblioteket på Hälsovetarbacken, och för trevligt sällskap under välförtjänt långa luncher. Tack även till vår handledare Harshida Patel för att du verkat som ett bollplank under processen och låtit oss arbeta i vår takt.

INNEHÅLL	SID
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
FaR (Fysisk aktivitet på recept)	2
Adherence	4
Teoretisk referensram	5
<i>Orems egenvårdsteori</i>	5
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	6
VALD METOD	6
URVAL	7
DATAINSAMLING	7
KVALITETSGRANSKNING OCH ANALYS	7
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN	8
RESULTAT	8
FÖRÄNDRINGAR I AKTIVITETSNIVÅ	9
ADHERENCE TILL FAR	10
DISKUSSION	12
METODDISKUSSION	12
RESULTATDISKUSSION	13
Slutsats och klinisk tillämpning	18
Fortsatt forskning	18
REFERENSER	19
BILAGOR	

INTRODUKTION

INLEDNING

Livet för den moderna människan har ändrats dramatiskt genom seklen. Den regelbundna motion hon tidigare fick av naturliga orsaker, som bristen av effektiva transportmedel eller en högre grad av fysiskt arbete, är i dag bara en bråkdel av denna. Detta i kombination med att vi konsumerar mer livsmedel per person än någonsin, samtidigt som ohälsosamma levnadsvanor som alkohol- och tobaksanvändning ökat (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), 2008). Det har fått till följd att välfärdssjukdomar och icke-smittsamma sjukdomar står för två tredjedelar av totalt 57 miljoner dödsfall i världen 2008 (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Av de 57 miljoner dör mer än 5,3 miljoner som en direkt följd av fysisk inaktivitet (Lee et al., 2012). Fysisk aktivitet kan både förebygga ohälsa och främja hälsa och är således en av de åtgärder som skulle ha den enskilt största positiva effekten på folkhälsan och kunna minska sjukvårdens kostnader avsevärt (Statens folkhälsoinstitut, 2011; Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), 2008). Sjukdomar relaterat till fysisk inaktivitet kostar svenska samhället 7 miljarder kronor per år och otillräcklig fysisk aktivitet relaterat till överviktsproblematik 18 miljarder per år (Statens folkhälsoinstitut, 2011). På global nivå blir kostnaderna oerhörda.

Fördelarna med ett fysiskt aktivt liv är vedertagna, både på den fysiska och den mentala hälsan, men även på livskvalitet och det fysiska oberoendet (Bouchard, Shephard, & Stephens, 1994; Department of Health, 2004; Department of Health and Ageing, 1999; Haskell et al., 2007; Pedersen & Saltin, 2006; U.S. Department of Health and Human Services, 1996, 2000; Woodcock, Franco, Orsini, & Roberts, 2011; Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), 2008). Dessvärre har människor både i Sverige och i övriga världen svårt att nå upp till de rekommenderade nivåerna (Angel Martinez-Gonzalez et al., 2001; The Health and Social Care Information Centre, 2013; World Health Organization, 2002).

Sjukvården och särskilt primärvården har identifierats som en plats med hög potential för hälsopromotion och sjukvårdspersonalen som yrkesgrupp har visat uppmuntrande resultat i arbetet att öka den fysiska aktiviteten hos fysiskt inaktiva (Eakin, Glasgow, & Riley, 2000; Elley, Kerse, Fellow, Arroll, & Robinson, 2003; Fox, Biddle, Edmunds, Bowler, & Killoran, 1997; Lawlor & Hanratty, 2001; Petrella & Lattanzio, 2002). Som ett led i att, med ökad fysisk aktivitet, influera personer att omvandla råd till en förändrad livsstil (*adherence*) har förskrivna fysisk aktivitet blivit en allt vanligare metod, i Sverige kallad Fysisk aktivitet på recept eller *FaR*. Internationellt så har det valts olika benämningar på receptbelagd fysisk aktivitet. Vi har för enkelhetens skull valt att kalla allt för *FaR* i denna litteraturöversikt.

BAKGRUND

FaR (Fysisk aktivitet på recept)

Fysisk aktivitet på recept i olika former (FaR) är ett relativt nytt, men dock etablerat begrepp inom internationell och svensk hälso- och sjukvård. FaR® som varumärke är skyddat av Folkhälsoinstitutet men används vardagligt om all sorts fysisk aktivitet på recept. Begreppet innebär att patienten får fysisk aktivitet utskrivna som ett vanligt medicinrecept, ibland kombinerat med medicin, men ofta är det endast aktivitet som förskrivs. Dessa recept förskrivs till patienter som antingen behöver förebygga sjukdom eller behandla en sjukdom. Aktiviteten som ordineras innebär nödvändigtvis inte att patienten ska träna med exempelvis sjukgymnast på vårdcentral eller dylikt, utan patienten kan även utföra aktiviteten själv, till exempel på ett gym eller hemma (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Receptet är anpassat till de förutsättningar patienten själv har, och skrivs ut i samråd med till exempel sjuksköterska eller läkare. Vilken aktivitet som förskrivs är således olika från patient till patient, men kan vara allt från gymträning till trädgårdsarbete. Ett kriterium är att patienten ska uppnå högre puls än i vila. För att uppnå resultat är det viktigt med regelbundenhet. Det bästa är att röra sig lite varje dag, till exempel promenader, men några dagar i veckan är också nog för förbättring av hälsan (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), 2008).

Att ändra livsstil är inte alltid enkelt och för att upprätthålla sin nya livsstil är det viktigt med stöd, till exempel av den som har skrivit ut receptet. Det är också viktigt att sätta upp mål tillsammans med patienten och att patienten därefter för dagbok över all aktivitet som utförs. På så sätt är det lättare att se hur ofta och vad man tränar, samt vilken träning patienten tycker bäst om (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), 2008).

Definitionen på fysisk aktivitet lyder: kroppsrörelse till följd av sammandragning av skelettmuskulatur som leder till energiförbrukning (World Health Organization, 2014). Den vedertaget rekommenderade dosen fysisk aktivitet, som ger hälsofrämjande effekt, för en frisk vuxen människa är 30 minuter måttligt intensiv aerobisk aktivitet 5 dagar i veckan eller 20 minuter kraftigt intensiv aerobisk aktivitet 3 dagar i veckan. Måttlig intensiv aktivitet motsvarar en rask promenad där pulsen ökar märkbart och kraftigt intensiv aktivitet motsvarar jogging där andningsfrekvensens ökar märkbart och pulsen ökar väsentligt (Haskell et al., 2007).

FaR® redogör för hur hälso- och sjukvården arbetar och medverkar med andra aktörer och arenor och hur dessa kan och bör arbeta med att främja fysisk aktivitet i samhället. FaR® har sitt utgångsläge i hälso- och sjukvården och kan innebära olika saker. Allt från skriftliga råd till att arbeta mer i trädgården, så kallade vardagssysslor, som patienten själv har ansvar för utan stöd, till gruppaktiviteter eller tränings/aktivitetsprogram på en träningslokal som pågår under längre tid med eller

utan stöd (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), 2008). FaR är den svenska varianten och benämningen som vi valt att använda som beskrivning för all fysisk aktivitet på recept i denna litteraturoversikt.

I Sverige skrevs FaR ut första gången 1937 i Sollentuna (Eriksson, 2014), men arbetet med FaR påbörjades 2001 när projektet "Sätt Sverige i rörelse" startades (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Huvudsaken med detta projekt var att utveckla FaR, där ambitionen var att det skulle bli ett komplement till, eller ett substitut till farmakologisk behandling. Att utveckla FaR var ett steg till att på lång sikt förändra individens, men också samhällets syn och inställning till fysisk aktivitet som komplementärmetod inom sjukvården. Man ville implementera och inkludera FaR i flera arenor och med fler aktörer (Kallings & Leijon, 2003). Under ett år går ca 70 % av befolkningen i Sverige någon gång till en vårdcentral (Socialstyrelsen, 2004), vilket gör det till en utmärkt plats för implementering av FaR. Patienter har ofta stor respekt för sjukvårdspersonal eftersom de har kunskap om hälsa. Patienter förväntar sig också att de ska få hälsovägledning när de besöker vårdcentralen. Därför har Nationella folkhälsokommittén i Sverige kommit fram till rådet att vården bör sätta in åtgärderna i primärvården för att på så sätt nå största möjliga grupp individer som kan dra nytta av ökad fysisk aktivitet (Nationella folkhälsokommittén, 2000).

För att de olika aktörerna ska veta vem som gör vad vid en FaR-föreskrivning har Statens folkhälsoinstitut arbetat fram en modell som redogör för gagnande av fysisk aktivitet och vilka nivåer som bör finnas, främst inom hälso- och sjukvården. Modellen inkluderar fyra nivåer som baseras på individen och dennes hälsotillstånd. Detta görs framförallt för att kunna förtydliga roller för olika arenor och aktörer. På nivå ett har patienten redan utvecklat skada eller sjukdom och bedöms vara olämplig för FaR-recept och dess aktiviteter utanför hälso- och sjukvårdens ramar. Dessa patienter får istället en remiss till exempelvis sjukgymnast eller arbetsterapeut. Nivå två passar patienter som har förhöjd risk för att utveckla skada eller sjukdom och programmen specialanpassas efter detta och är ofta lågintensiva för att patienten ska orka med. Nivå tre och fyra är anpassade till patienter som anses lämpade för att kunna delta i ordinarie program i föreningslivet, eller om patienten bedöms kunna klara och sköta sin egen aktivitet (Faskunger, Leijon, Ståhle, & Lamming, 2007).

