



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

Institutionen för
vårdvetenskap

Helen Lundberg

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

Självständigt arbete i vårdvetenskap. 15 hp, VKGV51, HT 2016

Kandidatexamen

Handledare: Birgitta Fläckman

Examinator: Berit Seiger Cronfalk

**Primärvårdens utmaningar och möjligheter vid förskrivning av FaR
En litteraturöversikt**

The challenges and opportunities in primary care, when prescribing

Physical Activity

A literature review

Sammanfattning

- Bakgrund:** Fysisk inaktivitet orsakar stora kostnader för samhället, både inom sjukvården och på grund av produktionsbortfall, vilket uppskattas till sex miljarder kronor per år i Sverige. Det finns vetenskapligt belägg för att fysisk aktivitet på recept (FaR[®]) är ett bra alternativ till att ge medicin. Hur detta hanteras inom primärvården är därför av intresse, då det är denna vårdenhet som oftast har den första kontakten med kommande riskgrupper och därmed också stora möjligheter att påverka genom att motverka inaktivitet och främja hälsa. Författarens egna observationer väckte intresse för att undersöka hur sjuksköterskan kan bidra till just detta inom primärvården och med FaR[®] som verktyg.
- Syfte:** Att belysa primärvårdens utmaningar och möjligheter att förskriva fysisk aktivitet på recept.
- Metod:** För att besvara syftet genomfördes en litteraturöversikt. Åtta vetenskapliga artiklar med kvalitativ metod analyserades för att belysa utmaningar och möjligheter.
- Resultat:** Analysen av de vetenskapliga artiklarna ledde fram till tre huvudkategorier, *utmaningar och hinder, nytta för patienten och samhälle och metodens möjligheter*. Kategorierna speglar aspekter som haft betydelse för fysisk aktivitet på recept inom primärvården.
- Diskussion:** Metoddiskussionen tar upp fördelar och nackdelar med den valda metoden. I resultatdiskussionen analyseras resultatet återkopplat till Anonovskys teori och diskuteras utifrån att; kompetens, tid, struktur samt organisatoriskt och politiskt stöd är av central betydelse för att metoden FaR ska fungera väl som alternativ behandling inom primärvården.
- Nyckelord:** Fysisk aktivitet på recept, FaR[®], primärvård, sjuksköterska, omvårdnad

Abstract

Background: Physical inactivity is causing major costs to the Swedish society (estimated to six billion SEK per year), due to increasing health care costs and a decline in production. There is scientific evidence that physical activity on prescription (FaR®) is an efficient alternative to pharmaceuticals. With this in mind it is therefore of interest how this handled within primary care, since primary care usually are the first contact with future risk groups and could have a great potential to influence by preventing inactivity and encourage health. Personal observations of the author arouse interest to investigate how nurses can contribute to increased health with FaR® as a tool within primary care.

Objective: To highlight the challenges and opportunities to prescribe physical activity on prescription in primary care.

Method: To meet the objective a literature review was conducted. Eight scientific articles with qualitative methods were analysed to highlight challenges and opportunities.

Result: The analysis of the scientific articles led to three main categories, *challenges and constraints, benefits for the patient and society, and the potential of the method*. The categories reflects the aspects that had significance for physical activity on prescription in primary care.

Discussion: The methodological discussion brings up the advantages and disadvantages of the chosen method. In the results discussion the result is analysed and discussed with reference back to Anonovskys theory that; expertise, time, structure and the organizational and political support is key for the method FaR® (physical activity on prescription) to succeed as an alternative treatment within primary care.

Keywords: Physical activity on prescription, FaR®, primary care, nurse, nursing

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	4
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT (FAR [®])	2
TEORIER SOM LIGGER SOM GRUND FÖR FAR.....	3
<i>Sociala kognitiva teorier</i>	3
TRANSTEORETISKA MODELLEN	3
PERSONCENTRERAT FÖRHÅLLNINGSSÄTT	4
<i>Personcentrerad vård – personalism som filosofisk grund och personalismens ontologi</i>	4
FYSISK AKTIVITETS VERKAN OCH EFFEKTER	5
SJKSKÖTERSANS HÄLSOFRÄMJANDE UPPDRAG	6
<i>Definition av motivation</i>	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT OCH KONSENSUS BEGREPP	7
KONSENSUSBEGREPPET HÄLSA.....	8
<i>Hälsa och hälsofrämjande utifrån ett salutogent perspektiv</i>	8
KONSENSUSBEGREPPET MÄNNISKAN	8
METOD	9
DATAINSAMLING	9
URVAL	9
DATAANALYS.....	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDE	10
RESULTAT	10
UTMANINGAR OCH HINDER	10
<i>Faktorer som inverkar på införandet av fysisk aktivitet i primärvården</i>	10
NYTTAN OCH FÖLJSAMHETEN	11
METODENS MÖJLIGHETER	12
<i>Motiverande samtal</i>	12
<i>Komplexa insatser med teoribaserad beteendeförändringstekniker</i>	12
<i>Holistiskt program</i>	13
DISKUSSION	14

METODDISKUSSION.....	14
RESULTATDISKUSSION.....	14
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	18
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	19
SLUTSATS	20
REFERENSER:.....	22
BILAGA 1. SÖKMATRIS	29
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	30

Inledning

Efter att ha observerat vad fysisk aktivitet kan göra för människans livskvalitet och självkänsla väcktes mitt intresse att utforska förskrivningen av fysisk aktivitet på recept närmare. De resultat som betraktats genom mina yrkesverksamma år har berört mig djupt vilket också motiverat till att utvecklas inom begreppet hälsa för kommande yrke som sjuksköterska.

Författarens erfarenhet är att fysisk aktivitet ger en stärkande effekt både fysiskt och psykiskt. Effekterna som observerats är att då kroppen upplevs starkare och då fokus förflyttas från inre tankar till en konkret fysisk ansträngning händer något positivt med tankar och självbild. Erfarenheterna har fått författaren att vilja belysa utmaningar och möjligheter som finns gällande att förskriva fysisk träning på recept (FaR®).

Observationerna väcker intresse att undersöka hur sjuksköterskan kan bidra till just detta inom primärvården och med fysisk aktivitet på recept (FaR®) som verktyg.

Oavsett arbetsplats så är grunden i professionen hälsofrämjande omvårdnadsarbete, som upprätthålls utifrån ett salutogent förhållningssätt för att bevara hälsa och livskvalitet hos människan. Sjuksköterskan ska förbygga sjukdom genom att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker samt motivera till förändring då behov finns, genom att utgå från människans resurser och förmåga till egenvård.

Författaren har valt att ta bort symbolen ® efter FaR i texten för att göra det mer lättläst för läsaren. Symbolen symboliserar att FaR är ett skyddat varumärke enligt Patent- och registreringsverket.

Bakgrund

Dahlberg och Segesten (2013) menar att vårdandet har som syfte att stärka individens livskraft så att personen själv kan ta in sin situation och återfå en accepterad balans för att kunna fortsätta med sina livsprojekt. De beskriver vidare hur viktigt det är att göra patienten delaktig i hälso- och vårdprocessen och finna livslust, meningsfullhet och meningsskapande. Människobilden utgår från ett humanvetenskapligt perspektiv inom vårdvetenskapen vilket innebär att människan framstår som ”något mer än det som med hjälp av naturvetenskapliga metoder kan beskrivas och mätas” (Dahlberg, 1993, s.35; Wiklund, 2003, s.41).

Fysisk aktivitet på recept (FaR[®])

Statens Folkhälsoinstitut (2011) beskriver att FaR innebär individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet. Till metoden har även en lärobok om FaR, FYSS (2008) utarbetats på regeringens uppdrag och syftet med skriften är att sprida kunskap och erbjuda utbildningsmaterial till målgrupper som: hälso- och sjukvårdspersonal, folkhälsoplanerare och aktivitetsplanerare. Läroboken och metoden har som syfte att stödja evidensbaserat förebyggande och hälsofrämjande arbete inom hälso- och sjukvården.

Det är bra med en god ekonomi för folkhälsans skull men det är ännu viktigare med en god folkhälsa för den ekonomiska utvecklingen. Fysisk inaktivitet orsakar stora kostnader för samhället, både inom sjukvården och på grund av produktionsbortfall, vilket uppskattas till sex miljarder kronor per år i Sverige (Folkhälsoinstitutet, 2011).

Det finns enligt Statens Folkhälsoinstitut (2011) vetenskapliga belägg för att FaR är ett bra alternativ till att ge medicin. Regelbunden motion har en väl säkerställd effekt vid flera olika diagnoser, till exempel: diabetes, Plotnikoff, Lippke, Courneya, Birkett, & Sigal. (2010), postmenopausal bröstcancer, Hildebrand (2013), kardiometabola riskfaktorer, Kallings et al. (2009) och depression, Agudelo et al., (2014); Mammen & Faulkner (2013).

FaR kan förskrivas av läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter eller annan legitimerad vårdpersonal. Förskrivningarna sker på många verksamheter men främst inom primärvården enligt Sveriges kommuner och landsting (2011). Beroende på diagnos ges förslag på aktivitet vilket kan vara allt från promenad till yoga, trädgårdsarbete, vattengymnastik eller styrketräning. Viktig del i detta är att pulsen behöver höjas för att få den effekten som eftersträvas (Statens Folkhälsoinstitut, 2011).

