

5. Fysisk aktivitet på resept - FaR

Forfattere

Geir Lærum, *fysioterapeut, Master of Public Health Nordland fylkeskommune, Bodø*

Matti Leijon, *Master of Science, doktorand, folkhälsovetare, Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa, avdelningen för socialmedicin och folkhälsovetenskap, Folkhälsovetenskapligt Centrum, Landstinget i Östergötland, Linköping*

Lena Kallings, *Master of Science, doktorand, dr. scient, folkhälsovetare, Karolinska Institutet, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, sektionen för allmänmedicin, och Statens folkhälsoinstitut, Stockholm*

Johan Faskunger, *filosofie doktor, beteendevetare, Centrum för allmänmedicin, Karolinska Institutet, Stockholms läns landsting, Stockholm*

Mats Börjesson, *docent, överläkare, Medicinkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg*

Agneta Ståhle, *docent, lektor, specialistsjukgymnast hjärt-kärlsjukdomar, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, sektionen för sjukgymnastik, Karolinska Institutet och Sjukgymnastikkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm*

Introduksjon

Stillesittende levevaner med for lite fysisk aktivitet medfører en kraftig økt risiko for sykkelighet og for tidlig død (1). Fysisk inaktivitet regnes som en av de viktigste årsakene til sykdom i Europa (2). Fysisk aktivitet fremmer helse, trivsel og livskvalitet, og dokumentasjonen på at fysisk aktivitet har betydning for behandlingen av en lang rekke sykdomstilstander regnes i dag som overbevisende. Det er en viktig oppgave for hele samfunnet å bidra til økt aktivitetsnivå

i befolkningen. Sykdom relatert til levevaner er en belastning for helsetjenestene og medfører store kostnader. Helsesektoren er derfor en viktig arena for dette arbeidet. Det må utvikles effektive intervensjoner for å nå utsatte grupper i befolkningen med forebyggende og behandlende tiltak.

Aktivitetshåndboken er et verktøy for deg som forskriver fysisk aktivitet på resept. Anerkjente fagpersoner innen ulike områder beskriver her kunnskapsstatus for sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse.

Hva er fysisk aktivitet?

Fysisk aktivitet er et overordnet begrep. I dette inngår mange andre termer knyttet til fysisk utfoldelse, for eksempel idrett, mosjon, trening, friluftsliv, lek, arbeid, trim, kroppsøving, fysisk fostring m.fl. (3). I internasjonal litteratur benyttes ofte følgende definisjon:

Enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå.

Det er vårt samlede daglige energiforbruk som i et helseperspektiv bestemmer om vi er tilstrekkelig fysisk aktive eller ikke. Arbeids- og dagliglivet har på relativt kort tid endret seg dramatisk mht. krav til fysisk aktivitet. Automatisering, motorisert transport og informasjonsteknologi har påvirket våre levevaner. Tilstrekkelig daglig fysisk aktivitet er blitt et spørsmål om å ta bevisste valg. Befolkningsundersøkelser tyder på at vi mosjonerer og trener mer på fritiden enn noen gang. Dette er likevel ikke nok til å oppveie for bortfallet av fysisk aktivitet i dagliglivet. Anslagsvis 30–50% av befolkningen er ikke tilstrekkelig fysisk aktive iht. de generelle anbefalingene om minimum 30 minutter moderat fysisk aktivitet hver dag (4).

Metoder for å fremme fysisk aktivitet

Det store helsepotensialet ligger i å øke befolkningens samlede fysiske aktivitetsnivå. Dersom alle fulgte gjeldende aktivitetsanbefalinger ville det ha stor betydning for folkehelsen. Rådgivning fra helsepersonell under konsultasjon er et viktig element og kan gjøres på ulike måter. Systematiske litteraturgjennomganger seinere år tyder imidlertid på mangelfullt kunnskapsgrunnlag om ulike metoders effekt for å stimulere folk til økt aktivitetsnivå, spesielt mht. langtids-effektene.