Även om FaR ökar i många länder, Sverige inkluderat (Leijon, Bendtsen, Nilsen, Ekberg, & Ståhle, 2008), så vet man fortfarande lite om hur man på mest effektivt sätt ska integrera FaR i rutinbesök på vårdcentraler (Huang, 2005). FaR utskrivna från primärvården har under det senaste årtiondet ökat i allt fler länder i syfte att främja fysisk aktivitet och träning (Leijon et al., 2008). WHO rapporterar att fysisk inaktivitet är den fjärde vanligaste orsaken till för tidig död (World Health Organization, 2010). Storbritannien är ett av länderna som tidigt började nyttja FaR och sedan 1990 har antalet utskrivna recept ökat markant, vilket visar på att denna

behandlingsmetod väcker uppmärksamhet och intresse på flera håll i världen (Sowden & Raine, 2008).

Det är allmänt erkänt att regelbunden fysisk aktivitet är fördelaktigt för både fysisk och mental hälsa (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), 2008). Det rekommenderas att använda fysisk aktivitet som behandlingsmetod under eller efter period av mental ohälsa och som egenvårdsbehandling, speciellt vid depressioner (Mental Health Foundation, 2005, 2013). Detta trots att bevisen för effektiviteten i sådana behandlingar jämfört med farmakologiska fortfarande inte är övertygande (Cooney et al., 2013).

Adherence

“The extent to which a person's behaviour - taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider” (World Health Organization, 2003 s. 18).

I WHO:s definition av *adherence* särskiljs begreppet från det i bland snarlika *compliance*. Genom att inkludera hur personers beteende överensstämmer med sjukvårdspersonalens rekommendationer blir också företeelsen mer komplex. Det går inte längre att definiera resultatet till en intervention genom att påvisa ett positivt eller negativt utfall, utan att identifiera de faktorer som påverkar personens beteende till interventionen, så kallade *mediatorer*. En intervention för att öka fysisk aktivitet får inte effekt på utfallet om den inte påverkar mediatorerna, till exempel adherence (Sirur, Richardson, Wishart, & Hanna, 2009). FaR är ett exempel på en intervention för att öka fysisk aktivitet som vill påverka mediatorn adherence. Då teorin är att patienten är mer benägen att öka sin fysiska aktivitet om det ges ett skriftligt recept, som ofta bedöms som viktigare av patienten, i stället för bara rekommendationer (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Då både adherence och compliance översätts till följsamhet på svenska, har vi valt att inte översätta adherence till svenska, därför att termernas enskilda innebörd är så vitt skilda.

Mediatorer är exempel på mekanismer som influerar beteendet fysiskt aktivitet och är de faktorer som gör det lättare att förstå varför en förändring av beteendet lyckas eller misslyckas. Att kartlägga en vuxen persons mediatorer kan hjälpa till att förändra beteende (Faskunger, 2013). *Self-efficacy*, inre motivation och socialt stöd är några exempel på mediatorer. *Self-efficacy* innebär att personen tror på sin egen förmåga att slutföra uppgifter eller nå mål i specifika situationer. Personens individuella känsla av *self-efficacy* spelar stor roll för hur personen närmar sig mål och utmaningar (Sirur et al., 2009).

Att anta att en intervention eller studie leder till samma resultat för alla medverkande är inte realistiskt. Ofta har interventionen olika effekt på olika grupper av människor. Så kallade *moderatorer* är faktorer som delar upp de medverkande i

grupper, beroende på hur nära målen för interventionen de kommit. Exempel på vanliga moderatorer är ålder, socioekonomisk status och kön (Faskunger, 2013).

Teoretisk referensram

Att använda teoretiska modeller i samband med interventioner är en fördel eftersom det ger en större möjlighet att identifiera faktorer som främjar eller stävjar beteendeförändringen. Vid forskning inom fysisk aktivitet finns det flera olika modeller för beteendeförändring som använts varav fyra stycken är de främsta: Social Cognitive Theory, Transtheoretical Model, Theory of Planned Behavior and Health Belief Model (Sirur et al., 2009). I svensk forskning om FaR är de två förstnämnda vanligast (Statens folkhälsoinstitut, 2011) och därför har vi valt att gå vidare med dem. Den transteoretiska modellen beskriver förändringarnas steg (stages of change) medan den socialkognitiva teorin betonar interaktion mellan individ, omgivning och beteende. Statens folkhälsoinstitut (2011) beskriver self-efficacy som en viktig faktor. För att förstå sambandet mellan FaR och adherence valde vi, utöver den socialkognitiva teorin och den transteoretiska modellen, Dorothea Orems egenvårdsteori, då det krävs adherence för lyckad egenvård och vice versa.

Orems egenvårdsteori

Orem beskriver omvårdnad som en ersättning för egenvården i situationer där patienten är oförmögen att klara av denna själv. Målet med omvårdnaden är att hjälpa patienten att bli så självständig som möjligt. *Egenvårdskrav* och *egenvårdsbrist* är centrala begrepp i Orems teori där det första syftar på aktiviteter som främjar självständigheten och hälsan medan det senare syftar på problem som uppstår när dessa ska tillvaratas. Egenvård är när en person på eget initiativ gör något för sig själv för att upprätthålla sitt liv, sin hälsa och sitt välbefinnande. Syftet med egenvården är att uppfylla *egenvårdsbehoven*. Egenvårdsbehoven är det personen kommer fram till att den behöver göra, antingen åt sig själv eller få utträttat åt sig, och som är eller kan antas vara nödvändiga för individens självständighet och utveckling. Av de universella egenvårdsbehov som Orem lagt fram går några att koppla direkt till FaR. Upprätthållande av adekvat syresättning, upprätthållande av balans mellan aktivitet och vila samt förebyggande av fara för mänskligt liv, funktion och välbefinnande. Egenvårdskravet är summan av de aktiviteter personen måste utföra för att tillfredsställa egenvårdsbehoven (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001). Ur perspektivet av FaR skulle dessa krav kunna vara 30 minuter måttligt intensiv aerobisk aktivitet 5 dagar i veckan.

Personens förmåga att uppfylla sina egenvårdskrav är direkt kopplat till hennes *egenvårdskapacitet*. Egenvårdskapacitet påverkas av faktorer som rör människors mentala, psykologiska, sociala och fysiska egenskaper, men även av hennes yttre miljö. Skillnaden mellan personens egenvårdskapacitet och egenvårdskrav utgör, om den är negativ, en *egenvårdsbrist* (Orem et al., 2001). Orems teori om egenvårdsbrist

skulle kunna användas som förklaringsmodell för patienters brist på adherence till fysisk aktivitet utskrivet på recept men samtidigt också som förklaringsmodell för hur FaR som företeelse kom till. Då syftet just varit att stärka patienters egen förmåga till hälsofrämjande fysisk aktivitet och utbilda patienter i hur de ska utföra den.

Problemformulering

Välfärdssjukdomar och icke-smittsamma sjukdomar ökar hela tiden och står för ca två tredjedelar av världens 57 miljoner dödsfall 2008 (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Av dessa är mer än 5,3 miljoner direkt kopplade till fysisk inaktivitet som därför kan sägas ha en betydande inverkan på den globala hälsan (Lee et al., 2012). Primärvården har identifierats som en lovande inrättning för att bidra till en ökad fysisk aktivitet hos befolkningen i och med det stora antal patienter som är i kontakt med den (Eakin et al., 2000; Elley et al., 2003; Fox et al., 1997; Lawlor & Hanratty, 2001; Petrella & Lattanzio, 2002). Trots att det är ett uppmärksammat problem och att allt fler åtgärder sätts in på flera håll i världen, kvarstår fortfarande problematiken kring dessa sjukdomar (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Även om muntliga råd rörande ökad fysisk aktivitet ofta delas ut i standardvården så tror vi att det runt om i världen finns många patienter som hade dragit nytta av att få FaR utskrivet istället för muntliga råd eller medicin. Men om denna åtgärd ska bli effektiv och få ökad status gentemot farmakologiska behandlingar behövs det då ökad kunskap och mer information till vårdpersonal? *Adherence* och *motivation* är grundläggande faktorer för att FaR ska vara framgångsrikt. Kan FaR öka motivationen och adherence till fysisk aktivitet.? För att nå framgång med en förskrivna behandling på lång sikt räcker det inte bara med compliance utan det krävs också adherence (Sirur et al., 2009; World Health Organization, 2003).

SYFTE

Syftet är att undersöka huruvida studier som gjorts kring *FaR*, *Exercise/physical activity on Referral* och andra varianter på fysisk aktivitet på recept har kunnat påvisa någon ökad *adherence* hos patienter som mottagit ett skrivet recept på aktivitet.

METOD

VALD METOD

Vald metod för detta arbete är en litteraturstudie. En litteraturstudie innebär att man sammanställer resultat från tidigare forskning inom ett visst område och en

beskrivande översikt skapas. Det är viktigt att artiklarna ska vara peer-reviewed, alltså kritiskt granskade, samt att primärkällor används (Friberg, 2012).

URVAL

Vi genomförde vår litteratursökning (Bilaga 1) i databasen PubMed. Detta för att alla vetenskapliga artiklar som publiceras i denna databas är peer-reviewed vilket är en förutsättning för att de överhuvudtaget ska beaktas som en del av analysen. Samma sökning genomfördes också i Cinahl.