Teorier som ligger som grund för FaR

Sociala kognitiva teorier

Den sociala kognitiva teorin menar att det finns en växelverkan mellan omgivning, beteende och individ och att det finns faktorer som är viktiga att arbeta med för att individen ska bli mer fysisk aktiv. Teorin lägger vikt på den egna förmågan, den egna målsättningen och registreringen av den egna fysiska aktiviteten. Begreppet ”self-efficacy” (tilltron till den egna förmågan) har visat sig ha det största sambandet med den utförda fysiska aktivitetsnivån. Tilltron till den egna förmågan påverkas av föreställningar och erfarenheter kopplat till fysisk aktivitet (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Self-efficacy är relaterat till men inte samma sak som självförtroende. Självförtroende är mer självorienterat, en uppskattning av ett inre tillstånd, self-efficacy är situationsbundet, uppgiftsorienterat, förändringsbart och beroende på omständigheter (Faskunger & Nylund, 2014).

Enligt den socialkognitiva teorin behövs tre insikter för att en förändringsprocess ska kunna påbörjas: (1) en medvetenhet om förhöjd risk för sjukdom, (2) förväntad effekt vid förändring, (3) en tro på sin förmåga (Faskunger & Nylund, 2014).

Genom att stärka self-efficacy kan den fysiska aktiviteten öka. Förhållanden/situationer som kan påverka self-efficacy är: graden av socialt stöd, omgivande miljö (social och fysisk), val av aktivitet, målsättning och intensitet. Self-efficacy går också att stärka genom förebilder, individuella framsteg, genom att skynda långsamt, bryta ner stora och svåra uppgifter till mindre och mer lätthanterliga uppgifter. Sen kan även realistiska mål, uppmuntran och beröm stärka self-efficacy (Faskunger & Nylund, 2014).

Transteoretiska modellen

Bakgrunden till den transteoretiska modellen skapades då forskarna Prochaska och DiClemente valde att undersöka hur formella program, eller individer på egen hand, går tillväga när de vill förändra vanor som till exempel att sluta röka, gå ner i vikt eller lösa andra hälsoproblem. De fann att framgångsrik beteendeförändring består av en kombination av strategier, processer och tekniker som används från start till mål. Kombinationerna gör en succesiv förflyttning genom fem olika stadier av förändringsbenägenhet: inte beredd, begründande, förberedelse, handling och upprätthållande. Grundstrukturen i den stadiobaserade modellen har stor genomslagskraft inom forskning och hälsofrämjande arbete tack vare sin tilltalande användbarhet (Faskunger & Nylund, 2014). Behandlaren utgår från var individen befinner sig och anpassar strategier och hjälpmedel utifrån behov.

Det kan handla om att diskutera fördelar och nackdelar då individen upplever ambivalens, medvetandegöra det aktuella beteendet och omvärdera den egna situationen (Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Det finns ibland även ett sjätte stadium, återfall. Återfall innebär en tillbakagång i förändringsprocessen, (eller ett tillfälligt stopp), en linjär och snabb förflyttning genom de olika förändringsstadierna är tämligen ovanligt eftersom återfall/snedsteg av varierande orsaker är vanliga inslag. Individen faller av olika orsaker tillbaka till tidigare stadier, kanske vid flera tillfällen innan de når slutmålet (Faskunger & Nylund, 2014).

Personcentrerat förhållningssätt

Fysisk aktivitet på recept (FaR) grundar sig i ett personcentrerat förhållningssätt som enligt Willman (2010) är i en vårdkontext som innebär att hälso- och sjukvårdens resurser är centrerad kring människan istället för specialiserade avdelningar. Willman (2010) beskriver att det finns ett krav på att specialiseringen ska brytas ner och att vården ska ha patientperspektivet som utgångspunkt, i så kallade vårdkedjor. Det finns även en förväntan från politiskt håll på att få se en mer aktiv och delaktig patient vilket skulle leda till en säkrare, tryggare och mer kostnadseffektiv vård. Coulter & Ellins (2006) forskningsrapport visar att patientfokuserade åtgärder förbättrar patientens förmåga till egenvård, ökar säkerheten och tillgängligheten samt ger en ökad tillfredsställelse med vården.

Personcentrerad vård – personalism som filosofisk grund och personalismens ontologi

Varandet (being) betonas i personalismen och den fundamentala grunden för varande är att vara medveten om egna och andras handlingar och att handla utifrån det (Ekman & Norberg, 2013). En person avses vara en varelse med självkänedom, värdighet och självrespekt som kan medverka i en beslutsprocess. En person vägleds av moral och etik, är ett centrum av reflektion och har en medvetenhet som kan transcendera (överskrida) sin kropp genom subjektiv lärdom. En person är ansvarig för sina handlingar och interaktioner.

Dessa egenskaper kan uppmärksammas eller negligeras, uppmuntras eller motverkas, förstärkas eller förminsas av andra människor. I personalismen betonas autonomi och att människan är fri, men autonomi innebär inte oberoende utan snarare ömsesidigt beroende. Personcentrering inom vård och medicin därför kan uppfattas som en reaktion mot reduktionism, paternalism, och medikalisering: patienten är inte sin sjukdom utan en person (Ekman & Norberg, 2013).

Fysisk aktivitets verkan och effekter

Brown et al. (2003) menar att fysisk aktivitet förbättrar livskvaliteten och att personer som uppnår rekommenderade aktivitetsnivåer är mer benägna att ha en mer hälsorelaterad livsstil och upplever därigenom en högre hälsostatus.

Enligt Bull et al. (2004) är otillräcklig aktivitet en av de 10 största riskfaktorerna och svarar för 22 procent av ischemisk hjärtsjukdom, 11 procent av ischemisk stroke, 14 procent av diabetes typ 2, 16 procent av koloncancer och 10 procent av bröstcancer i världen.

Fysisk aktivitet skulle kunna förebygga 600 000 för tidiga dödsfall bara i Europa. Den fysiska inaktiviteten är även en betydande bakomliggande faktor vid högt blodtryck, höga blodfetter och övervikt (World Health Organization Europé, 2005). En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård och en ökad fysisk aktivitet är därför angelägna faktorer för bättre hälsa i Sverige enligt Regeringens proposition (2008). Den hälsofrämjande rekommendationen, som Svenska läkarförbundet står bakom (Stähle, 2008), är att alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 min. Intensiteten bör vara åtminstone måttlig, en rask promenad till exempel. Intensitetsnivån är individuell och relativ samt påverkas av ålder, vikt, personlighet och träningsvanor. Definitionen i den kliniska vardagen kan vara en intensitet som ger upphov till lätt andfåddhet och svettning eller en intensitet som medger samtal.

Fysisk aktivitet är lika bra som kognitiv beteende terapi (KBT), menar Andersson, Hovland, Kjellman, Taube och Martinsen (2015). Deras studie tyder på att individer som söker vård på grund av depression också bör rekommenderas konditionsträning, styrketräning och fysisk aktivitet då det vid lindrig till måttlig depression, minskar depressivt symtom i lika hög grad som KBT och antidepressiva läkemedel. Agudelo et.al (2014) hade en hypotes i sin forskning om att musklerna tillverkade ett ämne som hade en välgörande effekt på hjärnan men det visade sig vara precis tvärtom, de aktiva musklerna tillverkar ett enzym som renar kroppen från skadliga ämnen. Enzymet som tillverkas av musklerna heter Kynurenin aminotransferaser (KAT) och medverkar i omsättningen av aminosyror och bryter ner kynurenin som är ett ämne som bildas vid stress och som har en skadlig inverkan på hjärnan. Detta är en av förklaringarna till varför fysisk aktivitet fungerar som behandling mot depression. De anser att de individer som är aktiva också löper mindre risk för att insjukna i depression samt att den fysiska aktiviteten underlättar tillfrisknandet efter sjukdomsförloppet.

Sjuksköterskans hälsofrämjande uppdrag

I sjuksköterskeutbildningen ingår bland annat grunderna gällande fysisk aktivitet och diagnoser som orsakas av inaktivitet. Den centrala roll sjuksköterskan har när det gäller att informera om effekterna av ett långvarigt stillasittande samt uppmuntrande av vardaglig aktivitet är tydlig. Att arbeta med att motverka det stillasittande beteendet är en omvårdnadsåtgärd och en av sjuksköterskans främsta uppgift (Lidin, 2013). Sjuksköterskans hälsofrämjande arbete baseras på omvårdnadsvetenskap, kombinerad med medicinsk- och folkhälsovetenskaplig kunskap. Individens meningsupplevelse och värderingar har stor betydelse och sjuksköterskan främjar hälsan genom att stärka personens egen tilltro till sina egna resurser. Sjuksköterskan tar tillvara det friska hos individen och gör det möjligt till optimal delaktighet i vård och behandling genom dialog med patienten och hens närstående i vissa fall (Boman & Brink, 2015). Sjuksköterskan främjar hälsan och förebygger sjukdom genom att aktivt identifiera och förebygga hälsorisker samt vid behov motivera patienten till livsstilsförändring (Sjuksköterskeföreningen, 2010).