Senter for Medisinsk Metodevurdering gjorde i 2003 en litteraturgjennomgang av oversiktsartikler for å vurdere effekten av ulike virkemidler for å påvirke pasienters levevaner, om økonomiske incentiver for å påvirke legeadferd mht. rådgivning om levevaner og om en levevanetakst kan være kostnadseffektivt (5). Rapporten konkluderer med at:

- Det er mulig å påvirke legeadferd gjennom økonomiske incentiver, undervisningsbesøk på legens kontor, påminnelser via elektronisk journalsystem, etc.
- Det er mulig å endre pasienters levevaner ved rådgivning fra primærlege. Effekten blir bedre dersom man kombinerer muntlig og skriftlig informasjon.
- Endring av levevaner gjennom endring av fysisk aktivitet og kosthold kan være kostnadseffektivt.
- Intervensjoner med hensikt å endre levevaner kan redusere medikamentbruk, men det er uklart om det er kostnadseffektivt.
- De få studiene av effekt på levealder tyder på at varig endring av mosjons- og kostholdsvaner sjelden gir en leveårsgevinst på mer enn noen måneder.
- Egenbetaling for forebyggende tjenester reduserer forbruket av dem. Effekten synes å være sterkest i lavinntektsgrupper.

Resultater fra danske undersøkelser tyder imidlertid på en betydelig leveårsgevinst ved varig endring av mosjonsvaner fra inaktiv til regelmessig aktiv. Økningen i forventet levetid anslås til mellom 2,8 og 7,8 år for menn, og 4,6 og 7,3 år for kvinner (6), samt 8–10 færre leveår uten alvorlig sykdom for fysisk inaktive (7). I Sverige har Statens beredning för medicinsk utvärdering systematisk gjennomgått internasjonal vitenskapelig litteratur om effekter og kostnadmessige konsekvenser av ulike metoder for å fremme fysisk aktivitet. Samtlige av studiene som ble gransket i rapporten hadde en oppfølgingstid på seks måneder, en relevant kontrollgruppe, og økt fysisk aktivitetsnivå som endepunkt. Rådgivning ved konsultasjon, teoribasert atferdsintervensjon, veiledet trening i gruppe samt individuelt tilpassede treningsprogram kunne identifiseres som effektive metoder. I tillegg er barn og ungdommer nevnt som spesielt viktig målgruppe (8).

Konklusjoner mht. rådgivning:

- Rådgivning til pasienter under legekonsultasjon fører til 12–50% økt aktivitetsnivå 6 måneder etter konsultasjonen
- Økt frekvens og intensitet ved gjentatte kontakter over flere måneder gir ytterligere aktivitetsøkning
- Rådgivning komplettert med for eksempel fysisk aktivitet på resept, aktivitetsdagbok, skrittellere eller informasjonsmaterieell fører til ytterligere økning av fysisk aktivitetsnivået

Konklusjoner mht. veiledet trening i gruppe og individuelt tilpassede treningsprogram:

- Ved hjerte-karsykdom fører gruppebasert trening i 6 måneder til økt fysisk aktivitetsnivå
- Ved perifer karsykdom fører gruppebasert trening i 6 måneder til bedre fysisk form, målt som redusert gangtid og/eller økt strekning

Konklusjoner mht. teoribasert atferdsintervensjon:

- Teoribasert atferdsintervensjon øker fysisk aktivitetsnivå 10–15% mer enn vanlig konsultasjon, og i samme grad som strukturerte treningsprogram
- Mer omfattende atferdsintervensjoner fører til ytterligere økning i aktivitetsnivå, men med avtakende marginaleffekt
- Intervensjoner som i tillegg fokuserer på kosthold og stresshåndtering forsterker effekten på aktivitetsnivået

Konklusjoner mht. metoder rettet mot barn og ungdommer:

- Utvikling av temaet idrett og helse, for eksempel gjennom økt satsing på helseundervisning, informasjonsmaterieell og utdanning av lærere fører til 5–25% økt aktivitet i kroppsøvingstimer; dette gjelder i større grad for gutter enn for jenter.
- Skolebaserte intervensjoner som omfatter flere elementer som for eksempel kompetansetiltak for lærere, tilpassing av læreplanen, ekstra aktivitetsøkter i løpet av skoledagen, satsing på helseopplysning, støtte til atferdsendring og involvering av foreldre har positiv effekt på aktivitetsnivået i løpet av skoledagen og delvis også i fritid
- Skolebaserte intervensjoner rettet mot grupper med økt risiko for hjerte-kar sykdom fører til ca. 10% økt aktivitetsnivå

Rapporten anser grunnlaget for å si noe om kostnadsmessige konsekvenser (effektivitet og nytte) av ulike metoder og intervensjoner for svakt til å kunne trekke konklusjoner.

Fra teori til praksis

Erkjennelsen av at fysisk inaktivitet er en betydelig risikofaktor for utvikling av en rekke sykdommer har økt interessen for å utvikle metoder og tiltak som helsetjenestene kan bruke så vel i forebygging som i behandling. En systematisk arbeidsmåte er å kople rådgivning om fysisk aktivitet til en skriftlig resept på fysisk aktivitet. Ideen er å skape en assosiasjon til resept på medikament; noe du kan bruke for å holde deg frisk eller bli frisk igjen. Dette har fått økende gjennomslag i mange land de senere år under navn som: exercise on prescription, referral to exercise, physical activity on prescription, motion på resept, friskvård på remiss, fysisk aktivitet på resept, trening på resept, aktiv resept, grønn resept, osv. I Norge er det hittil gjort lite forskning på dette området. Litteratur om metoder for å fremme fysisk aktivitet kommer hovedsakelig fra engelskspråklige land. Sverige har også gjennomført en del studier knyttet til Fysisk aktivitet på Recept (FaR) (9).

Fysisk aktivitet på resept innebærer et konsept for hvordan helsepersonell kan forskrive fysisk aktivitet på tilsvarende måte som konvensjonell behand-

ling, forebyggende eller kurativt. Det kan innebære alt fra et enkelt skriftlig råd om egenorganisert aktivitet til omfattende opplegg med helsesamtale, organisert trening i gruppe over 3–6 måneder med skriftlig rapportering tilbake til henvisende part. Denne boken er ment til å understøtte kunnskapsgrunnlaget for den som skriver ut resept.

Grønn resept

I Norge har primærleger siden oktober 2003 kunnet skrive ut en resept for råd og veiledning om endring av levevaner. Det er knyttet en refusjonstakst til resepten, som kan skrives ut tre ganger per pasient per år. Taksten kan foreløpig bare benyttes overfor ikke-medikamentelt behandlede pasienter med høyt blodtrykk eller type 2-diabetes. Det er foreløpig ikke etablert noen form for finansiering av følgeaktiviteter. Disse baseres på frivillighet og initiativ som pasienten selv tar og betaler for. Helsedirektoratet har utviklet veiledningsmaterieell til legen, samt et pasientrettet råd- og veiledningshefte for hver av de to diagnosene (10).

Ordningen med Grønn resept ble etablert som en oppfølging av en av fire hovedstrategier i Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003) – «Resept for et sunnere Norge: forebygge mer for å reparere mindre». De to aktuelle diagnosene ble valgt fordi dokumentasjonen for effekt av fysisk aktivitet og kostholdsendringer i forhold til hypertensjon og type 2-diabetes er overbevisende, og fordi utgiftene til medikamentell behandling av disse to diagnosene ble mer enn fordoblet fra 1995 til 2001.