DATAINSAMLING

Initialt använde vi sökorden *FaR AND nurse* men då vi fick nästan 800 träffar, delvis beroende på att sökmotorn tog med de träffar som var relaterade till den engelska betydelsen av ordet *far* (långt eller fjärran), fick vi snabbt ändra sökorden. Vi prövade att lägga till *physical activity* till ovanstående ord men kom återigen upp tomhänta även om resultaten nu, till antalet, var greppbara. *FaR* som term visade sig vara problematisk i sökningar på de engelska databaserna varför vi valde att byta ut den mot *prescription*. Vid sökningar på *physical activity AND prescription AND nurse* samt *exercise on prescription AND nurse* kom vi fram till ett bra antal träffar, 38 respektive 57 stycken, och kunde granska 25 stycken abstrakt och välja två artiklar att gå vidare med. Dessutom kunde vi efter detta göra en grundligare sekundärsökning då vi både fått tips på författarnamn i referenslistor och på ämnesord från artiklarna. *Referral* dök upp som ett ord att ersätta *prescription* med och *adherence* växte efter den inledande litteratursökning fram som det ämnesord som vår problemformulering kom att kretsa kring. Sökningar på *physical activity referral AND nurse*, *physical activity referral AND adherence* och *Physical activity AND prescription AND adherence* gav ytterligare åtta artiklar som vi bedömde som relevanta att gå vidare med. Sökningar på intressanta författarnamn (*Kallings LV*, *Minna Aittasalo och Elley CR*, *Kerse N*) gav ytterligare tre artiklar varav två var väl citerade bland de artiklar som vi tidigare valt.

Inklusionskriterier vi använde oss av var att texten skulle finnas tillgänglig på engelska eller svenska och att den skulle svara mot vår problemformulering och vårt syfte samt att de skulle vara publicerade mellan år 2000 och 2014. I det fallet om två artiklar kom att stå mot varandra och kvalitén bedömdes som likvärdig valdes den nyaste.

KVALITETSGRANSKNING OCH ANALYS

En kvalitetsgranskningsmall togs fram med Friberg (2012) och Polit & Beck (2012) som grund. Mallen bestod av fjorton frågor som antingen besvarades med ett *ja* eller ett *nej*. Varje positivt svar gav en poäng. 12-14 poäng på granskningen

bedömdes som hög kvalitet, 8-11 poäng bedömdes som medel kvalitet och 1-7 poäng bedömdes som låg kvalitet. Artiklar med låg kvalitet valdes bort.

Artiklarna lästes igenom grundligt och djupgående. En artikel valdes bort då den inte uppfyllde vårt syfte och en valdes bort då urvalet var för litet och bortfallet var för stort. Av de artiklar som valdes var det en artikel som fick 14 poäng, två artiklar fick 13 poäng, 6 artiklar fick 12 poäng, 3 artiklar fick 11 poäng och en artikel fick 9 poäng.

Under analys av resultatdatan togs intressant och relevant fakta ut för att sedan klippas in i ett separat dokument. När alla artiklar analyserats buntades liknande resultatdelar ihop för omskrivning till sammanhängande text. Vi bedömer att den särskilda investering i tid och engagemang som krävs för att följa ett FaR jämfört med ett farmakologiskt recept över längre tid, är nog för att kunna säga att patienten uppvisar adherence. Därför blir eventuella förändringar i aktivitetsnivå hos studiernas deltagare intressant för vårt resultat. Utifrån artikelgranskning kunde resultatet delas in i rubrikerna *förändringar i aktivitetsnivå* och *adherence till FaR*.

ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

Av de 13 artiklar som valdes hade 10 granskats i hänseende av artiklarnas etiska hederlighet. I de tre övriga hade ett etiskt resonemang förts som kommit till slutsatsen att studierna inte behövde granskning.

RESULTAT

I 13 artiklar, där alla var kvantitativa, rapporterade resultat från studier mellan 2003 och 2013. Av dessa var tio artiklar publicerade efter 2008. Fem av studierna var randomiserade kontrollstudier, sju var observationsstudier och en var en okontrollerad interventionsstudie. Nio studier undersökte deltagandet i FaR interventioner (Aittasalo, Miilunpalo, Kukkonen-Harjula, & Pasanen, 2006; Beverley et al., 2008; Crone, Johnston, Gidlow, Henley, & James, 2008; Elley et al., 2003; Grandes et al., 2009; Hanson, Allin, Ellis, & Dodd-Reynolds, 2013; Harrison, Roberts, & Elton, 2005; Kallings, Leijon, Hellénus, & Ståhle, 2008; Leijon, Bendtsen, Nilsen, Festin, & Ståhle, 2009) och fyra studier undersökte adherence till FaR (Kallings, Leijon, Kowalski, Hellénus, & Ståhle, 2009; Leijon et al., 2010; Leijon, Faskunger, Bendtsen, Festin, & Nilsen, 2011; Tobi, Estacio, Yu, Renton, & Foster, 2012). Fem studier var genomförda i Sverige, fyra i Storbritannien och två i Nya Zeeland. Återstående artiklar var genomförda i Finland respektive Spanien (Bilaga 2). Alla utom två artiklar (Crone et al., 2008; Tobi et al., 2012) använde sig av självskattningsformulär för att mäta aktivitetsnivå eller adherence. Crone et al. (2008) och Tobi et al. (2012) mätte genom närvarokontroll på de anläggningar där interventionen genomfördes.

Resultatet från flera artiklar visade att kvinnor oftare förskrivs FaR än män. (Crone et al., 2008; Elley et al., 2003; Grandes et al., 2009; Hanson et al., 2013; Harrison et al., 2005; Kallings et al., 2008; Leijon et al., 2009; Leijon et al., 2010; Leijon et al., 2011; Tobi et al., 2012). I en av studierna var de vanligaste anledningarna till att patienterna fått FaR; behandling av smärta, övervikt eller rygg- och nackproblematik (Kallings et al., 2008). Sammantaget identifierades ålder, kön, förskrivningsorsak, sociala faktorer (inkomst, arbete, hälsodeprivation, utbildningsnivå, tillgänglighet till bostad och samhällstjänster, brottslighet och bostadsmiljö) och aktivitetsanläggning som de starkast bidragande orsakerna till om patienter över huvud taget gav sig in i ett förskrivet FaR-program (Grandes et al., 2009; Hanson et al., 2013; Leijon et al., 2009; Leijon et al., 2010; Leijon et al., 2011; Tobi et al., 2012).

FÖRÄNDRINGAR I AKTIVITETSNIVÅ

De patienter som förskrevs FaR ökade sin fysiska aktivitetsnivå mer än och nådde i högre utsträckning de rekommenderade nivåerna av fysisk aktivitet än kontrollgrupperna. Artiklar som mätte förändringar i aktivitetsnivå fann att nivån av fysisk aktivitet hos patienterna ökade signifikant, antingen gentemot kontrollgruppen eller gentemot patienternas nivå innan interventionen sattes in (Aittasalo et al., 2006; Beverley et al., 2008; Elley et al., 2003; Grandes et al., 2009; Hanson et al., 2013; Harrison et al., 2005; Kallings et al., 2008; Kallings et al., 2009; Leijon et al., 2009). Även de studier som pågick upp mot ett år och längre såg denna ökning (Beverley et al., 2008; Crone et al., 2008; Grandes et al., 2009; Hanson et al., 2013). Tre av dessa studier hade även undersökt hur många som nådde de rekommenderade nivåerna av fysisk aktivitet. De fann en betydande skillnad i hur många fler som når dessa ur interventionsgrupperna än ur de grupper som får standardvård (Beverley et al., 2008; Grandes et al., 2009; Harrison et al., 2005). Detta gäller framförallt personer ≥ 50 år (Grandes et al., 2009). Två andra studier hittar däremot inget ålderssamband för ökad fysisk aktivitet (Harrison et al., 2005; Leijon et al., 2009). Harrison et al. (2005) kunde inte se interventionspatienternas högre självuppskattade kunskapsnivå eller högre tillfredsställelse över informationen som en avgörande faktor för att nå de rekommenderade nivåerna av fysisk aktivitet. Författarna i en studie finner att män ökar sin fysiska aktivitet mer än kvinnor (Elley et al., 2003), medan andra har inte kunnat påvisa någon skillnad mellan de två könen (Grandes et al., 2009; Harrison et al., 2005; Leijon et al., 2009). Vid en jämförelse mellan en studie enbart utförd på kvinnor (Beverley et al., 2008) och en studie där populationen var blandad (Harrison et al., 2005), kunde vi se att, i studien med bara kvinnor, ökade patienterna sin fysiska aktivitet mer än i den blandade studien. Även efter två år var aktivitetsnivån högre i studien av Beverley et al. (2008) än vad den blandade patientgruppen i studien av Harrison et al. (2005) låg på efter ett år.

Det hade också betydelse vem som utfärdat FaR och om aktiviteten är förlagd på en anläggning och i så fall vilken. Patienter som fick sina recept utskrivna av en läkare eller en sjuksköterska ökade sin fysiska aktivitet mer än de som fick recept av till exempel fysioterapeuter (Leijon et al., 2009). Om patienterna som fick FaR blev hänvisade till en aktivitetsanläggning var skillnaden i närvaro mellan patienterna starkt beroende på vilken anläggning de hänvisades till (Grandes et al., 2009; Hanson et al., 2013). M. E. Leijon et al. (2009) fann att färre av patienterna som fick anläggningsbaserad aktivitet förskrivna rapporterade ökad fysisk aktivitet. Enligt Aittasalo et al. (2006) rapporterade majoriteten av patienterna att de tyckte att FaR fungerade som en *trigger* till att påbörja fysisk aktivitet. Grandes et al. (2009) jämförde och hittade stöd för att proportionerna av hur många som når de rekommenderade nivåerna av fysisk aktivitet var jämförbara med andra livsstilsinterventioner som rök- och alkoholavvänjning.