Definition av motivation

Definitionen på motivation i det här sammanhanget kan vara: en specifik förändringsstrategi, som innebär att motivationen är avhängd på strategin som ges som förslag (Faskunger & Nylund, 2014). En individ kan uppleva hög motivation till cykling och promenader men inte till styrketräning och löpning. Motivationen framställs oftast som antingen av eller på, antingen är individen motiverad eller så är individen det inte, men det handlar oftast inte om att individen generellt är omotiverad utan att personen är omotiverad till just en specifik förändringsstrategi. Det är ett sinnestillstånd som är mer eller mindre förändringsbenäget vilket kan skifta över tid. Det är inget stabilt karaktärsdrag. Det handlar inte bara om att påbörja en förändring utan det handlar också om att upprätthålla en förändring och ny vana på längre sikt. Motivation är uppbyggt på två olika begrepp: motiv och rörelse (Faskunger & Nylund, 2014).

Problemformulering

Fysisk inaktivitet är ett nationellt hälsoproblem som enligt forskning ligger som grund för många av våra folksjukdomar. Fysisk inaktivitet är den fjärde största orsaken till förtidig död och bidrar därmed till 5,5 procent av sjukdomsburden i Europa. Fysisk aktivitet är därför en av de viktigaste faktorerna som kan påverka och förhindra denna utveckling. Därför är det av vikt att belysa hur primärvårdens utmaningar och möjligheter ser ut i relation till förskrivning av FaR.

Syfte

Att belysa primärvårdens utmaningar och möjligheter att förskriva fysisk aktivitet på recept.

Teoretisk utgångspunkt och konsensus begrepp

Studiens teoretiska utgångspunkt är hämtat från Aaron Antonovsky (1991) teori och nyckelbegreppet salutogenes som betyder ”hälsans ursprung”. Den positiva innebörden i begreppet är att begreppet hälsa blir utgångspunkten i tanken och inte sjukdom och ohälsa, vilket är gällande i patogenes. Antonovskys perspektiv utgår från vad som gör att vissa människor förblir friska trots påfrestningar, han har inte i motsats till de som granskar medicinska och samhällsvetenskapliga sammanhang sjukdomsperspektivet, utan undersöker varför vissa utvecklas och växer trots utmaningen livet kan medföra. Han menar att det inte räcker med att laga ”broläggningen” över ”livsfloden” utan vi behöver lära människan att simma. Teorin rimmar väl med det FaR - metoden vill åstadkomma och konsensusbegreppen människa och hälsa blir då logiska val i sammanhanget. Människan är i centrum och även begreppet KASAM (känsla av sammanhang) som har tre komponenter – begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet vilket enligt teorin är en förutsättning för upplevd hälsa (Antonovsky, 1991).

Konsensusbegreppet hälsa

Hälsa och hälsofrämjande utifrån ett salutogent perspektiv

Hälsa ses i ett holistiskt perspektiv vilket innebär, fysisk, psykisk, social och spirituell hälsa (livskvalitet). Hälsa är möjlig att tillämpa på individnivå (mikro) gruppnivå (meso) och organisationsnivå och samhällsnivå (makro). Hälsa ses som en process i ständig rörelse och där den som ger omsorg alltid, i viss mån, kan se till det som är friskt trots sjukdom.

Perspektivet eftersträvar stödjande miljöer och sammanhang betonas. Patientens inre resurser och omgivning används för att upprätthålla, utveckla hälsan och uppmuntras att förverkliga sina ambitioner och tillgodose sina behov. Människan ges förutsättningar till förändring som främjar hälsa och upplevd mening eftersträvas. En tolkning och förståelse av begreppet hälsa och livskvalitet med salutogent perspektiv kopplar samman externa resurser med individen-, gruppen- och samhällets resurser (Eriksson & Lindström, 2007). Det salutogena synsättet strävar efter att sjuksköterskan försöker förstå individens livsvärld och vilka faktorer som har betydelse för hens hälsa (Boman & Brink, 2015).

Konsensusbegreppet människan

Människan är kropp, själ och ande utifrån ett teoretiskt perspektiv vilket innebär att den levande människan är allt detta samtidigt. Den personliga identiteten upplevs av oss själva som kännande och levda kroppar där vi skapar mening och sammanhang, ”kroppen är vår väg till livet och världen” (Rosberg, 2000; Wiklund, 2003). Förutsättningen för att kunna skapa själsliga och andliga uttryck, det mänskliga som tänkande, kännande, upplevande och meningssökande – är kroppen, människan är förkroppsligad (Wiklund, 2003). När människan törs uppleva livet genom sin kropp, skapas en möjlighet att uppleva mening (Rosberg, 2000).

Varje människa har sin egen kultur i form av minnen, tradition, lidande, självbild, förhoppningar och sina upplevelser med sig in i mötet. De olika kulturerna möts och påverkas av varandra och förutsättningarna för att detta möte ska upplevas som äkta är att de inblandade förstår varandras kulturer. Här behöver den vårdande se bortom sina egna fördomar som kan kopplas till olika beteenden, symtom eller rollen patienten förmedlar (Wiklund, 2003).

Metod

För att besvara problemformuleringen valdes metoden litteraturöversikt.

I litteraturöversikten har en översikt skapats som speglar kunskapsläget inom det omvårdnadsrelaterade ämnet. Urvalet granskades och analyserades utifrån ett kritiskt förhållningssätt och bygger på aktuell forskning (Friberg, 2012).

Datainsamling

Artiklarna hittades i databas Cinahl Complete.

Sökorden som har valts på engelska är: physical activity, primary care, nursing, nursing care, prescription and physical activity, exercise och sports.

Tidsintervallet i sökningarna har varit år 2006-2016. Två manuella sökningar gjordes efter att ha läst kappan på Kallings doktorsavhandling. De manuella sökningarnas titlar var: Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life och Self-Reported Adherence: A Method for Evaluating Prescribed Physical Activity in Primary Health Care Patients. Artiklarna gick ej att hitta via de sökord som angavs i artiklarna.

Urval

Sökningens begränsningar var: Full text + Peer Reviewed + abstract + English + Human och tidsintervallet var 2006-2016. Urvalet gjordes genom att läsa titlarna på de artiklar som kom upp som träffar och sedan lästes abstracten till de artiklar som verkade svara på studiens syfte. De åtta artiklar som valts är alla kvalitativa varav tre är svenska, två från Nederländerna, två från England och en är från Nya Zeeland.

Dataanalys

Vid dataanalysen har Fribergs metod använts genom kritisk granskning för att förstå helhet och sammanhang. I analysen studeras samband, olikheter, likheter i flera led (Friberg, 2012). Informationen har samlats in i två faser, den inledande informationssökningen och den egentliga informationssökningen enligt Östlundh (2012), den inledande fasens syfte är att få fram tillräckligt med information till bakgrunden vilket leder fram till andra fasen som är den egentliga informationssökningen. Andra fasen leder därefter till författarens val av artiklarna som utgjort grunden för arbetet.

Forskningsetiska övervägande

Studien inkluderar endast artiklar som har tillstånd från etisk kommitté eller kan påvisas ha gjort ett noggrant etiskt övervägande för att öka det vetenskapliga värdet (Wallengren & Henricson, 2012). Det finns forskningsetiska principer som forskning har att förhålla sig till. Syfte med dessa är att ge normer för förhållandet mellan forskare och deltagarna vilket ska ge en god avvägning mellan forskningskravet och individskyddet (Vetenskapsrådet, 2011). Författaren är också medveten om sina begränsade kunskaper i det engelska språket vilket kan leda till feltolkningar, extra noggrannhet har därför vidtagits i översättningen av svårbegripliga ord under bearbetningen av de vetenskapliga texterna och där har MeSH använts som verktyg. Det har också varit författarens strävan att presentera all forskning som framkommit oavsett om den har visat sig stödja eller inte stödja uppsatsens resultat, detta för att inte ge en skev bild av kunskapsläget.

Resultat

Analysen av de vetenskapliga artiklarna ledde fram till tre huvudkategorier, *utmaningar och hinder*, *nytta för patienten och samhället* och *metodens möjligheter*. Kategorierna speglar aspekter som haft betydelse för fysisk aktivitet på recept inom primärvården. Analysen visar att det finns utmaningar och möjligheter för professioner som behandlar med metoden FaR inom primärvården.

Utmaningar och hinder

Faktorer som inverkar på införandet av fysisk aktivitet i primärvården

I analysen av materialet framkom att fysisk aktivitet på recept är en komplex metod att arbeta med inom primärvården. Processen kräver ett stort engagemang, utbildning, kompetens och en tydlig organisation kring införandet och om resurser inte frigörs och struktureras blir det en stor utmaning för alla berörda (Huijig et al., 2014; Beighton et al., 2015). Förutsättningarna för införande av fysisk aktivitet på recept ska fungera är att det finns ett intresse från myndigheter och organisationer samt att de yrkesverksamma tror på att förebyggande åtgärder är viktigt. Forskarna fann att de förebyggande insatserna skulle förbättras om livsstilsförändrande behandlingsmetoder ingick i primärvårdspersonalens utbildning. Detta kräver sociopolitiskt och ekonomiskt stöd från regering, lokala myndigheter och försäkringsbolag. Det som också kan underlätta processen är att samarbeten och nätverk

byggs upp mellan primärvård och viktiga intressenter. Ett genomtänkt införande av metoden skapar förutsättningar för att behandlingsformen också blir långsiktig och hållbar. Huijig et al. (2014) visar också att det är av stor vikt att de yrkesverksamma stödjer insatser eftersom det är de som i slutändan ska implementera metoden till patienten. Införande av metoden ska vara förenlig med de yrkesverksammans kunskaper, färdigheter och rutiner. Metoden behöver integreras i verksamheten och i det dagliga arbetet på ett strukturerat och organiserat sätt. Det är också viktigt att det finns lämpliga sportleverantörer i anknytning till primärvården som primärvården kan remittera till (Huijig et al. 2014).