Taksten for Grønn resept har vært lite brukt. Ordningen er blitt kritisert fra flere hold. Fra legene delvis på grunn av at den er avgrenset til to diagnoser og ikke-medikamentelt behandlede pasienter, delvis på grunn av at legen opplever den som byråkratisering av noe de gjør uansett. Tre av fire leger mener den er unødvendig (11). Andre har kritisert staten for å opprette en reseptordning for legene uten å sørge for at det finnes «apotek» der resepten kan innløses, med andre ord et mottaksapparat for oppfølging. Ordningen kritiseres også for at den ikke treffer riktige pasientgrupper i den form den nå foreligger. Likevel er de fleste leger enige om at målsettingen må være mer forebygging og mindre medikamentell behandling.

Utvikling av oppfølgingsystemer for fysisk aktivitet på resept

Det er dokumentert at helsetjenestene kan påvirke pasienters levevaner, men at det krever en bred tilnærming og systematisk oppfølging over tid (5,8). Det er behov for en velfylt «verktøykasse» som inneholder alt fra korte muntlige råd og informasjon om aktivitetstilbud til bredt anlagte opplegg for endring av levevaner med tett oppfølging over lang tid. Det bør etableres hensiktsmessige

tilbud både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i tillegg til aktivitetstilbudene i frivillig sektor. Leger og andre aktuelle helseprofesjoner må ha tilstrekkelig parat kunnskap om bruk av fysisk aktivitet i behandlende og forebyggende sammenheng, samt hvilke pasienter som kan ta ansvar selv etter rådgivning, og hvilke som trenger tettere oppfølging.

Samtidig med innføringen av Grønn resept ordningene har Helsedirektoratet støttet utvikling og utprøving av oppfølgingsmodeller i perioden 2004–2007. To modeller er interessante:

- Opplandsresepten
- Modum-modellen

Det gjennomføres ekstern evaluering av Grønn resept og oppfølgingssystemene beskrevet nedenfor. Rapporten vil foreligge i løpet av høsten 2008.

Opplandsresepten

Oppland fylkeskommune har i samarbeid med Fylkesmannen i Oppland og Øverby helsesportsenter etablert en forenklet form av Grønn resept. Resepten utløser ingen takst fra Rikstrykdeverket, men har heller ingen begrensninger i henvisningsårsak. Som mottaksapparat for pasienter som får utskrevet resepten er det etablert fysiotek i 10 kommuner etter svensk modell (12). Fysioteket er bemannet med relevant fagkompetanse i minimum 20% stilling og fungerer som en formidlingsentral til lokale aktivitetstilbud. På resepten angis grunnen til at fysisk aktivitet anbefales. Resepten tas med til det lokale fysiotek hvor det gjennomføres en helsesamtale med fokus på kartlegging av pasientens behov og forutsetninger for fysisk aktivitet. Det er bare leger som henviser til fysiotekene. Det inngås skriftlig avtale med lokale lag og foreninger om å ta i mot personer som har fått resept til aktivitetstilbud en til to ganger per uke over 12 uker. Lag og foreninger rapporterer ved slutten av hvert semester tilbake til fysioteket angående antall personer og antall gjennomførte aktiviteter.

Erfaringene fra Oppland tyder på at antall henvisninger til fysiotekene øker. I 2006 ble til sammen 100 personer henvist. For 2007 var tallet 271. Utfordringen er å få legene til å «huske på» å skrive ut resepter, og det krever mye informasjon og påminnelser fra fysiotekarene. Det er 71% kvinner som mottar resepten, de fleste mellom 40–60 år. Det er også en utfordring å finne egnede aktivitetstilbud i lag og foreninger. Mange pasienter er ikke klare for å delta i de eksisterende tilbudene. Det har ført til at fysiotekarene i større grad også må veilede i aktivitet, noe som er problematisk grunnet minimale stillingsressurser.

Opplandsresepten har eksistert i 2 år, og det tar tid å innarbeide et nytt system. Erfaringene fra Sverige tyder på at det tar minst 5 år å innarbeide fysisk aktivitet på resept (13).