ADHERENCE TILL FAR

Två studier som undersökte nivån av adherence hos patienter som förskrivits FaR, fann att, efter 6 månader var adherence 52- respektive 45 procent (Kallings et al., 2009; Tobi et al., 2012). En tredje studie rapporterar 56 % adherence vid 3 månader och 50 % adherence vid 12 månader (Leijon et al., 2010). Kalling et al. (2009) menar att detta ligger i nivå med adherence till farmakologiska och andra behandlingar av kroniska sjukdomar.

Studierna identifierade flera faktorer som påverkade adherence till FaR. Ökad ålder inverkar positivt, liksom om patienten låg på en högre grad av fysisk aktivitet vid baslinjen (Kallings et al., 2009; Leijon et al., 2010; Leijon et al., 2011). Om aktiviteten som förskrivits var hembaserad eller om den var vardagsmotion bidrog även detta positivt till adherence (Leijon et al., 2009; Leijon et al., 2010). Däremot fann M. E. Leijon (2011) att de som förskrivits anläggningsbaserade aktiviteter hade ökad motivation till adherence. Aittasalo et al. (2006) identifierade känslan efter träning, väderförutsättningar, möjlighet till barnvakt och sällskap som viktiga faktorer. Tre studier kom fram till att recept utskrivna av en sjuksköterska var mest effektivt för adherence jämfört med övriga förskrivare (Hanson et al., 2013; Leijon et al., 2010; Tobi et al., 2012) och i en studie var förskrivning av läkare *eller* sjuksköterska mest effektivt (Leijon et al., 2009).

Det fanns även ett samband mellan högre adherence och lägre BMI. Vid vilken anläggning patienterna genomförde sitt program och av vilken anledningen de blev förskrivna FaR påverkade också adherence. I studien av Hanson et al. (2013) kom forskarna fram till att faktorer som påverkade adherence hos patienter var olika vid olika tider under studiens gång. Vid studiens sista uppföljning var det bara start-BMI och vid vilken aktivitetsanläggning patienterna tränade på som påverkade adherence. Graden av förskrivning var högre bland patienter som fått FaR utskrivet på grund av

metabola eller endokrina sjukdomar och de patienterna hade signifikant högre odds för adherence än patienter med andra sjukdomar (Hanson et al., 2013; Leijon et al., 2010; Leijon et al., 2011; Tobi et al., 2012).

Endast en studie har funnit skillnad i adherence mellan kön. Elley et al. (2003) fann att männen ökade sin fysiska aktivitet mest. Andra studier i vårt arbete visar inte på någon signifikant skillnad mellan kön och grad av adherence (Grandes et al., 2009; Harrison et al., 2005; Leijon et al., 2009; Leijon et al., 2010; Leijon et al., 2011). En studie var gjord endast på kvinnor där skillnaden av naturliga skäl inte togs upp (Beverley et al., 2008). Hanson et al. (2013) fann att fler av de som fick ett FaR och inledde behandling var kvinnor än män, men vid senare analyser försvann denna skillnad.

Signifikanta faktorer för non-adherence var vilken typ av recept (anläggningsaktivitet eller hembaserad träning) patienten hade fått, aktivitetsnivån vid baslinje, förskrivningsorsak och ålder. Non-adherence var mer frekvent ju yngre patienten var, om dennes fysiska aktivitet vid baslinjen var låg, och om denne fått anläggningsaktivitet förskriven. Hos de som fått anläggningsaktivitet förskriven var även ekonomi och tidsbrist faktorer till non-adherence. Hos män var låg motivation en vanlig faktor för non-adherence, medan sjukdom och smärta var vanligare faktorer bland kvinnor. Sjukdom och smärta var också en vanlig orsak till non-adherence bland de äldsta deltagarna (>65 år) i studien samt de yngsta (18-29 år) (Leijon et al., 2011). Att ökad ålder var en faktor som bidrog till adherence kom fram i flera studier, (Grandes et al., 2009; Hanson et al., 2013; Leijon et al., 2010; Tobi et al., 2012), samtidigt som det visade sig att låg ålder hade låga odds för adherence (Leijon et al., 2011), och för varje 10 år högre ålder ökade oddsen för adherence med 21.8% (Tobi et al., 2012).

Adherence berodde också på patientens yrke och motivation. Patienter som förskrevs FaR till följd av psykisk ohälsa var både mindre benägna att inleda som att fullfölja receptet, även om de var en större procent av dessa som i början tackade ja till ett FaR (Crone et al., 2008). Arbetslösa och de som hade chefsjobb eller andra högkvalificerade yrken var mindre benägna att följa ett FaR (Tobi et al., 2012). Två studier undersöker adherence till FaR med stage of change modellen. Där hittas ett samband mellan avancemang mot förberedelse-, handling- och vidmakthållandefaserna och de som förskrivs FaR (Kallings et al., 2008; Kallings et al., 2009). I en studie beskrivs låg motivation som en faktor till non-adherence (Leijon et al., 2011).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Vi bedömde att en litteraturöversikt var den forskningsmetod som bäst lämpade sig för vad vi ville undersöka. Det finns dock viss kritik riktad mot litteraturöversikter, i och med risken för ett selektivt urval, vilket innebär att skribenten väljer studier som stödjer hans eller hennes utgångspunkt för sitt arbete. Detta bör beaktas genom att ha ett kritiskt förhållningssätt och att reflektera över sin egen förförståelse när studier väljs (Friberg, 2012).

Syftet med uppsatsen kunde väl belysas med hjälp av kvantitativa studier. Däremot tror vi att kvalitativa studier hade kunnat öka vår förståelse för varför, eller varför inte personer visar adherence till FaR. I vår litteratursökning fann vi dock inga relevanta kvalitativa studier. Vårt relativt breda syfte gav oss bekymmer, på så sätt att det var svårt att snabbt utesluta artiklar, då studier oavsett fokusgrupp blev relevanta. Hade vi i stället koncentrerat oss på exempelvis enbart patienter med kranskärlssjukdomar, hade litteratursökningen kanske blivit enklare, och resultatet därmed mer generaliserbart. Då det blev tydligt för oss att det finns många faktorer som påverkar adherence till FaR.

För att förenkla vår sökning hade vi kunnat använda oss av fler sökoperatorer inom den booleska söktekniken. Vi använde bara AND, men vi hade kunnat använda OR till exempel mellan *prescription* och *referral*. Anledningen till att vi inte använde OR var att vi var nöjda med litteratursökningen när det kom till vår kännedom att OR med fördel kunde använts. Samma sökning gjordes i Cinahl som i PubMed. Denna sökning gav inga ytterligare, för oss relevanta artiklar. Inklusionskriteriet att studierna inte skulle vara äldre än från år 2000 användes för att få fram senaste relevant resultat för kliniska implikationer. Artiklar som inte var på engelska valdes bort.

Kvalitetsgranskning av artiklarna genomfördes genom ett formulär som skapats med hjälp av Friberg (2012) och Polit & Becks (2012) granskningsmallar. Anledningen till att vi valde att kombinera dessa två mallar var att vi ansåg att Fribergs mall i vissa frågor ställde krav på förförståelse för innehållet i forskningsprocessens olika delar, som vi inte lyckats tillgodose oss. Polit & Beck (2012) bröt ner de övergripande frågorna som Friberg ställde till mer konkretiserade underfrågor, vilket förenklade granskningsprocessen i det hänseendet. Att tolka och bedöma artiklars kvalitet blir alltid en subjektiv bedömning. Beroende på vem som granskar, skulle en artikel kunna bedömas ha hög kvalitet av en person och låg kvalitet av en annan, speciellt med vår begränsade erfarenhet i arbetsmetodiken. En risk med kvalitetsgranskningen är alltid att artiklar som kunnat bidra till resultatet, kan ha valts bort på grund av för låg poäng.

I denna litteraturöversikt analyserades artiklar från Finland (Aittasalo et al., 2006), Storbritannien (Crone et al., 2008; Hanson et al., 2013; Harrison et al., 2005; Tobi et al., 2012), Nya Zeeland (Beverley et al., 2008; Elley et al., 2003), Spanien (Grandes et al., 2009) och Sverige (Kallings et al., 2008; Kallings et al., 2009; Leijon et al., 2009; Leijon et al., 2010; Leijon et al., 2011). Artiklarna speglar därför enbart förhållanden i västeuropeiska länder samt Nya Zeeland där det ekonomiska välståndet är relativt gott. Detta är en svaghet eftersom resultatet inte går att direkt överföra till delar av världen där det råder andra sociologiska förhållanden eller annat kulturellt klimat. Men även skillnader mellan de representerade länderna kan påverka resultatet. Det får däremot ses som en styrka att antalet artiklar från Sverige är många eftersom vi då har större möjligheter att komma till slutsatser som gäller för svenska förhållanden.

I några av artiklarna som valdes var förskrivarna av FaR endast läkare. Detta bedömdes inte vara ett problem i vår undersökning, då vi endast ville titta på adherence till FaR, oavsett profession som förskrivit receptet. Detta val gav oss den intressanta upptäckten att det fanns skillnader i adherence beroende på vilken profession som förskrivit FaR.

Självskattningsformulär för att kontrollera fysisk aktivitet medför alltid en risk för överrapportering och snedvridning på grund av ett upplevt tryck att leva upp till de sociala normerna (Elley et al., 2003). Därför går det att ifrågasätta resultatet från de studier vi analyserat. Men även om objektiva mätmetoder är att föredra vid kliniska studier (Ward, Evenson, Vaughn, Rodgers, Brown & Troiano, 2005) så bedöms frågeformulär vara den enda möjliga mätmetoden av fysisk aktivitetsvana på en större population (Shephard, 2003). Dessutom har självskattningsformulär visat sig vara tillförlitliga i jämförelse med objektiva metoder för att mäta till exempel energiförbrukning (Babor, Sciamanna & Pronk, 2004; Vanhees, Lefevre, Philippaerts, Martens, Huygens, Troosters & Beunen, 2005). För vår studie gör denna diskrepans ingen skillnad då vi bara kan undersöka den forskning som gjorts på området.