Beighton et al. (2015) fokuserade sina semistrukturerade studier på två grupper med sjuksköterskor från två olika primärvårdscentraler i England. Den ena gruppen bestod av tio sjuksköterskor och den andra av 12 sjuksköterskor. Sjuksköterskorna skulle i samband med att de använde metoden fysisk aktivitet på recept även undersöka hur användbart det var att introducera patienten i teoribaserad beteendeförändrings teknik (TBT) och därmed belysa om denna teknik kan hjälpa människor att öka sin fysiska aktivitet. Det som framkom i intervjuerna med sjuksköterskorna var att de tyckte att beteendeförändringstekniken i primärvården kräver lämplig utbildning och stöd både initialt och under försöket, samt tid för samråd. Utmaningarna var tidsbrist och fördelarna var att det blev en förbättrad kvalitet och rådgivning gentemot patienten.

Nyttan och följsamheten

Leijon et al. (2010) har i sin studie haft som syfte att utvärdera patienternas följsamhet till fysisk aktivitet på recept och de har också studerat olika egenskaper som förknippades med föreskrivning samt undersöker om förskrivningar implementeras på rutin inom primärvården. Studien visade att efter tre månader var följsamheten 56 % och efter 12 månader var följsamheten 50 %. Studien visade också att desto högre aktivitetsnivån var desto bättre var följsamheten. Kallings, Leijon, Kowalski och Hellénus (2009) visade liknande resultat i sin studie som hade som syfte att undersöka följsamhet till förskrivna recept. Analysen visade att följsamheten till förskrivna recept är minst lika bra som till traditionella medicinska recept som ges till patienter med kronisk sjukdom (Leijon et al., 2010; Kallings et al., 2009) och i Leijon et al. (2010) studie går det även att förstå att träning som kan utföras i hemmet eller i natur visar på större följsamhet än träningshänvisningar som behöver göras på en träningsanläggning.

I Patel et al. (2013) resultat framkom ett positivt samband mellan fysisk aktivitet och en minskning av depressiva symtom och en upplevd mental hälsa oavsett program och dessa förändringar var också uppenbara vid uppföljning. Kallings, Leijon, Hellenius och Ståhle (2008) visade att när den fysiska aktivitetens nivå höjdes genom förskrivningen FaR så ökade också förändringsbenägenheten och livskvalitén för deltagarna likartat.

Metodens möjligheter

Motiverande samtal

Hardcastle, Blake och Hagger (2012) har i sin studie undersökt effektiviteten av motiverande samtal i samband med fysisk aktivitet och beteendeförändringar. Studien gjordes i ett fattigt samhälle i Storbritannien. Fem rådgivare rekryterade 207 patienter och erbjöd motiverande samtal som skulle stötta beteendeförändring relaterad till fysisk aktivitet. Efter sex månader uppfattades en betydande förbättring av fysisk aktivitet, socialt stöd och beteendeförändring. Det visade sig tydligt att de som var mer aktiva i sina återkommande samtal också hade en ökning i sin totala fysiska aktivitet. Det visade sig också ha en positiv påverkan om patienterna hade socialt stöd från vänner och familj. Studien visar att motiverande samtal är en effektiv metod för att främja aktivitet för människor med en lägre socioekonomisk status på kort sikt. Studien visade också god translationell (ömsesidigt utbyte med konkreta vårdfall) effektivitet vilken mynnar ut i att insatser kopplat till fysisk aktivitet kunde begränsas då motiverande samtal fick patienten att öka sin fysiska aktivitet.

Komplexa insatser med teoribaserad beteendeförändringstekniker

I Beighton et al., (2015) introducerade sjuksköterskorna teoribaserad beteendeförändringstekniker i samband med behandling för att öka fysisk aktivitet. Patienten fick individuella samtal för att stödja beteendeförändringar, stegräknare och hastighetsmätare i kombination med handledning i fysisk aktivitet. I de beteendeförändrande samtalen ingick målformulering, egenkontroll och återfallsförebyggande åtgärder.

De komplexa insatserna accepterades av 86 % av deltagarna. Försöken var framgångsrika och visade att interventionerna var effektiva för att öka den genomsnittliga fysiska aktiviteten både efter tre månader och 12 månader. Grundutbildningen och stödet sjuksköterskorna fick under studietiden ansågs vara avgörande. Förberedelserna omfattade ett teoretiskt ramverk med riktlinjer för fysisk aktivitet, säkra sätt att leverera fysisk aktivitet, dataregistrering,

biverkansrapportering, stegräknare, accelerationsmätare, dagböcker och även unika utmaningar ingick såsom att arbeta med par i samråd.

Holistiskt program

Goodyear-Smith, McPhee, Duncan och Schofield (2014) har gjort en utvärdering kopplat till ett primärvårdsbaserat program för att förbättra fysisk aktivitet och kost hos patienter i riskzonen. De menar att det finns begränsat med bevis för effektiviteten av korta interventioner inom primärvården, för att öka sundare livsstilsvanor och fysisk aktivitet. De program som används är Nya Zeelands Green Prescriptions som motsvarar den svenska FaR. Forskarna ville identifiera aspekter i programmet som fungerar bra samt presentera utmaningar och förslag på förbättringar. Forskarna menar att primärvården är viktiga platser för att främja och stödja en hälsosam livsstil. I utvärderingen använder de ett holistiskt program som behandlar både det psykiska och livsstilsriskfaktorer samt involverar människor och deras familjer i sina egna hem. De menar att patienterna måste vara redo att göra livsstilsförändringar för att på ett effektivt sätt engagera sig i det beteendeförändrande programmet. De bjöd in tre olika hälsolieferantörer som kontrakterades för att leverera hälsoprogrammen. Därefter utfördes semistrukturerade intervjuer med leverantörerna om riskbedömningar och införandet utifrån en tematisk analys som byggde på en *grounded theory*. I resultatet framkom fem överbryggande teman som visade sig ha stor inverkan på god effekt och det var följande: holistiskt förhållningssätt, genomtänkt struktur, patientens delaktighet, engagemang från start, programmets påverkan på förändringsbeteende (Goodyear-Smith et al., 2014).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att belysa utmaningar och möjligheter att förskriva fysisk aktivitet på recept och i förlängningen innebär det, hur primärvården kan främja hälsa. Då fysisk inaktivitet är en av de största orsakerna till förtidig död och därmed till en stor del av sjukdomsburden i Europa är det betydelsefullt att se över hur primärvården kan påverka och förhindra denna utveckling. För att hitta material som skulle svara mot syftet användes kombinationer av sökorden physical activity, primary care, nursing, nursing care, prescription and physical activity, exercise och sports. CINAHL. Två artiklar hittades genom manuell sökning efter att ha läst kappan på Kallings avhandling. Dessa sökningar resulterade i åtta kvalitativa artiklar om fysisk aktivitet på recept. Artiklarna har olika ursprung varav tre var svenska, två från England, en från Nederländerna och två från Nya Zeeland. Länderna som studerats har alla liknande förutsättningar som Sverige gällande fysisk aktivitet på recept och är därför relevanta. Författaren har även studerat vad som motiverar patienten till fysisk aktivitet för att finna hinder och möjligheter och då är själva metoden för föreskriften av mindre betydelse men är ändå ett relevant fynd kopplat till syftet. Alla studier söktes med begränsningen fulltext och som är Peer Reviewed. För att basera översynen på aktuell forskning begränsades sökningen till år 2006 eller senare. Svagheten med studiens resultat är att det har varit svårt att hitta artiklar om fysisk aktivitet på recept som är publicerade enligt Peer Reviewed. Då sökningen gjordes brett från start fanns mycket material som var relevant och som svarade till syftet men dessa artiklar hade endast publicerats i Sverige och valdes därför bort i resultatdelen. Men fakta i svenska artiklarna, rapporten och nationella utvärderingen har enligt författaren ett värde för översikten och har därför fått stor plats i resultatdiskussionen.

Resultatdiskussion

Resultatet av litteraturöversikten visar att kompetens, tid, struktur samt organisatoriskt och politiskt stöd är av central betydelse för att metoden FaR ska fungera väl som alternativ behandling inom primärvården. Enligt Nilsson (2005) är föreskrivarna mer eller mindre överens om att primärvården har en betydande roll att fylla vid behandlingar med fysisk aktivitet på recept. Föreskrivarna menar att det ligger i hälso- och sjukvårdens arbetsuppgift att förebygga livsstilsrelaterade sjukdomar vilket också stärks av Svensk sjuksköterskeförening (2010). I Nilsson (2005) framkommer precis som i litteraturöversikten att brist på tid hindrar

hanteringen av FaR. Studien visade även att utmaningen låg i att få all personal att tro på att FaR-recept motiverar till ökad fysisk aktivitet. Författaren menar att detta torde vara en avgörande del för att patienten ska känna förtroende för gällande behandling. Nilsson (2005) ger också insikt i att intresset från personalen är ojämnt fördelat - från ointresse till ett mycket stort intresse - även misstro till själva metoden FaR syntes bland personalen.