FYSAK-/Frisklivssentraler

Modum kommune etablerte i 1996 en frisklivssentral og inviterte leger og fysioterapeuter til å være med å utvikle et system for «trim på resept». Målsettingen var å etablere et system for å nå fram til de mest inaktive, samt personer med sykdom eller skade som kan profitere på trening. Det ble utformet resept og henvisningsrutiner: en resept per pasient per år, tilbud om å teste fysisk form ved oppstart og etter gjennomført trening i 8 uker. Gruppebasert trening 2 ganger per uke, skriftlig sluttrapport til henvisende lege/fysioterapeut, og avtale med den enkelte deltaker om videre fysisk aktivitet. Modellen har fått mye oppmerksomhet fra helsetjenesten rundt om i Norge.

I 2003 ble det etablert et samarbeid mellom Buskerud fylkeskommune og Nordland fylkeskommune om utvikling av et tre måneders oppfølgingsprogram for personer som får skrevet ut resept på fysisk aktivitet basert på. Programmet bygger på erfaringene fra Modum kommune. I Buskerud brukes navnet Frisklivssentral, i Nordland brukes FYSAK-sentral. Fjorten kommuner i de to fylkene har i samarbeid videreutviklet verktøy for gjennomføring av reseptordningen. Lege, eller annet helsepersonell, skriver ut resepten som pasienten tar med til sentralen for strukturert oppfølging i forbindelse med endring av levevaner (fysisk aktivitet, kosthold eller røykeslutt). Ved FYSAK-/Frisklivssentralen gjennomføres en motiverende helsesamtale på 30–45 minutter ved oppstart og ved avslutning etter 12 uker. Samtalen er utformet med forankring i teorien om fem stadier for atferdsendring (14), og alle sentralene har gjennomgått opplæring i metodikken. Ved oppstart og avslutning av treningsperioden gjennomføres også en 2-km gåtest som indikasjon på fysisk form ved oppstart og treningseffekt etter 12 uker (15).

Til helsesamtalen er det utarbeidet følgende materiell:

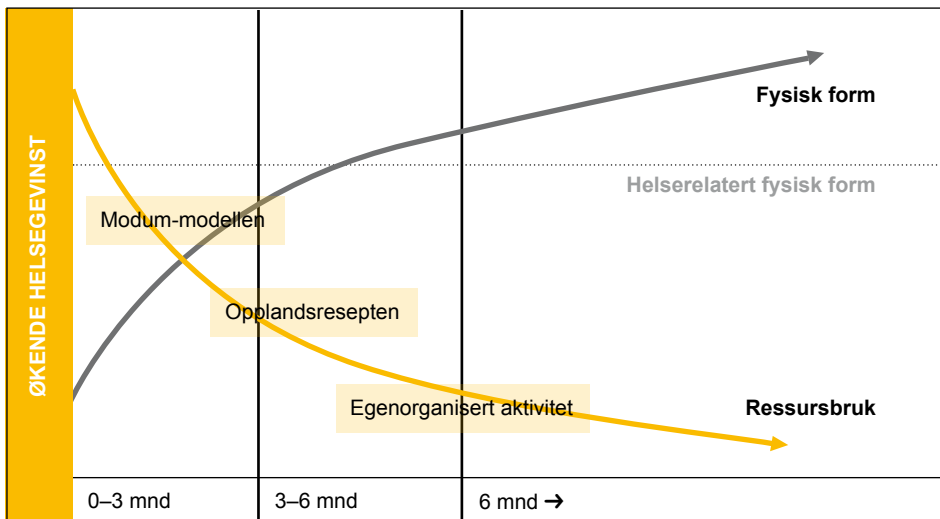
- Veilederhefte
- Rapport skjema: Helsesamtale I, Helsesamtale II, COOP/WONCA funksjonsmåling
- Samtale-/registreringsverktøy: Ambivalensskjema, Borg skala, Fagerströms nikotinhengighetstest, kartleggingsskjema motivasjon, matregistreringskjema, midje-/hoftemål, sjekklister matinntak, skaleringsskjema, vektregistrering

Intervensjonen består av to fellestreninger pr. uke, ledet av fysioterapeut eller idrettspedagog. Treningen består av oppvarming, kondisjonstrening, styrketrening og avspenning/uttøyning; varighet 60–90 min. Kondisjonsdelen er lek-/intervallpreget og treningen gjennomføres utendørs. En gang pr. uke avsluttes treningen med 30 min. informasjon om et aktuelt tema knyttet til levevaner. Etter gjennomført trening på resept periode sendes skriftlig rapport til henvisende instans.