RESULTATDISKUSSION

Begreppet egenvårdskapacitet som Orem beskriver är uppbyggt kring personers mentala, psykologiska, sociala och fysiska egenskaper, samt deras sociala och fysiska miljö. Egenskaper och faktorer som kan likställas med mediatorer inom adherence-teorin. Om aktivitetsdosen i personens FaR är egenvårdskravet, är förmågan att uppfylla detta direkt kopplat till innehållet i receptet och egenvårdskapaciteten eller mediatorerna.

Liksom i Orems egenvårdsteori, talas det i både den socialakognitiva teorin och i den transteoretiska modellen om att patientens resurser och individuella utveckling är viktiga faktorer till beteendeförändringar. Alla tre teorier eller modeller håller

människans mognad med avseendet på egen kapacitet och förmåga att ta hand om sig själv som avgörande för adherence till interventionen. Resultatet har visat på stora skillnader i patienters förmåga att leva upp till innehållet i sitt FaR. De studier (Kallings et al., 2009; Leijon et al., 2010; Leijon et al., 2011; Tobi et al., 2012) som har undersökt adherencepåverkande faktorer har lyft fram just sådana förhållanden som avgörande omständigheter för patienternas förmåga att skapa adherence. Förskrivningsorsak, andra sjukdomar, ekonomi, jobbsituation, tidigare erfarenheter av träning, bostadssituation, arbete, hälso- och samhällsdeprivation, utbildningsnivå, tillgänglighet till bostad och samhällstjänster, brottslighet och bostadsmiljö är alla medverkande faktorer till om patienten uppvisar adherence till FaR eller inte. Detta i kombination med skillnaderna studierna påvisat i hur olika aktiviteter, till exempel friluftsbaserad aktivitet, anläggningsbaserad aktivitet eller aktiviteter i hemmet, påverkat patienternas adherence, visar klart på att det inte bara räcker med individanpassade recept. Med samhällsinsatser som påverkar människors socioekonomiska situation skulle troligtvis även en skillnad i adherence till FaR synas. Teorierna om adherence talar om att ingen intervention producerar lyckade resultat, om inte åtgärder eller liknande påverkar mediatorerna. Eftersom FaR som koncept har svårt att komma åt alla de mediatorer som påverkar individen ur ett samhälls- och politiskt perspektiv, tror vi att FaR som medel för att öka människors fysiska aktivitet kan fungera positivt, men det löser inte ensamt de globala och samhällseliga problemen som kan kopplas till fysisk inaktivitet.

Vi tolkar det som att Orem menar att alla människor sitter på en inbyggd motivation att handla målinriktat för sitt eget bästa, bara de besitter kunskapen. Vi ser, utifrån resultatet, att Orem's egenvårdsteori som ensam förklaringsmodell till adherence har brister. Tobi et al. (2012) redovisar att personer med chefsjobb och välbetalda jobb har sämre adherence än medelinkomsttagare, detta trots att dessa personer ofta har högre utbildning. Harrison et al. (2005) ser inget samband mellan den ökade kunskapen hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen vilket också till viss del motsäger teorin. Dessutom har vi egna erfarenheter om högt utbildad vårdpersonal som inte kommer upp till de rekommenderade nivåerna av fysisk aktivitet. Således behövs det ytterligare förklaringsmodeller. Styrkan i Orem's egenvårdsteori är att den har klara redogörelser av nödvändiga åtgärder och behov för att säkerställa personers kroppsliga självständighet. Däremot brister den i att beskriva de anpassningar som måste göras när en person drabbas av sjukdom eller funktionsnedsättning och den lyckas inte bidra med förklaringar när problemet ligger i lidande, smärta, sorg, meningslöshet eller olösliga problem (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000). Här kan både den socialakognitiva teorin och den transteoretiska modellen bidra med en ökad förståelse för hur patienten upplever sin situation just nu. Detta blir viktigt när så många studier lyfter upp att skillnaderna i adherence beror på sjukdomstillstånd eller sjukdomshistoria. Vilket för den enskilde individen kan vara starkt kopplat till ovanstående problemhorisonter.

I resultatet kom det fram att de patienter som fått FaR utskrivet av en sjuksköterska, visade större adherence till receptet, än de som fått FaR förskrivet av läkare eller fysioterapeuter (Hanson et al., 2013; Leijon et al., 2010; Tobi et al., 2012). Det kan diskuteras varför det är så, och vi tror att det har att göra med hur mycket tid som vårdpersonalen har med patienten under perioden med FaR. Att få sitta ner och samtala gör att det skapas en relation mellan patient och personal. Detta leder till att patienten kan känna trygghet och tillit till sin vårdgivare, vilket är en viktig aspekt för att kunna tillgodose sig den vård som behövs. FaR har i första hand implementerats inom primärvården och enligt våra egna erfarenheter är läkare där ofta stressade och har sällan, eller tar sig sällan tid till längre samtal med patienten. Detta kan vara en anledning till sämre adherence vid förskrivning av FaR från läkare jämfört med sjuksköterskor. För att samtal ska vara effektiva och motiverande ser vi att personalen behöver vara utbildade inom området. Detta kanske ses som en för stor kostnad av chefer? Men om fler patienter fick FaR och visade adherence till FaR, tror vi att detta hade kunnat bli kostnadseffektivt genom till exempel färre inläggningar och minskad farmakologisk behandling. Resultatet visar på att det finns en mångfacetterad förklaringsgrund till personers adherence till FaR. Mediatorer som skiljer från patient till patient påverkar i allra högsta grad individens adherence. Därför är det också viktigt att mötet mellan vårdpersonal och patient får ta tid, så att varje individs mediatorer kan kartläggas. Sju av de artiklar vi studerat (Aittasalo et al., 2006; Crone et al., 2008; Grandes et al., 2009; Hanson et al., 2013; Leijon et al., 2009; Leijon et al., 2010; Tobi et al., 2012) har lyft upp tidsaspekten på ett eller annat sätt i sina diskussioner. Samtliga av dessa menar på att ökad tid med patienterna, oavsett om det är genom motiverande samtal, konsultationer eller sjuksköterskekontakt, ökar både adherence och graden av fysisk aktivitet.

Patienter som lider av psykisk ohälsa har enligt två av våra artiklar (Crone et al., 2008; Tobi et al., 2012) sämre adherence till FaR. Vi tror att detta kan bero på bristande motivation, där grunden ligger i en känsla av meningslöshet, uppgivenhet och ensamhet, som är vanliga upplevelser vid depression, den enligt studierna vanligaste förskrivningsorsaken av FaR vid psykisk ohälsa (Crone et al., 2008). Crone et al. (2008) diskuterar att detta kan bero på att de FaR-program som används inte är flexibla nog för denna patientgrupp. Att de behöver ett socialt nätverk och socialt stöd som sträcker sig längre än de som förskrivs FaR av fysiska skäl. Därför ska kanske förskrivare inte hoppas på allt för bra resultat med de FaR-program som används för tillfället. Viktigt att poängtera är att detta inte nödvändigtvis gäller alla FaR-program från alla länder, eller för den delen, från samma land. Men eftersom samtliga utformats med fysiska hälsoparametrar i åtanke behöver det inte vara en långsökt tanke.

Resultatet visar att FaR är en effektiv metod för att öka den fysiska aktivitetsnivån hos patienter som bedöms behöva det. Även de studier som mätt aktivitetsnivån över längre tid (Beverley et al., 2008; Elley et al., 2003; Harrison et

al., 2005; Leijon et al., 2009; Leijon et al., 2010) såg att ökningen bibehölls över tid. Detta tyder på att FaR är en effektiv behandlingsmetod både i förhållande till hälso- och kostnadseffekter. Lite övervikt mot lyckade resultat hos individer ≥ 50 kan ses vilket torde kunna betyda att metoden är extra effektiv mot de som är mindre aktiva till vardags. Då de patienter som förskrivs FaR avancerar mot *förberedelse-, handling, och vidamakhållandefaserna* i *stage of change* modellen (Kallings et al., 2008; Kallings et al., 2009) tyder detta på att FaR är en behandlingsmetod som i sig främjar adherence.

En faktor som kom fram som extra avgörande, både i förhållande till mängden fysisk aktivitet och till graden av adherence, var, om du blivit förskriven en anläggningsbaserad aktivitet och ditt förhållande till denna anläggning. Vid träning på anläggning ser vi att ekonomin blir viktig liksom att du ofta måste förhålla dig till vissa tider samt tidsåtgång för resor dit och hem. Personalens bemötande kan bli viktigt, du ska trivas med andra som tränar där och med de aktiviteter som anläggningen erbjuder. En intervention med intentionen att skapa ett förändrat beteende kring fysisk aktivitet hos en individ skulle kunna tjäna på att inleda med en vardagligare aktivitet, som att ersätta bussturen till jobbet med en promenad eller en cykeltur. M. E. Leijon et al. (2009; 2010; 2011) beskriver också sådana aktiviteter som mer lyckosamma interventioner. Även här blir sambandet med tidsengagemanget från vårdpersonalen tydligt. Varje individs förutsättningar och hinder måste identifieras för att sätta in åtgärder som har potential att lyckas.