Intervjuerna visade även att metoden inte är en integrerad del av det dagliga arbetet utan registreringarna är otillgängliga och bökiga. Detta stärks även i den Nationella utvärderingen (2010) som visar att det tycks vara krångligt att hitta FaR-recept i journalen och att det är svårt med uppföljningsrutiner. Det framgår att det är komplext med flera olika aktörer och svårt att nå ut i stora län. Vårdvalen och husläkarmodellen upplevs försvåra det förebyggande arbetet och ge tid till motiverande samtal. I Nilsson (2005) framkommer att primärvården i stort inte har satt upp någon målsättning för hur metoden FaR ska utvecklas och hanteras i det interna arbetet. Till stora delar finns en önskan om att bli bättre på att använda metoden FaR, men hur detta ska uppnås och vad som ska bli målsättningen förblir osäkert. I den Nationella utvärderingen (2010) framkommer att arbetet med levnadsvanor har generellt låg status och förändringsarbete inom hälso- och sjukvården tar lång tid då det saknas journalsystem där levnadsvanor är en integrerad del. Utredning visar även att läkare är svåra att nå och motivera, till att föreskriva fysisk aktivitet på recept.

Salutogenes bör tillämpas politiskt menar Eriksson och Lindström (2007) då det finns god kunskap om hur stor betydelse känsla av sammanhang (KASAM) har på människans hälsa och välbefinnande. Dessa kunskaper kan användas genom att integrera salutogena principer i samhällspolitiken och strategiska dokument i kommuner, landsting och regioner. Den salutogena principen skapar miljöer som får människan att uppleva sammanhang, samhörighet, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. En miljö där till exempel ett hälsoprogram framställs så att argumenten blir hanterbara och begripliga samt att individen förstår sig själv i ett sammanhang och med motiverande faktorer som ger mening. En viktig del är också att individens resurser är tillgängliga och tillräckliga för programmets upplägg (Eriksson & Lindström, 2007).

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010) finns det stora möjligheter för primärvården att tidigt stödja patientens egen förmåga till fysisk aktivitet på/i ett tidigt stadium. Det hälsofrämjande arbetet inom hälso- och sjukvården ska primärt riktas in på att stärka individens förmåga att, så mycket som det är möjligt, ta kontroll över sin egen hälsa och situation (Boman & Brink, 2015). Hälsa är enligt Dahlberg och Segesten (2010) vårdandets mål och dess syfte är att stärka människan i sina hälsoprocesser. Hälsa beskrivs i termer av

välbefinnande och en förmåga att fullfölja stora och små livsprojekt. Hälsa kan också förstås existentiellt genom termer som *frihet* och *sårbarhet*, som kännetecknar och präglar människans liv på flera sätt och med hjälp av detta behöver vi bejaka komplexiteten i individens hälsoprocess. Begreppet hälsa tematiseras som *livsrytm* och *livskraft* och för att göra detta tydligare beskrivs relationen till *rörelse* och *vila*, som inte ska ses som motpoler utan mot behovet av både rörelse och vila. I förståelse av hälsa utgör även *mening* och *sammanhang* en betydande del (Dahlberg och Segesten, 2010). Det tycks finnas ett tydligt teoretiskt stöd för att vi inom vården ska arbeta med förebyggande insatser för att främja hälsa men organisation, struktur, resurser och tid saknas.

I litteraturöversiktens resultat framgår att motiverande samtal (MI) ledde till ökning av fysisk aktivitet samt god transcendens mot målgruppen som har lägre socioekonomisk status. Transcendensen visade sig genom att patienten ökade sin fysiska aktivitet med stöd av MI vilket resulterade i att primärvården kunde dra ner sina insatser kopplat till fysisks aktivitet. De motiverande samtalen gav även ringar på vattnet gällande socialt nätverk och i och med det stärks känsla av att finnas i ett sammanhang. Hollis, Williams, Collins och Morgan (2012) översyn som syftade till att syntetisera den bästa tillgängliga uppgift om effektiviteten av kost- och motionsinsatser som MI har uppnått på grund av beteendeförändringar, visade inte på tillräckligt stark evidens för att MI ska ha en positiv effekt i dessa sammanhang. Översynen sökte artiklar mellan 1980-2012. De hittade åtta artiklar som uppnådde kriteriet varav två hade ett svagt positivt resultat. Detta var då kopplat till kostvanor. SBU (2013) som granskat denna översyn menar att det i Sverige är vanligt att MI används i kombination med andra metoder, t ex recept på fysisk aktivitet. Rapporten har inte tagit hänsyn till effekter av den eller liknande kombinationer. Enligt den Nationella utvärderingen (2010) använder 16 landsting ett integrerat arbete med motiverande samtal och FaR. Ett av landstingen låter sjukgymnaster genomföra de motiverande samtalen och ett annat beskriver det som ett ”paket” där basfakta kring FaR och kost samt en grundutbildning i MI hålls i två dagar. Ett annat landsting svarade att alla som förskriver FaR använder MI och att de hösten 2010 skulle gå en utbildning i ACT (Accepterande and Commitment Therapy) och använda det som komplement då MI inte räcker till.

Silva, Cashman, Kunte & Candib. (2012) visade även att avgifter har en betydande påverkan då det kommer till målgrupper med lägre socioekonomisk status, speciellt kvinnor och äldre som var mindre fysiskt aktiva från start. Då avgiften återinfördes efter en tids subventionerad fysisk aktivitet på närliggande hälsocenter så var det just denna målgrupp som slutade vara aktiva på det hälsocenter primärvården tecknat avtal med. Detta stärker det som

framkom i litteraturöversiktens resultat som visar att följsamheten, det vill säga de som håller fast vid sin fysiska aktivitet något bättre än de övriga var de som har fått ett program som de kan följa hemma eller nära hemmiljön i naturen, detta gällde främst målgruppen som ingick i den äldre och mindre aktiva målgruppen från start (Lejon et al. 2010). Författaren menar att tillgängligheten har betydelse, ekonomiska hinder som finns kan gås förbi om kreativitet och rätt målsättning presenteras.

Följsamheten till fysisk aktivitet på recept tycks enligt litteraturöversiktens resultat vara likvärdig med följsamheten till traditionella föreskrifter på läkemedel till patienter med kronisk sjukdom och långtidsbehandling (Kallings et al., 2009; Leijon et al., 2010;). Två tredjedelar av de patienter som erbjuds fysisk aktivitet på recept följer ordinationen. Detta bekräftas också i Kallings kappa (2008) som även tar upp att föreskrifterna leder till att den fysiska aktivitetsnivån ökar generellt, samt att träning på minst måttlig intensitet ökar med drygt 150 min eller med tre tillfällen i veckan jämfört med kontrollgrupp som endast fick allmänna råd om just fysisk aktivitet (Kallings, 2008; Kallings et al., 2009).

I litteraturstudiens resultat visade det sig att sjuksköterskan ofta känner sig obekväm och tycker att det är svårt att prata om fysisk aktivitet då han/hon inte tyckte det var deras uppgift eller att det fanns andra inom verksamheten som var mer lämpad för ämnet, till exempel sjukgymnast eller läkare. Det finns en risk enligt Lidin (2013) att detsamma gäller att förmedla/sprida information om att motverka stillasittande beteende. I Socialstyrelsens riktlinjer 2011 finns en tydlighet gällande att motverka långvarigt stillasittande genom att främja hälsa och att vårdpersonal bör arbeta utifrån FaR-metoden genom att erbjuda rådgivande samtal tillsammans med föreskriften eller stegräknare, samt särskild uppföljning till individer med otillräcklig fysisk aktivitet. Rådgivningen skulle helst vara 30 min och helst vara baserade på MI-teknik, men behöver nödvändigtvis inte vara det. Det viktiga var att råden gavs från kvalificerad/legitimerad vårdpersonal till exempel sjuksköterska, läkare eller sjukgymnast. Och i gällande tillägg som är baserat på evidens, är fysisk aktivitet på recept verktyget som ska användas. Socialstyrelsen styrker också att det är av stor betydelse att vårdgivaren följer upp de recept som har skrivits.

I litteraturöversiktens resultat går det att applicera Antonovskys teori på flera sätt. Att det till exempel är viktigt att behandlingen som rekommenderas blir begriplig för patienten genom bra rådgivning, MI och olika förändringsstrategier och att det sedan bli hanterbart genom att det rekommenderade finns tillgängligt för patienten och att patienten har möjlighet att utföra fysisk aktivitet i sin närmiljö samt att de har ekonomi att inhandla träningskortet som förespråkas om det skulle behövas. Vidare är det viktigt att patienten

stöttas, känner ett sammanhang och fylls av meningsfulla argument för varför de utför aktiviteten och att detta följs upp från vårdgivare är också av stor betydelse för att det ska verka hälsofrämjande.