Resultatene fra 2006 viser at det samlet for de 14 kommunene ble henvist

533 pasienter. I 2007 var tallet 700. Femtifire prosent av deltakerene gjennomfører 12-ukers opplegget med mer enn 50% deltakelse på treningene. Gjennomsnittsalderen er 50 år, og 75% er kvinner. Alle sentralene tilbyr også kurs i kostholdsveiledning og røykeslutt. En randomisert og kontrollert studie fra Sverige, med tilsvarende intervensjon, har ved ettårs oppfølging vist signifikant forbedret vekt, kroppsmasseindeks (KMI), hofte-/midjemål, systolisk og diastolisk blodtrykk, triglyserider og glykosylert hemoglobin (16).

De to modellene skiller seg først og fremst ved at Opplandsresepten veileder reseptmottakeren direkte ut til aktivitetstilbud i lag- og foreninger, mens FYSAK-/Frisklivssentralene gjennomfører en veiledet og strukturert treningsperiode først. Modellene kan utfylle hverandre ved at FYSAK-/Frisklivssentralene innebærer bedre muligheter for tett oppfølging og bruk av gruppedynamikk og likemannsarbeid, mens Opplandsresepten er lettere å administrere og direkte kopler personen til et aktivitetstilbud i frivillig eller kommersiell sektor. For personer med sykdom, eller fysisk form betydelig under gjennomsnittet må det settes inn tilstrekkelige ressurser innledningsvis for å sikre framgang og opplevelse av mestring, eksempelvis Modum modellen i 12 uker, og deretter videreføring i regi av frivillig sektor med avtrappinge oppfølging. Personer med bedre forutsetninger klarer sannsynligvis å oppnå gode resultater med mindre tett oppfølging, f.eks muntlige og skriftlige råd.



Figur 5.1. Skjematisk framstilling av forholdet mellom reseptmottakers fysiske form og ressursbruk i reseptperioden

Varig mestring av endrede levevaner tar lang tid, ofte ett år eller mer. Reseptordningen skal være en bro mellom behandlende og helsefremmende bruk av virkemiddelet fysisk aktivitet. Det blir derfor viktig at helsepersonell i forbindelse

delse med reseptutskrivning kan differensiere pasienters behov for oppfølging og velge oppfølgingssystem som er riktig dimensjonert i forhold til den enkelte pasients behov og ønske.

Implementering av FaR

Et grunnleggende utgangspunkt for alt utviklingsarbeid er å ta hensyn til de lokale forutsetningene. Det betyr at utformingen av FaR kan bli noe forskjellig fra kommune til kommune, avhengig av hvilke lokale ressurser som finnes i frivillig sektor, kompetanse og kapasitet i helsetjenesten, økonomi etc.

Lov om helsetjenesten i kommunene er et naturlig forankringspunkt for arbeidet med fysisk aktivitet på resept.

§1–2. Helsetjenestens formål:

Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

Lovens §1–4 pålegger også kommunehelsetjenesten å ha oversikt over befolkningens helsetilstand og de faktorer som kan virke inn på denne, og foreslå helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Kommunen kan også samarbeide med private aktører eller frivillige organisasjoner hvor det er egnet til å fremme helsetjenestens formål (17).

Tilrettelegging av lokalmiljøet mht. samferdsel, gang og sykkelstier, grønt arealer og bostedsnære områder for friluftsliv, anlegg og aktivitetstilbud er eksempler på ytre forutsetninger som skaper støttende miljøer. Arbeidet med å fremme fysisk aktivitet i helsesektorens regi bør baseres på bred tilnærming, planmessig forankring og samarbeid med andre aktører.