Flera studier såg att högre aktivitet vid baslinjen (Kallings et al., 2009; Leijon et al., 2010; Leijon et al., 2011) eller förberedda patienter (Grandes et al., 2009) gav högre effekt av interventionen. Detta stärker oss i tron att om personen som förskrivs FaR har en historia av högre fysisk aktivitet, kanske som idrottande ungdom, har denne större chanser att lyckas. Det stärker också antagandet att, om insatta interventioner ska ändra beteende till fysisk aktivitet och skapa långsiktig adherence, måste en grund bestående av sundare vanor läggas innan mer intensiv aktivitet kan förskrivas.

Resultatet visar att kvinnor förskrivs FaR oftare än män, men bara en studie såg tendenser att det manliga könet hade något högre adherence och blev mer fysiskt aktiva efter FaR-insättning (Elley et al., 2003; Hanson et al., 2013). Hanson et al. (2013) fann att kvinnor var mer benägna att inleda FaR-programmet men att skillnaderna över tid suddades ut. Både detta och det faktum att kvinnor förskrivs FaR oftare än män (Crone et al., 2008; Elley et al., 2003; Grandes et al., 2009; Hanson et al., 2013; Harrison et al., 2005; Kallings et al., 2008; Leijon et al., 2009; Leijon et al., 2010; Leijon et al., 2011; Tobi et al., 2012) kan bero på att kvinnor i större utsträckning uppsöker primärvården. Något som Kalling et al. (2009) också diskuterar. Samtidigt, visar en studie gjord enbart på kvinnor (Beverley et al., 2008), att kvinnor ökar sin fysiska aktivitet mer än patienterna i en studie med blandad

population (Harrison et al., 2005). Detta skulle kunna tolkas som att kvinnor har högre adherence till FaR än män. Eftersom de enda två studier som kunnat se en skillnad i adherence mellan könen visar på ett motsatsförhållande vore det intressant om framtida forskning på området kunde undersöka närmare om det faktiskt finns signifikanta skillnader mellan kvinnor och mäns adherence till FaR.

Vårt resultat visade på att ökad ålder var en faktor för adherence till FaR (Grandes et al., 2009; Hanson et al., 2013; Leijon et al., 2010; Tobi et al., 2012). Det kan tyckas konstigt eftersom befolkning >50 år representerar det segment med flest stillasittande av den vuxna populationen (British Heart Foundation National Centre for Physical Activity and Health, 2008). Tobi et al. (2012) diskuterar detta och kommer fram till ett antal faktorer som tros förklara detta. Äldre människor är mindre tidsbegränsade än yngre, de är mer benägna att värdera den sociala interaktionen som erbjuds i gruppträning och de kan vara lättare för denna åldersgrupp att införliva den schemabaserade aktiviteten i det dagliga livet. Yngre människor har kanske inte bildat familj ännu i samma utsträckning som äldre har gjort, kan detta också vara en faktor till att de inte visar adherence? De kanske inte har något behov av ytterligare social interaktion än den de redan har i form av stora kompisgäng och så vidare. En annan orsak till att yngre inte visar hög adherence har visat sig vara ekonomiska förutsättningar (Leijon et al., 2011), vilket kan förklaras i eventuell arbetslöshet eller bara att personen är ny i arbetslivet, har låg lön och kanske inte haft förutsättningar för sparande. Kan det också vara så att läkar- och sjuksköterskeyrket har mer auktoritet hos 30-, 40- och 50-talisterna än för de yngre i samhället och att detta i så fall kan vara en bidragande faktor till adherence?

Då vi genom vårt syfte undersökte adherence hos människor oavsett deras sociala, kulturella, fysiologiska och psykologiska egenskaper, är det svårt att göra vårt resultat helt generaliserbart på så sätt att resultatet pekar på så många olika faktorer som påverkar adherence till FaR. Resultaten tyder på att FaR fungerar olika bra beroende på omständigheter som förskrivningsorsak, ålder, profession på förskrivaren, förskrivna aktivitet med mera, vilket leder oss till åsikten att det behövs ytterligare forskning på området. Speciellt kring adherence- och motivationsfaktorer. Därtill så behövs det tas fram ett FaR-program riktat mot enbart psykisk ohälsa då resultaten för denna patientgrupp är svaga med de nuvarande programmen utformade för fysisk ohälsa, samtidigt som fysisk aktivitet promteras som en viktig behandlingsåtgärd vid psykisk ohälsa (Mental Health Foundation, 2005). Även yngre har visat mindre ökning av adherence till fysisk aktivitet än äldre. Mer kvalitativ forskning skulle kunna leda till utveckling av mer lämpliga interventioner för patienter <50 år. Att kvinnor förskrivs FaR oftare än män säger inte direkt något om adherence, men är ändå en intressant iakttagelse. Eftersom kvinnor representerar cirka två tredjedelar av alla som förskrivs FaR hade mer forskning kring denna företeelse kunnat hjälpa till förståelse om adherence hos denna patientgrupp.

Slutsats och klinisk tillämpning

Patienter som får FaR, når i högre utsträckning de rekommenderade nivåerna av fysisk aktivitet än de som får standardvård. Således kan FaR öka adherence till fysisk aktivitet hos patienter. Även de som inte når upp till de rekommenderade nivåerna har ändå ökat sin fysiska aktivitet, signifikant mer än de som inte fått FaR. FaR bör därför ses som en effektiv metod för att öka nivåerna av fysisk aktivitet hos befolkningen, då även små ökningar av den fysiska aktiviteten kan ha potentiellt stora positiva effekter på personers hälsa. Metoden ligger i paritet med andra livsstilsförändrings åtgärder som till exempel rök- och alkoholavvänjning och når minst samma nivåer av adherence som farmakologiska behandlingar.

Fortsatt forskning

- Undersöka adherence- och motivationsfaktorer hos enskilda patientgrupper
- Kvalitativ forskning kring yngre patientgrupper
- Varför förskrivs FaR oftare till kvinnor än till män?
- Forskning som kan utveckla specialanpassat FaR för patienter med psykisk ohälsa

REFERENSER

Aittasalo, M., Miilunpalo, S., Kukkonen-Harjula, K., & Pasanen, M. (2006). A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. *Preventive Medicine, 42*(1), 40-46. doi: 10.1016/j.ypmed.2005.10.003

Angel Martinez-Gonzalez, M., Javier Varo, J., Luis Santos, J., De Irala, J., Gibney, M., Kearney, J., & Alfredo Martinez, J. (2001). Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 33*(7), 1142-1146.

Babor, T. F., Sciamanna, C. N., & Pronk, N. P. (2004). Assessing multiple risk behaviors in primary care: Screening issues and related concepts. *American Journal of Preventive Medicine 27*(2), 42-53. doi: 10.1016/j.amepre.2004.04.018

Beverley, A. L., Sally, B. R., Elley, C. R., Dowell, A. C., Fenton, A., & Moyes, S. A. (2008). Exercise on prescription for women aged 40-74 recruited through primary care: two year randomised controlled trial. *BMJ, 337*. doi: 10.1136/bmj.a2509

Bouchard, C., Shephard, R. J., & Stephens, T. (1994). *Physical activity, fitness, and health: international proceedings and consensus statement: [Second International Consensus Symposium on Physical Activity, Fitness, and Health, held May 5 to May 9, 1992, in Toronto, Canada]*. Champaign, Ill: Human Kinetics Publishers.

British Heart Foundation National Centre for Physical Activity and Health. (2008). *BHF National Centre: Guidelines for the promotion of physical activity with older people*. Loughborough: Loughborough University.

Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., . . . Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD004366.pub6

Crone, D., Johnston, L. H., Gidlow, C., Henley, C., & James, D. V. B. (2008). Uptake and Participation in Physical Activity Referral Schemes in the UK: An Investigation of Patients Referred with Mental Health Problems. *Issues in Mental Health Nursing, 29*(10), 1088-1097. doi:10.1080/01612840802319837

Department of Health. (2004). *At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health*. London: A report from the Chief Medical Officer, Department of Health.

Department of Health and Ageing. (1999). *National Physical Activity Guidelines for Australians*. Canberra: Department of Health and Ageing.

Eakin, E. G., Glasgow, R. E., & Riley, K. M. (2000). Review of Primary Care-Based Physical Activity Intervention Studies. *Journal of Family Practice*, 49(2), 158-168.

Elley, C. R., Kerse, N., Fellow, H., Arroll, B., & Robinson, E. (2003). Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 326(7393), 793. doi: 10.1136/bmj.326.7393.793

Eriksson, G. R. p. (2014). *Fråga Doktorn [TV-program]*. Sverige: Sveriges television AB.

Faskunger, J. (2013). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Faskunger, J., Leijon, M., Ståhle, A., & Lamming, P. (2007). *Fysisk aktivitet på recept (FaR®) : en vägledning för implementering*. [Stockholm]: Statens folkhälsoinstitut.

Fox, K., Biddle, S., Edmunds, L., Bowler, I., & Killoran, A. (1997). Physical activity promotion through primary health care in England. *Br J Gen Pract.*, 47(419), 367-369.

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Grandes, G., Sanchez, A., Sanchez-Pinilla, R., Torcal, J., Montoya, I., Lizarraga, K., . . . PEPAF Group. (2009). Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: A cluster randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, 169(7), 694-701. doi: 10.1001/archinternmed.2009.23

Hanson, C. L., Allin, L. J., Ellis, J. G., & Dodd-Reynolds, C. J. (2013). An evaluation of the efficacy of the exercise on referral scheme in Northumberland, UK: association with physical activity and predictors of engagement. A naturalistic observation study. *BMJ Open*, 3(8). doi: 10.1136/bmjopen-2013-002849

Harrison, R. A., Roberts, C., & Elton, P. J. (2005). Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity one year later? A randomized controlled trial. *Journal of Public Health*, 27(1), 25-32. doi: 10.1093/pubmed/fdh197

Haskell, W. L., Lee, I.-M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., . . . Bauman, A. (2007). Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the

American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise.*, 39(8), 1423-1434. doi: 10.1249/mss.0b013e3180616b27

Huang, N. (2005). Motivating patients to move. *Australian Family Physician*, 34(6), 413-417.