Kliniska implikationer

Litteraturoversikten visar att det finns utmaningar och möjligheter gällande förskrivning av fysisk aktivitet på recept. Utmaningen är att processen kräver engagemang, utbildning, kompetens och tydlig organisation och detta kräver en tydlig struktur och målbild på ledningsnivå. Möjligheten är att det finns olika samtalstekniker och arbetssätt kopplat till metoden FaR vilket leder till ökad fysisk aktivitet och därmed främjar hälsan. FaR-metoden tycks fungera väl på några av våra primärvårdsenheter och mindre bra på andra.

Då litteraturoversikten ledde till olika fynd i form av möjligheter blev författaren främst intresserad av Nya Zeelands hälsomyndighets väl genomtänkta organisation för att främja befolkningens hälsa. Nya Zeeland använder ett så kallat grönt recept (GR) som är Sveriges motsvarighet till fysisk aktivitet på recept (FaR). Orrow et al., (2012) studie visade att det gröna receptet kan förbättra patientens livskvalitet i över tolv månader, utan biverkningar. Forskningen visar också att det mest kostnadseffektiva verktyget var: råd om motion (till exempel gemensamma promenader) och kost tillsammans med grönt recept.

Nya Zeeland har ett mycket pedagogiskt och tillgängligt upplägg som skulle kunna appliceras inom primärvården i Sverige. Sjukvårdspersonalen, vanligtvis en sjuksköterska förskriver det gröna receptet förutsatt att patientens medicinska tillstånd är stabilt. Föreskriften kan vara i pappersform eller digital. Om patienten önskar kontinuerligt stöd för att öka sin fysiska aktivitet och förbättra kost, vidarebefordras föreskriften till närmaste GR-leverantör. GR-leverantören uppmuntrar patienten att bli aktiv genom månatliga samtal eller möten ansikte mot ansikte i 4-5 månader eller så ingår patienten i gruppstöd i sin närmiljö 3-6 månader. Patientens framsteg på väg mot en hälsosammare livsstil rapporteras tillbaka till den nationella hälso- och sjukvårdspersonalen. Om patienten känner att de skulle ha nytta av fortsatt stöd så uppmuntras de att be om en förlängd period med GR.

GR består av två delar, GR för vuxna och GR för hela familjer som syftar till att öka den fysiska aktiviteten för barn, ungdomar och deras familjer. De flesta föreskrifters syfte är att stödja förebyggande hantering av patienter med kroniska sjukdomar, såsom hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. I synnerhet så ska GR uppmuntra patienten till att hantera sina egna villkor genom att öka den fysiska aktiviteten och förbättra näringsintaget.

Författaren menar att modellen skulle kunna vara en inspiration för den svenska modellen och primärvården men är samtidigt ödmjuk gällande att förutsättningarna är olika och mer komplexa för att bara kunna övertas. Den svenska modellen har en bra teoretisk utgångspunkt i FaR och FYSS men det tycks saknas en förankring och realistisk grund ute i verksamheten. Resurser tycks inte räcka till för att hanterat processen fullt ut.

Förslag till fortsatt forskning

Litteraturöversikt har identifierat olika faktorer som påverkar förskrivarna, både utmaningar och möjligheter vid förskrivning av fysisk aktivitet på recept. Detta leder till att författarens förslag till fortsatt forskning blir att göra en liknande studie som gjordes av Beighton et al., (2015) i Sverige. Studien gick ut på att se hur komplexa insatser med teoribaserade beteendeförändringstekniker (TBT) påverkade patientens fysiska aktivitet. Som grund lades en utbildning i TBT för sjuksköterskorna som deltog, det fick även stöd av TBT-utbildarna initialt och under försöket. Det skulle vara intressant att följa en liknande studie i Sverige. En longitudinell studie med randomiserad utvärderingsdesign (RCT-studier), d.v.s. att slumpen avgör vilka som får respektive insatser och där individen/patienten mäts mer än en gång. En studie där en grupp SSK blir utbildade i god tid innan start. Utbildning förslagsvis i TBT och även grundlig utbildning i FaR-metodens teorier, syfte och mål samt fysisk aktivitets evidensbaserade effekter. Det skulle vara intressant att följa både sjuksköterskans och patientens perspektiv, upplevelse och fysiska parametrar från start till mål. Dessa bör inkludera påverkande faktorer som brist på: tid, kompetens, struktur, tillgänglighet samt möjligheter som ges genom olika samtalsmetoder. Detta kan i framtiden motivera och stärka argument för användandet av metoden FaR vilket känns viktigt med tanke på litteraturöversiktens resultat.

Slutsats

Genom att belysa primärvårdens utmaningar och möjligheter att förskriva fysisk aktivitet på recept har det framkommit aspekter som är av stor betydelse för att metoden FaR ska kunna tjäna sitt syfte. Syftet med FaR är att främja till fysisk aktivitet och det finns god vetenskaplig evidens för att fysisk aktivitet har god effekt på många av våra folksjukdomar och dessutom helt utan biverkan. Med denna vetenskap känns det beklagligt att FaR är underutnyttjad resurs Kallings (2012). Enligt WHO (2005) skulle fysisk aktivitet kunna förebygga 600 000 för tidig död bara i Europa och flera artiklar i resultat och bakgrund visar på nyttan med fysisk aktivitet både för somatiska- och psykiska sjukdomar.

Den förebyggande omsorgen har alltså en betydande roll relaterat till att rädda liv precis som de traditionella medicinska metoderna (som tycks ha en högre status än arbetet med levnadsvanor enligt den Nationella utvärderingen, (2010)). Men dessa insatser är livsavgörande för många och inte bara gällande förtidig död utan även för människans livskvalitet. Författaren tänker främst på människan som tillhör riskgrupper, lever med en lägre socioekonomisk status eller i utanförskap. Det som till viss del framgår i resultat är att hälsa också är en klassfråga. I Vårdbarometern (2016) gällande livsstil- och attitydfrågor visas ett starkt stöd för hjälp till förändring av livsstil.

I Vårdbarometern ställs bland annat ett påstående som respondenten kan vara mer eller mindre positiv till, eller mer eller mindre negativ till: ”Om motion och bättre kostvanor ger lika bra, eller till och med bättre effekt än läkemedelsbehandling tycker jag att hälso- och sjukvården ska stödja mig att ändra mina levnadsvanor istället för att skriva ut läkemedel.” På det påståendet var det totalt 87 procent som instämde, helt eller delvis i det påståendet, fyra procent tar helt eller delvis avstånd. Gällande skillnader mellan landsting och regioner så är de små, men däremot syns en stor skillnad mellan personer med bra hälsotillstånd och de som upplever att de har ett sämre hälsotillstånd. Bland dem som har det bättre hälsotillståndet är det 90 procent som är positiva till påståendet och bland de som mår dåligt är det 78 procent. Det finns även en skillnad mellan de äldre 80 år och uppåt där 73 procent är positiva medan de personer som är 59 och yngre är 90 procent positiva (Vårdbarometern, 2016). Det starka stödet från deltagarna i vårdbarometern visar på att samhället i stort är redo för att ta emot mer stöd kopplat till levnadsvanor. Denna information är bra att förankra bland vårdpersonal som tycker att ämnet är svårt att ta upp menar författaren.

I den Nationella patientenkäten (2011) ställdes frågan om levnadsvanor kom att diskuteras i samband med besök inom hälso- och sjukvården och det konstaterades att det totalt sett

diskuteras vid 11-24 procent av besöken och av dessa var motion 24 procent samtalsämnet. I denna rapport framkom även att 68-86 procent av respondenterna anger att levnadsvanor inte behövde diskuteras vilket skiljer sin från Vårdbarometerns resultat (2016). Så öppenheten för livsstilsfrågor tycks ha en ökande trend. Men detta kan också bero på hur påståendet/frågan formulerades. Psykiatrin tycks ta upp levnadsfrågor mest 22-46 procent enligt Nationella patientenkäten, (2011) vilket är glädjande med tanke på hur god effekt fysisk aktivitet tycks ha på depression. Att FaR behövs är tydligt, att en förankring och en tydligare struktur behövs är också tydligt menar författaren som ser fram mot att få följa en positiv utveckling.

Referenser:

- Agudelo, LZ, Femenia, T, Orhan, F, Porsmyr-Palmertz, M, Goiny, M, Martinez-Reondo, V... Ruas, J (2014). Skeletal Muscle PGC-1 α Modulates Kynurenine Metabolism and Mediates Resilience to Stress-Induced Depression. *Cell* 159, 33–45.
- Andersson, E., Hovland, A., Kjellman, B., Taube, J. & Martinsen, E. (2015). Fysisk aktivitet lika bra som KBT eller läkemedel vid depression. *Läkartidningen*. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2015/11/Fysisk-aktivitet-lika-bra-som-KBT-eller-lakemedel-vid-depression/>
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Beighton, C., Victor, C., Normansell, R., Cook, D., Kerry, S., Iliffe, S., & ... Harris, T. (2015). “It’s not just about walking.....it’s the practice nurse that makes it work”: a qualitative exploration of the views of practice nurses delivering complex physical activity interventions in primary care. *BMC Public Health*, 15, 1236-1250.
Doi:10.1186/s12889-015-2568-6
- Boman, Å. & Brink, E. (2015) Salutogen omvårdnad. Eriksson, M. (red.). *Salutogenes: om hälsans ursprung: från forskning till praktisk tillämpning*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Brown, D. W., Balluz, L. S., Heath, G. W., Moriarty, D. G., Ford, E. S., Giles, W. H., & Mokdad, A. H. (2003). Regular article: Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. *Preventive Medicine*, 37, 520-528.
Doi:10.1016/S0091-7435(03)00179-8
- Bull FC, Armstrong TP, Dixon T, Ham S, Neiman A & Pratt, M. (2004). Physical inactivity. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray. *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. (s. 729-881). Geneva: World Health Organization.