Forutsetninger for å lykkes med FaR

Utskrivning av en resept på fysisk aktivitet, eller andre tiltak relatert til levevåner, fører ikke automatisk til endret atferd og økt aktivitetsnivå hos pasienter. Mange faktorer påvirker resultatet. God tilrettelegging for fysisk aktivitet og aktiv transport der folk bor, arbeider eller oppholder seg fremmer forutsetningene for å være fysisk aktiv.

Metodekunnskap om atferdsendring øker effektiviteten på rådgivningen. Veiledning bør bygge på anerkjent modell for atferdsendring. Målsettingen med helseveiledning i konsultasjon og oppfølgingstiltak er å øke pasientenes motivasjon og tro på egen ferdighet; å oppmuntre til hverdagsaktiviteter, bruke aktivitetsdagbok, skritteller etc. samt støtte gjennom oppfølgende telefonsamtale, brev eller tekstmelding. Ved behov henvises pasienten videre til Fysiotek eller

Frisklivs-/FYSAK-sentral. Oppfølgingssystemene for Grønn resept har benyttet en strukturert motiverende helsesamtale basert på Prochaska og medarbeideres fasemodell for atferdsendring (14). For mer informasjon, se kapittel 5 om den motiverende samtalen.

Følgende momenter er viktige for forankring av FaR i kommunal virksomhet:

- Leger og annet relevant helsepersonell har god kunnskap om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse, og hvilke tiltak som er nødvendig for å støtte den enkelte pasient
- Henvisende personell kjenner til mottaksapparatet (innhold, kvalitet, sted)
- Helsepersonell henviser relevante pasienter til mottaksapparatet (aksept for ordningen)
- Etablering av hensiktsmessige mottaks- og oppfølgingssystemer for pasienter som får utskrevet FaR bør baseres på kommunestyrevedtak for å sikre god forankring
- Mottaksapparatet for FaR etableres på egnet sted i kommunen
- Et aktivt og kontinuerlig informasjonsarbeid rettet mot befolkning, helsepersonell og politiske organer som evner å holde et sterkt fokus på alle initiativ i lokalsamfunnet som støtter opp under fysisk aktivitet som helse- og miljøfaktor
- Sikre kompetent personell og kvalitet på oppfølgingstiltak
- Mottaksapparatet evner å sluse pasienter videre til egenorganisert aktivitet

Taushetsplikt, pasientinformasjon, epikrise

Fysisk aktivitet på resept er å regne som helsehjelp. Med henvisning til helsepersonelloven og pasientrettighetsloven defineres helsehjelp i forskrift om pasientjournal som «*handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell*». Begrepet helsepersonell omfatter ikke bare personell med autorisasjon eller lisens som helsepersonell, men også annet personell i helsetjenesten som utfører handlinger slik det er nevnt i definisjonen av «helsehjelp» (18).

Som tillegg til, eller alternativ til, annen medisinsk behandling betyr det at helsepersonelloven og journalforskriften gjelder på vanlig måte for personell som er involvert i FaR. Dette gjelder både mht. taushetsplikt og føring og oppbevaring av pasientopplysninger. I helsepersonellovens hovedregel om taushetsplikt §21 står det at:

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Taushetsplikten som beskrevet i §21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning

den som har krav på taushet samtykker (§22 *samtykke til å gi informasjon*). Det betyr at hvis pasientopplysninger skal formidles til andre enn de som defineres som helsepersonell, for eksempel innen frivillig sektor eller kommersielle treningscenter, så kan det bare skje ved informert samtykke fra pasienten (19).

Ved rådgivning og informasjon til pasient (skriftlig og muntlig) skal dette journalføres. Tilsvarende skal oppfølgingstiltak av mer omfattende karakter, som for eksempel organisert og veiledet treningsopplegg, journalføres og tilbakemeldes til henvisende instans i sammenfattet form som epikrise eller sluttrapport. Journalføring og rapportering ved FaR-opplegg bør i omfang og innhold tilpasses slik at det blir hensiktsmessig både for henvisende og behandlende instans.