Kallings, L. V., Leijon, M., Hellénus, M.-L., & Ståhle, A. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(2), 154-161. doi: 10.1111/j.1600-0838.2007.00678.x

Kallings, L. V., & Leijon, M. E. (2003). *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept - FaR*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Kallings, L. V., Leijon, M. E., Kowalski, J., Hellénus, M.-L., & Ståhle, A. (2009). Self-reported adherence: a method for evaluating prescribed physical activity in primary health care patients. *Journal of physical activity & health*, 6(4), 483 - 492.

Kirkevold, M., & Larsson-Wentz, K. (2000). *Omvårdnadsteorier : analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Lawlor, D. A., & Hanratty, B. (2001). The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *Journal of Public Health*, 23(3), 219-226. doi: 10.1093/pubmed/23.3.219

Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219-229. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9

Leijon, M. E., Bendtsen, P., Nilsen, P., Ekberg, K., & Ståhle, A. (2008). Physical activity referrals in Swedish primary health care - prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions, and prescribed activities. *BMC Health Services Research*, 8(201), ???

Leijon, M. E., Bendtsen, P., Nilsen, P., Festin, K., & Ståhle, A. (2009). Does a physical activity referral scheme improve the physical activity among routine primary health care patients? *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 19(5), 627-636. doi: 10.1111/j.1600-0838.2008.00820.x

Leijon, M. E., Bendtsen, P., Ståhle, A., Ekberg, K., Festin, K., & Nilsen, P. (2010). Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care. *BMC Family Practice*, 11(1), 38. doi: 10.1186/1471-2296-11-38

Leijon, M. E., Faskunger, J., Bendtsen, P., Festin, K., & Nilsen, P. (2011). Who is not adhering to physical activity referrals, and why? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(4), 234-240. doi: 10.3109/02813432.2011.628238

Mental Health Foundation. (2005). *Up and running ! : how exercise can help beat depression : information for patients*. London: Mental Health Foundation.

Mental Health Foundation. (2013). *Let's Get Physical*. London: Mental Health Foundation.

Nationella folkhälsokommittén. (2000). *En hälsoinriktad hälso- och sjukvård : rapport från arbetsgruppen för analys av hälso- och sjukvårdens roll för folkhälsan*. Stockholm: Nationella folkhälsokommittén.

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing : concepts of practice*. St. Louis, Mo.: Mosby.

Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 16(S1), 3-63. doi: 10.1111/j.1600-0838.2006.00520.x

Petrella, R. J., & Lattanzio, C. N. (2002). Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature. *Can Fam Physician*, 48, 72-80.

Polit, D. S., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Shephard, R. J. (2003). Limits to the measurement of habitual physical activity by questionnaires. *British Journal of Sports Medicine*, 37(3), 197-206. doi: 10.1136/bjism.37.3.197

Sirur, R., Richardson, J., Wishart, L., & Hanna, S. (2009). The Role of Theory in Increasing Adherence to Prescribed Practice. *Physiother Can.*, 61(2), 68-77. doi: 10.3138/physio.61.2.68

Socialstyrelsen. (2004). *Hälso- och sjukvård : lägesrapport 2003*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sowden, S. L., & Raine, R. (2008). Running along parallel lines: how political reality impedes the evaluation of public health interventions. A case study of exercise referral schemes in England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(9), 835-841. doi: 10.1136/jech.2007.069781

Statens folkhälsoinstitut. (2011). *FaR® : individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

The Health and Social Care Information Centre. (2013). *Statistics on Obesity, Physical Activity and Diet: England, 2013* Leeds: Health and Social Care Information Centre.

Tobi, P., Estacio, E., Yu, G., Renton, A., & Foster, N. (2012). Who stays, who drops out? Biosocial predictors of longer-term adherence in participants attending an exercise referral scheme in the UK. *BMC Public Health*, *12*(1), 347. doi: 10.1186/1471-2458-12-347

U.S. Department of Health and Human Services. (1996). *Physical activity and health: a report of the surgeon general*. Atlanta, GA.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Vanhees, L., Lefevre, J., Philippaerts, R., Martens, M., Huygens, W., Troosters T., & Beunen, G. (2005). How to assess physical activity? How to assess physical fitness? *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, *12*(2), 102-114. doi: 10.1097/01.hjr.0000161551.73095.9c

Ward, D. S., Evenson, K. R., Vaughn, A., Brown Rodgers, A., & Troiano, R. P. (2005). Accelerometer Use in Physical Activity: Best Practices and Research Recommendations. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *37*(11), 582-588. doi: 10.1249/01.mss.0000185292.71933.91

Woodcock, J., Franco, O. H., Orsini, N., & Roberts, I. (2011). Non-vigorous physical activity and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *International Journal of Epidemiology*, *40*(1), 121-138. doi: 10.1093/ije/dyq104

World Health Organization. (2002). *The world health report : report of the Director-General. 2002, Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies evidence for action*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2014). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health - Physical Activity. Retrieved 2014-02-14, from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). (2008). *FYSS 2008 : fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

BILAGOR

BILAGA 1 SÖKTABELL

Datum	Sökord	Databas	Begränsningar	Antal träffar	Granskade abstract/artiklar	Valda artiklar
3/2-14	FaR AND nurse	PubMed	Engelska, från 2000	797	0	0
3/2-14	FaR AND nurse	Cinahl	Engelska, från 2000	407	0	0
3/2-14	Physical activity AND FaR AND nurse	PubMed	Engelska, från 2000	9	0	0
3/2-14	Physical activity AND FaR AND nurse	Cinahl	Engelska, från 2000	3	0	0
3/2-14	Physical activity AND prescription AND nurse	PubMed	Engelska, från 2000	38	15	2
3/2-14	Physical activity AND prescription AND nurse	Cinahl	Engelska, från 2000	12	3	1*
3/2-14	Exercise AND prescription AND nurse	PubMed	Engelska, från 2000	57	10	0
3/2-14	Exercise AND prescription AND nurse	Cinahl	Engelska, från 2000	21	7	1*
3/2-14	Physical activity referral AND nurse	PubMed	Engelska, från 2000	56	15	1

3/2-14	Physical activity referral AND nurse	Cinahl	Engelska, från 2000	2	0	0
3/2-14	Physical activity referral AND adherence	PubMed	Engelska, från 2000	55	17	4
3/2-14	Physical activity referral AND adherence	Cinahl	Engelska, från 2000	3	0	1*
3/2-14	Physical activity AND prescription AND adherence	PubMed	Engelska, från 2000	107	32	3
3/2-14	Physical activity AND prescription AND adherence	Cinahl	Engelska, från 2000	21	10	0
3/2-14	Kallings LV	PubMed	Engelska, från 2000	4	1	1
3/2-14	Kallings LV	Cinahl	Engelska, från 2000	1	0	1*
4/2-14	Minna Aittasalo	PubMed	Engelska, från 2000	14	3	1
4/2-14	Minna Aittasalo	Cinahl	Engelska, från 2000	4	3	1*
4/2-14	Elley CR, Kerse	PubMed	Engelska, från 2000	15	2	1

*Artikeln hade redan hittats i PubMed.

BILAGA 2 LITTERATURÖVERSIKT

Författare, år och land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
<p>A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care</p> <p>Aittasalo. M., Miilunpalo. S., Kukkonen-Harjula. K., Pasanen. M.</p> <p>2006 Finland Preventive Medicine</p>	<p>Syftet var att undersöka effektiviteten av receptbelagd rådgivning och självövervakning i främjandet av fysisk aktivitet i primärvården.</p>	<p>Randomiserad kontrollstudie med 67 läkare som slumpmässigt placerades i recept- eller ej-receptgruppen. 265 patienter utplacerades av sin läkare till någon av grupperna. Varannan patient i ej-receptgruppen fick en stegräknare. Resten blev kontrollgrupp. Uppföljning vid 2 och 6 månader med hjälp av frågeformulär.</p>	<p>Patienterna i receptgruppen ökade sin fysiska aktivitet mer än kontrollgruppen.</p>	<p>Hög</p>
<p>Uptake and participation in physical activity referral schemes in the UK: an investigation of patients referred with mental health problems</p> <p>Crone. D., Johnston. L. H., Gidlow. C., James. D. V. B.</p> <p>2008 Storbritannien Issues in Mental Health Nursing</p>	<p>Syftet med studien är att jämföra att jämföra initial progression, upptag, och slutförande bland patienter som anges på grundval av ett psykiskt hälsotillstånd och de som anges på grundval av ett fysiskt hälsotillstånd.</p>	<p>En kvantitativ observationsstudie av kohorttyp som jämförde resultaten av upptag, närvaro, och slutförande mellan två patientgrupper (mental hälsa, n = 134 och fysisk hälsa, n = 2767) som förskrivits FaR.</p>	<p>Patienter som förskrevs FaR av fysiska orsaker hade signifikant högre grad av genomförande än de som förskrivits av psykiska orsaker.</p>	<p>Medel</p>