- Coulter, A & Ellins, J. (2006). *Patient-focused interventions. A review of evidence*. Europé: Picker Institut. Från: <http://www.health.org.uk/publication/patient-focused-interventions>
- Dahlberg, K. (1993). *Helhetssyn I vården, en uppgift för sjuksköterskeföreningen*. Göteborg; Acta Universitatis Gothoburgensis (doctoral dissertation).
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Vårdande som främjar hälsa och välbefinnande. Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. Utg.) (s. 181-240). Stockholm: Natur & kultur.
- Ekman, I & Norberg, A. (2013). *Personcentrerad vård – teori och tillämpning*. A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk och J. Öhlén (Red.) (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal Of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 938-944.
- Faskunger, J. (2013) *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Faskunger, J. & Nylund, K. (2014). *Motivation för motion: hälsovägledning för ökad fysisk aktivitet*. (1. uppl.) Stockholm: SISU Idrottsböcker.
- Friberg, F. (red.) (2012). Att göra en litteraturöversikt. F, Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Frågor om levnadsvanor i vården. (2011). Resultat från nationell patientenkät 2009 och 2010. Sveriges kommuner och landsting. Från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-708-5.pdf>

- Goodyear-Smith, F., McPhee, J., Duncan, S., & Schofield, G. (2014). Evaluation of a primary care-based programme designed to increase exercise and improve nutrition in patients at risk. *Journal Of Primary Health Care*, 6(4), 312-318.
- Hardcastle, S., Blake, N., & Hagger, M. (2012). The effectiveness of a motivational interviewing primary-care based intervention on physical activity and predictors of change in a disadvantaged community. *Journal Of Behavioral Medicine*, 35(3), 318-333. doi:10.1007/s10865-012-9417-1
- Hildebrand, J.S., Gapstur, S.M., Campbell, P.T., Gaudet, M.M., & Alpa V. Patel, A.V. (2013) Recreational Physical Activity and Leisure-Time Sitting in Relation to Postmenopausal Breast Cancer Risk. *American Association for Cancer research*. DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-13-0407
- Hollis, J. L., Williams, L. T., Collins, C. E., & Morgan, P. J. (2012). Effectiveness of Interventions using Motivational Interviewing for dietary and physical activity modification in Adults: A Systematic Review. *JBIM Library Of Systematic Reviews*, 10(42), 1-12.
- Huijg, J., Zouwe, N., Crone, M., Verheijden, M., Middelkoop, B., & Gebhardt, W. (2015). Factors Influencing the Introduction of Physical Activity Interventions in Primary Health Care: a Qualitative Study. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 22 (3), 404-414. Doi:10.1007/s12529-014-9411-9
- Kallings, L.V. (2008). Physical Activity on Prescription -Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors. Doctoral Thesis. Stockholm: Karolinska Institutet; Från: <http://diss.kib.ki.se/2008/978-91-7409-111-3/>.
- Kallings, L.V, Leijon, M.E, Hellenius, 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 medicin & science in sports*:18: 154–161

- Kallings, L.V., Matti E. 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 and Health*, 483-492
- Kallings, L.V., Sierra Johnson, J., Fisher, R.M., Faire, U.de., Ståhle, A., Hemmingsson, E., & Hellénus, M-L. (2009). Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body composition and cardiometabolic risk factors: results from a randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, (1), 80. doi:10.1097/HJR.0b013e32831e953a
- Kalling, L. (2012). Fysisk aktivitet på recept – en underutnyttjad resurs. *Läkartidningen*, 109 (51). Från <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=19030>
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Sveriges kommuner och landsting. (2011). Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling: verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Leijon, M., 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*, 119p. doi:10.1186/1471-2296-11-38
- Lidin, M. (2013) Sjuksköterskans perspektiv på stillasittande. Ekblom Bak, E. (red.). *Långvarigt stillasittande: en hälsofara i tiden*. (1 uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical Activity and the Prevention of Depression. *American Journal Of Preventive Medicine*, (5), 649. doi:10.1016/j.amepre.2013.08.001

Nationell patientenkät. (2011) Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting. Från
<http://www.indikator.org/publik/>

Nilsson L. (2005). *Fysisk aktivitet på recept i primärvården – en implementeringsstudie i Örebro län*. Laboremus nr 2, Örebro läns landsting. Från:
https://www.regionorebrolan.se/Files-sv/Örebro%20läns%20landsting/Vård%20och%20hälsa/Folkhälsa/Publikationer/Arkiv/2005_LB_Nr02_Fysisk%20aktivitet_på_recept_i_primärvården.pdf

Orron, G., Kinmonth, A., Sanderson, S., & Sutton, S. (2013). Republished research: effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal Of Sports Medicine*, 47(1), 27. doi:10.1136/bjsports-2012-e1389rep

Patel, A., Keogh, J. W., Kolt, G. S., & Schofield, G. M. (2013). The long-term effects of a primary care physical activity intervention on mental health in low-active, community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 17(6), 766-772.
doi:10.1080/13607863.2013.781118

Plotnikoff, R., Lippke, S., Courneya, K., Birkett, N., & Sigal, R. (2010). Physical activity and diabetes: an application of the theory of planned behaviour to explain physical activity for Type 1 and Type 2 diabetes in an adult population sample. *Psychology & Health*, 25(1), 7-23. doi:10.1080/08870440802160984

Regeringens proposition 2007/08:110: *En förnyad folkhälsopolitik*, (2008). Hämtad från
<http://www.regeringen.se/contentassets/e6210d374d4642328badd71f64ca9846/en-fornyad-folkhalsopolitik-prop.-200708110>

Rienecker, L. & Stray Jörgensen, P. (2014). *Att skriva en bra uppsats*. Lund: Liber.

Rosberg, S. (2000). *Kropp, varande och mening: i ett sjukgymnastiskt perspektiv*. Diss. Göteborg : Univ.. Göteborg.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2013). Motiverande samtal för att förändra mat- eller motionsvanor. Stockholm. Från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/motiverande-samtal-for-att-forandra-mat-eller-motionsvanor/>

Silva, M., Cashman, S., Kunte, P., & Candib, L. M. (2012). Improving Population Health Through Integration of Primary Care and Public Health: Providing Access to Physical Activity for Community Health Center Patients. *American Journal Of Public Health*, 102(11), e56-61. doi:10.2105/AJPH.2012.300958

Socialstyrelsen (2011) Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning. Från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11>

Socialstyrelsen. (2012). *Så här implementeras de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder: Några röster om exemplet Skåne* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/stodtillinforandeavriktlinjerna/Documents/Sa-har-implementeras-de-nationella-riktlinjerna-for-sjukdomsforebyggande-metoder.pdf>

Statens Folkhälsoinstitut (2011). FaR®: Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet. [Broschyr]. Stockholm: Elanders. Hämtat från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12720/R-2011-30-FaR-individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet.pdf>

Statens folkhälsoinstitut Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (2008). *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (2. Uppl.) Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

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

Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm. Svensk sjuksköterskeförening.

Vetenskapsrådet (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vårdbarometern. (2016). Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting. Från [http:// www.vardbarometern.nu](http://www.vardbarometern.nu).

Wallengren, C & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. M, Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. Uppl.) (s.481-495). Lund: Studentlitteratur.

Wiklund Gustin, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Willman, A. (2010). Evidens och personcentrerad omvårdnad. D. Edvardsson. (Red.). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (1. Uppl.) (s. 101-109). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization Europé. (2005). *The European health report 2005: public health action for healthier children and populations*. Copenhagen 2005.