FaR i andre nordiske land

Det er utviklet og etablert modeller for fysisk aktivitet på resept i andre nordiske land også. I Sverige under navnet «*Fysisk aktivitet på recept*» (FaR). I Danmark brukes begrepene «*Motion som lægemiddel*» og «*Motion på recept*», mens Finland bruker «*Recept for fysisk aktivitet*».

Så langt er det store variasjoner mellom fylker, regioner og kommuner i de nordiske land mht. innhold og struktur på oppfølgingssystemene. Det konkrete arbeidet med oppfølging av pasienter som får resept på fysisk aktivitet er foreløpig relativt lite utviklet. Forskjellene gjenspeiler ulikheter i struktur og organisering av helsetjenesten i de ulike land. Det er likevel bred enighet om nytten av fysisk aktivitet som helsefremmende, sykdomsforebyggende og behandlende virkemiddel i helsetjenesten. For nærmere beskrivelser av de ulike modeller henvises til følgende internettadresser:

Sverige: www.sbu.se, www.fhi.se

Danmark: www.sst.dk

Finland: www.folkhalsan.fi

Norge: www.helsedir.no

Referanser

1. U.S Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta: International Medical Publishing; 1996.
2. The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World health organization; 2002. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/whr/2002/en/>
3. Fysisk aktivitet og helse. Rev utg. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2002. Report no. 2/2000. Tilgjengelig fra: www.shdir.no
4. Sammen for fysisk aktivitet. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005–2009. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2004.
5. Grønn resept – Effekt og kostnadseffektivitet. En forenklet litteraturgjennomgang. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering; 2003. Rapport nr. 7/2003.
6. Sørensen J, Horsted C, Anderseen LB. Modellering af potentielle sundhedsøkonomiske konsekvenser ved øget fysisk aktivitet i den voksne befolkning. Odense: Syddansk Universitet; 2005.
7. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006. Tilgjengelig fra: http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf
8. Metoder för att främja fysisk aktivitet – En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2006. Rapport nr. 181.
9. Faskunger J, Leijon M, Ståhle A, Lamming P. Fysisk aktivitet på recept – en vägledning för implementering. Stockholm: Statens folhälsoinstitut; 2007. Rapport 2007:1. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.se/>
10. Grønn resept. Sosial- og helsedirektoratet. (<http://www.shdir.no>)
11. Bringedal B, Aasland OG. Legers bruk og vurdering av Grønn resept ordningen. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt; 2005.
12. Kallings LV, Leijon M. Erfarenheter av fysisk aktivitet på recept –FaR. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. Rapport 2003:53. Tilgjengelig fra: [http://www.fhi.se/Leijon M, Fornander L. Fysisk aktivitet på recept \(FaR\) i Östergötland 2005. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum i Östergötland; 2006. Rapport 2006:11. Tilgjengelig fra: <http://www.lio.se>](http://www.fhi.se/Leijon M, Fornander L. Fysisk aktivitet på recept (FaR) i Östergötland 2005. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum i Östergötland; 2006. Rapport 2006:11. Tilgjengelig fra: http://www.lio.se)
13. Prochaska JO, Norcross JC, Di Clementes CC. Changing for good. New York: Morrow; 1994.
14. UKK gå test. Tampere: UKK Institute. Tilgjengelig fra: <http://www.ukkinstituutti.fi>
15. Eriksson M, Westborg CJ, Eliason MCE. A randomised trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. The Björknäs study. Scand J Public Health 2006;34:453-461
16. Lov om helsetjenesten i kommunene 1982 nr.66. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no
17. Forskrift om pasientjournal. FOR 2000-12-21 nr.1385. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no
18. Lov om helsepersonell m.v. 1999 nr.64. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no