<p>Effectiveness of counseling patients on physical activity in general practice: cluster randomized controlled trial.</p> <p>Elley, R. C., Kerse, N., Arroll, B., Robinson, E.</p> <p>2003 Nya Zeeland BMJ Open</p>	<p>Att bedöma långtidseffektiviteten av "green prescription-programmet", ett initiativ av allmänläkare för att rådgöra om fysisk aktivitet.</p>	<p>Randomiserad kontrollstudie med klusterurval. 3433 personer i åldern 40-79 år deltog i studien. Självskattningsformulär har använts för erinran av fysisk aktivitet de senaste tre månaderna. Att förstå engelska var ett kriterium.</p>	<p>Andelen deltagare som ökade sin fysiska aktivitet till 2.5 timmar av måttlig eller intensiv träning på fritiden var högre i interventionsgruppen än i kontrollgruppen. Män ökade sin fysiska aktivitet mer än kvinnor.</p>	<p>Hög</p>
<p>Effectiveness of Physical Activity Advice and Prescription by Physicians in Routine Primary Care A Cluster Randomized Trial</p> <p>Grandes. G., Sanchez. A., Ortega Sanchez-Pinilla. R., Torcal. J., Montoya. I., Lizarraga. K., Serra. J.,</p> <p>2009 Spanien Journal of the American Medical Association</p>	<p>Syftet var att bedöma effektiviteten av ett familjeläkarlett experimentellt promotionsprogram för fysisk aktivitet.</p>	<p>En randomiserad kontrollstudie med kluster urval. 56 läkare randomiserades till antingen standard vård eller interventionsvård. Läkarna rekryterade 4317 patienter som bedömdes som fysiskt inaktiva. Interventionsgruppen fick utöver standardinformation en individuell åtgärdsplan.</p>	<p>Efter sex månader hade interventionsgruppen ökat sin fysiska aktivitet mer än kontrollgruppen. Fler nådde den rekommenderade dosen för fysisk aktivitet.</p>	<p>Medel</p>
<p>An evaluation of the efficacy of the exercise on referral scheme in Northumberland, UK: association with physical activity and predictors of engagement. A naturalistic observation study</p> <p>Hanson. C. L., Allin. L. J., Ellis. J. G., Dodd-Reynolds. C. J.</p> <p>2013 Storbritannien</p>	<p>Syftet är att bedöma Northumberlands FaR-program i avseende ökad nivå av fysisk aktivitet och för att identifiera faktorer som kan förutspå engagemang.</p>	<p>Kvantitativ observationsstudie av kohorttyp där 2233 patienter av primärvård eller av specialistvård fått ett 24-veckors program, motiverande samtal och övervakad träning. Adherence bedömdes vid 12 och 24 veckor med ett frågeformulär och binär logistisk regression för att undersöka demografiska och</p>	<p>Adherence vid 12 veckor var 53.5% och vid 24 veckor 42.9%. Patienter som genomförde hela programmet ökade sin självskattade fysiska aktivitet signifikant. Faktorer som ökade adherence vid 12 veckor var ökande ålder, sociala faktorer samt anläggningen, vid 24 veckor var BMI och anläggningen faktorer till adherence.</p>	<p>Hög</p>

BMJ Open		förskrivningsorsaks faktorerers förhållande till adherence.		
Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity 1 year later? A randomized controlled trial Harrison. R. A., Roberts. C., Elton. P. J. 2004 Storbritannien Journal of Public Health	Syftet är att bedöma hur effektivt FaR i primärvården är på att öka fysisk aktivitet hos patienter 1 år efter förskrivning.	En randomiserad kontrollstudie där 545 primärvårdspatienter som bedömdes som inaktiva antingen förskrevs FaR eller enbart fick tryckt information jämfördes.	En signifikant ökning av den fysiska aktiviteten kunde ses hos FaR gruppen vid 6 månader. Vid 12 månader sågs däremot ingen signifikant ökning av den fysiska aktiviteten i gruppen som förskrivits FaR. Patienterna som förskrivits FaR hade ökad tillfredsställelse med informationen men detta påverkade inte adherence.	Medel
Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life Kallings. L.V., Leijon. M. E., Hellénus. M.-L., Ståhle. A. 2008 Sweden Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports	Syftet är att bedöma genomförbarheten och effekterna av FaR i rutinemässig klinisk miljö i avseende på fysisk aktivitetsnivå och livskvalitet efter 6 månader.	En kvantitativ observationsstudie av kohorttyp där 481 patienter, i ett frågeformulär, självuppskattade adherence, fysisk aktivitetsnivå, beredskap att förändra till en mer fysisk aktiv livsstil och välmående.	<i>Avsikt att behandla</i> -analysen visade en signifikant ökning i självuppskattad fysisk aktivitet och i handlings- och vidmakthållandestadiet.	Hög
Self-Reported Adherence: A Method for Evaluating Prescribed Physical Activity in Primary Health Care Patients Kallings. L.V., Leijon. M. E., Kowalski. J., Hellénus. M.-L., Ståhle. A.	Syftet var att undersöka självuppskattningen av adherence till individualiserad FaR i rutinemässig primärvård.	En kvantitativ observationsstudie av kohorttyp där 240 patienter som fick FaR som förebyggande eller behandlingsmetod av sjukdom, rekryterades från 13 svenska vårdcentraler. Självuppskattad adherence, fysisk aktivitetsnivå,	Vid 6 månader rapporterade 65 % adherence till receptet. 19 % rapporterade delvis adherence och 16 % rapporterade ingen adherence. Ett samband fanns mellan adherence och välmående, förändringsstadium och vidmakthållande.	Hög

2009 Sweden Journal of Physical Activity and Health		beredskap att förändra till en mer fysisk aktiv livsstil och välmående mättes med frågor vid baslinje och efter 6 månader.		
Exercise on prescription for women aged 40-74 recruited through primary care: two year randomized controlled trial Lawton. B. A., Rose S. B., Elley. R. C., Dowell. A. C., Fenton. A., Moyes. S. A. 2009 Nya Zeeland BMJ	Syftet var att under en 2-årsperiod bedöma effektiviteten av ett primärvårdsbaserat FaR-program bland relativt inaktiva kvinnor.	Randomiserad kontrollstudie med 1089 kvinnor mellan 40-74 år, som inte åtar sig minst 30 minuter måttlig intensiv fysisk aktivitet under minst 5 dagar på en vecka, fick en kortare fysisk aktivitetsintervention av en sjuksköterska samt personlig uppföljning vid 6 månader och månatliga telefonstöd under 9.	Vid 12 och 24 månader nådde fler ur interventionsgruppens upp till de rekommenderade nivåerna av fysisk aktivitet än de i kontrollgruppen.	Hög
Does a physical activity referral scheme improve the physical activity among routine primary health care patients? Leijon. M. E., Bendtsen. P., Nilsson. P., Festin. K., Ståhle. A. 2008 Sweden Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports	Syftet med studien var att analysera effektiviteten av FaR implementerat i primärvården.	En kvantitativ observationsstudie av kohorttyp där 6300 primärvårdspatienter som förskrivs FaR fick frågor av FaR koordinatören på sin vårdcentral om sin självuppskattade fysiska aktivitet via telefon, frågeformulär eller vid rutinbesök efter 3 och 12 månader.	Hälften av patienterna lyckades öka sin fysiska aktivitet vid 3 och 12 månader. Proportionerna av fysiskt inaktiva patienter sjönk under 12 månadsperioden och fysiskt aktiva patienter ökade.	Hög
Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care	Syftet var att bedöma patientens självuppskattade adherence till FaR vid 3 och 12 månader, för att analysera olika	En kvantitativ observationsstudie av kohorttyp där data inhämtades från 3300 personer i 37 av 42 vårdcentraler i	Den genomsnittliga graden av adherence till FaR var 56 % vid 3 månader och 50 % vid 12 månader. Större adherence var associerat med högre aktivitetsnivå vid baslinjen och med	Hög

<p>Leijon, M. E., Bendtsen, P., Ståhle, A., Ekberg, K., Festin, K., Nilsen, P.</p> <p>2010 Sweden BMC Family Practice</p>	<p>faktorer associerade med adherence och till FaR.</p>	<p>Östergötland under 2004.</p>	<p>hembaserade aktiviteter på receptet.</p>	
<p>Who is adhering to physical activity referrals, and why?</p> <p>Leijon, M. E., Faskunger, J., Bendtsen, P., Festin, K., Nilsen, P.</p> <p>2011 Sweden Scandinavian Journal of Primary Health Care</p>	<p>Syftet är att ta reda på vilka som har <i>adherence</i> till FaR och vilka som inte har det, och varför.</p>	<p>En kvantitativ okontrollerad interventionsstudie (En kvantitativ observationsstudie av kohorttyp där) med 1358 patienter som hade låg adherence till FaR samlades in från 38 vårdcentraler i Sverige. Patienter som var berättigade FaR hade fått ett recept och utifrån detta samlades data in om patienten vid baslinje. Uppföljning vid tre månader.</p>	<p>Sjukdom och smärta var de vanligaste orsakerna till non-adherence bland de äldsta patienterna. De yngsta skyllde på ekonomi och tidsbrist mer frekvent än de äldre. Anläggningsbaserad träning var en mer frekvent faktor till non-adherence än för de som fått hembaserad träning förskrivna.</p>	<p>Hög</p>
<p>Who stays, who drops out? Biosocial predictors of longer-term adherence in participants attending an exercise referral scheme in the UK</p> <p>Tobi, P., Estacio, E. V., Yu, G., Renton, A., Foster, N.</p> <p>2012 Storbritannien BMC Public Health</p>	<p>Syftet är att undersöka vilka faktorer som påverkar adherence till FaR över längre tid.</p>	<p>En kvantitativ observationsstudie av kohorttyp där data samlades in från 701 patienter som förskrivits FaR under 1 år. Faktorer för adherence och non-adherence identifierades och användes i en logistisk regressionsanalys för att fastsätta vilka faktorer som kan förutspå adherence över längre tid.</p>	<p>Ålder och medicinsk status identifierades som nyckelfaktorer för adherence över längre tid.</p>	<p>Medel</p>