Österlund, L (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red). *Dags att skriva uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (S. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL	Physical exercise OR physical activity + primary care i titel	28	Full text + Peer Revied + abstract + English + Human + 2006-2016	15	4	2
CINAHL	Physical activity OR Exercise OR sports + Primary care i titel	15	Full text + Peer Revied + abstract + English + Human + 2006-2016	10	7	3
CINAHL	Prescription AND physical activity i abstract, primary care i titel.	7	Full text + Peer Revied + abstract + English + Human + 2006-2016	6	2	1
Manuell sökning				2	2	2

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Beighton, C, Victor, C, Normansell, R, Cook, D, Kerry, S, Ilfiffe, S, Ussher, M, Whincup, P, Fox-Rushby, J, Woodcock, A och Harris, T.	It's not just about walking.....it's the practice nurse that makes it work?: a qualitative exploration of the views of practice nurses delivering complex physical activity interventions in primary care	2015 England BMC Public Health	Syftet med denna studie var att undersöka synpunkter från sjuksköterskor, med fokus på upplevda möjligheter och hinder kopplat till att ge omsorg och behandling med teoribaserad beteendeförändringstekniker, stegräknare och hastighetsmätare i samband med fysisk aktivitet på recept.	Metod: Kvalitativ Urval: Två sjuksköterskegrupper, en grupp på tolv och en på tio ssk. Datainsamling: Semi strukturerade intervjuer med och två individuella intervjuer genomfördes av oberoende facilitators; Analys: ljud-in, transkriberades ordagrant och analyseras med hjälp av tematisk analys.	Det kom fram totalt 7 nyckelteman uppdelat på två, fem teman före och två teman efter testet: Före: <ol style="list-style-type: none"> 1. Förberedelse/träning 2. Initial/pågående support 3. Följa/föra protokoll 4. Användning av material och utrustning 5. Engagemanget hos deltagarna Efter: <ol style="list-style-type: none"> 1. Förändring i praktik 2. Genomförbarhet För att skapa en effektiv förändring krävs en adekvat träning och stort stöd för SSK. Både initialt och under försöket. Rådgivning och konsultationstid och ökat deltagande i liknande försök kan leda till långsiktiga förändringar och mer

					patientcentrerad vård.
Goodyear-Smith, F McPhee, J, Duncan, D, Schofield.	Evaluation of a primary care-based programme designed to increase exercise and improve nutrition in patients at risk	2014 Nya Zeeland Journal Of Primary Health Care	Att identifiera aspekter som fungerar bra vid ett fysiskt aktivitetsprogram och även presentera problem och hinder tillsammans med förslag på förbättringar	Metod: Kvalitativ Urval: Tre leverantörsorganisationer kontrakterades för att leverera ett "Friskprogram" (innefattar att främja fysisk aktivitet, förbättra näring- och viktkontroll) i primärvården. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer genomfördes med leverantörerna. Analys: Tematisk analysstrategi som byggde på en Grounded theory användes.	Studien resulterade fem överbyggande teman som återkom som viktiga aspekter i samband med leverans av "Friskprogram". <ol style="list-style-type: none">1. Engagemang från start ledde till märkbar förändring.2. Betydelsen av ett Holistiskt förhållningssätt3. Struktur på program4. God kommunikation med hälsolleverantören,5. Patientens egen tro och delaktighet viktig Patienten kan även behöva hjälp med psykiska eller andra livsfrågor innan de aktivt kan delta.
Hardcastle, S, Blake, N och Hagger, M.S	The effectiveness of a motivational interviewing primary-care based	2011 Storbritannien. Springer Science+Business Media, LLC 2012	Syftet var att undersöka effekten av motiverande samtal inom primärvården, kopplat till fysisk aktivitet och beteendeförändringar. Insatsen inriktades in på	Metod: Kvalitativ Urval: fem rådgivare rekryterade 207 patienter Datainsamling: Prospektiv studie som erbjöd motiverande samtal sessioner för att stödja	Vid 6-månader fanns betydande förbättringar i fysisk aktivitet, förändringsbeteende och socialt stöd. Motiverande samtal är en effektiv metod för att främja fysisk aktivitet bland lägre socioekonomisk status på

	intervention on physical activity and predictors of change in a disadvantaged community		låginkomsttagare i Storbritannien.	fysisk aktivitetsbeteendeförändring. Förändringspoäng beräknades på alla beteendemässiga och psykologiska variabler. Analys: hierarkiska regressionsanalyser utfördes för att undersöka förändring i fysisk aktivitet. ANOVA, F-test.	kort sikt.
Huijg, J, Zouwe, N, Crone, M.R, Verheijden, M.W, Middelkoop, B, Gebhardt, W.	Factors Influencing the Introduction of Physical Activity Interventions in Primary Health Care: a Qualitative Study.	2015 Nederländerna International Journal of Behavioral Medicine	Att förstå faktorer som påverkar processen som kan utveckla framgångsrika införandestrategier av FaR	Metod: Kvalitativ Urval: Interventions chefer, PV rådgivare, interventionsleverantörer och hänvisande allmänläkare Datainsamling: Tjugoåtta semistrukturerade intervjuer genomfördes. En teoretisk ram för införandet av innovationer inom hälso- och sjukvården användes för att styra datainsamlingen.	De intervjuade beskrev att förutsättningar för införande av FaR-tjänster i primärvården var t.ex. stöd, resurser, nätverk och utökat samarbeten. Utöver detta visar resultat att insatser som kompatibilitet, flexibilitet och interventionsmaterial samt egenskaper hos vårdpersonalen som är yrkesverksamma, (t.ex. kunskap, positiv attityd och tillförd kapacitet) uppfattas förbättra införandeprocessen.

				Analys: Påverkande faktorer identifierades med hjälp av tematisk analys.	
Kallings, L, Matti E. Leijon, ME, Kowalski, J, Mai-Lis Hellénus, ML och Ståhle, A.	Self-Reported Adherence: A Method for Evaluating Prescribed Physical Activity in Primary Health Care Patients	2009 Svergie Journal of Physical Activity and Health	Att undersöka självrapporterad efterlevnad av individualiserade föreskrivna fysisk aktivitet inom primärvården.	Metod: Kvalitativ Urval: Patienter som fått individuell fysisk aktivitet på recept (FaR) för förebyggande eller behandling av sjukdom rekryterades från 13 svenska primärvården enheter. Datainsamling: Självrapporterade följsamhet, fysisk aktivitet nivå, beredskap att byta till en mer fysiskt aktiv livsstil och välbefinnande mättes med frågor vid start och efter 6 månader i 240 patienter (medelålder 51, intervall 12-80, 75% kvinnor). Analys: Kruskal-Wallis och Mann-Whitney, chi-kvadrat-test och alla analyser var 2-sidig och utfördes med	Vid 6-månaders uppföljnings en majoritet (65%) av patienterna rapporterade anslutning till receptet. Det fanns ett samband mellan vidhäftning och välbefinnande och stadier av åtgärder eller underhåll.

				international kylls Stata 9,0 för Windows (Stata Corp).	
Kallings, LV, Leijon, ME, Hellenius, M.L. och Stähle, A	Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life	2008 Sverige Scand J Med Sci Sports	Att undersöka om fysisk aktivitet på recept i rutin med patienter inom primärvården skulle påverka den fysiska aktivitetsnivå och livskvaliteten sex månader senare.	Metod: Kvalitativ Urval: 13 svenska primärvårdsenheter deltog Datainsamling: okontrollerad klinisk studie. Populationen bestod av 481 patienter som fick fysisk aktivitet på recept, varav 298 återstod vid uppföljningen sex månader senare. Analys: t-test, chi-kvadrat, Stata 8,0 för Windows (Stata Corporation)	Fysisk aktivitetsnivå, förändringsbenägenhet och livskvalitet ökade analogt, vilket tyder på att fysisk aktivitet på recept kan vara lämpligt som en konventionell behandling i en vanlig primärvård för att främja en mer fysiskt aktiv livsstil.
Leijon, ME, Bentsen, P, Stähle, A, Ekerg, K, Festin, K och Nilsen, P.	Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity	2010, Sverige BMC Family Practice	Att utvärdera patienternas självrapporterade anslutning till fysisk aktivitet recept på tre och 12 månader och att analysera olika egenskaper som förknippas med anslutning till dessa föreskrifter.	Metod: Kvalitativ Urval: Primärvårdscentraler i Östergötlands län, under 2004. Datainsamling: Receptuppgifter erhöles från den allmänna befolkningen i 37 av 42 Studiepopulationen	Den genomsnittliga vidhäftningen hastigheten till den föreskrivna aktiviteten var 56% vid 3 månader och 50% vid 12 månader. I flera logistiska regressionsmodeller, sågs högre följsamhet i samband med högre aktivitetsnivå, samt vid hem baserad

	in routine primary health care			bestod av 3300 Analys: chi-square, SPSS (release 15.0)	fysiska aktiviteter.
Patel, A., Keogh, J. W., Kolt, G. S., & Schofield, G. M.	The long-term effects of a primary care physical activity intervention on mental health in low- active, community-dwelling older adults	2013 Nya Zeeland Aging & Mental Health	Att undersöka viken effekt fysisk aktivitet har som levereras via två olika versioner av gröna recept (Nya Zeelands motsvarighet till fysisk aktivitet på recept) hade på depressiva symtom och allmän mental hälsa fungerar under en period på 12 månader i en mindre aktiv, samhällsbostad för äldre vuxna.	Metod: Kvalitativ Urval: 225 personer rekryterades Datainsamling: Gruppens mentala hälsa, fysiska aktivitet och depression mättes vid tre tillfällen, en vid start, en efter tre månader och den tredje efter nio månader. Analys: SPSS 16.0 (SPSS, chi-cago, Illinis), (ANOVA) och betydande förändringar i GDS-15, SF-36	Efter interventionen hittades ett positivt samband mellan ökning av fysisk aktivitet och en minskning av depressiva symtom och även en ökning av upplevd mental hälsa, oavsett interventions tilldelning. Dessa förbättringar var också uppenbart vid uppföljningsperioden för deltagarna i båda interventionstilldelningsgrupperna.