

# Evalueringsrapport

Oppfølgingssystemer til «Grønn resept» 2004-2008

## BAKGRUNN

Stortingsmelding nr.16 "Resept for et sunnere Norge" 2002-03 påpeker nødvendigheten av å dreie helsetjenestens fokus mer over på livstiltak og individets egeninnsats for å forebygge økning i livsstilsrelaterte risikofaktorer for sykdom. Endring av levevaner kan være både et supplement og et alternativ til medikamentell behandling. Dette var bakgrunnen for at "Grønn Resept" ble introdusert i 2003 som en takst leger kunne benytte ved livsstilsfokusert konsultasjon av pasienter med diabetes type II eller hypertoni, og som ikke står på medikamentell behandling. Resepten var en anbefaling til pasienten om å være mer fysisk aktiv, og eventuelt forbedre sitt kosthold. Fra og med 2004 inngikk Sosial- og helsedirektoratet samarbeid med fylkene Troms, Oppland, Buskerud, Vest- Agder og Nordland om utvikling og utprøving av oppfølgingsystemer for forskrivning av livstiltak.

Troms har gjennomført skulering av aktivitetsledere for pasienter som har fått utskrevet Grønn Resept av sin lege. Oppland har etablert Fysiotek etter modell fra Sverige. Buskerud, Vest- Agder og Nordland har etablert fysak-/frisklivssentraler etter modell fra Modum kommune.

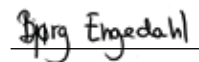
Ved oppstart i 2004 var det gjort lite på dette området i Norge. Sverige var det land i Norden som på den tiden hadde modeller, resultater og erfaringer som kunne formidles til andre. Derfor har mye av utviklingsarbeidet i Norge hatt danske og svenske "forbilder". Sverige har utviklet flere modeller for Fysiotek og "Fysisk aktivitet på Resept"(FaR) (1,2,3). I Danmark har flere regioner og byer etablert ordninger med "Motion på recept", og har de siste årene levert flere gode evalueringer og anbefalinger(4,5).

Det finnes også andre eksempler på organisering av lavterskel aktivitetstilbud i Norge som MoRo-prosjektet, frisklivssentralen på Stange, "Aktiv på dagtid" fra Oslo, "SOLA-prosjektet" fra Telemark og Helse Førdes opplegg for treningskontakter. Disse blir ikke nærmere beskrevet i denne rapporten.

I løpet av høsten 2008 vil Møreforskning framlegge en ekstern evaluering av de ulike modellene for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthold som de fem aktuelle fylkene har arbeidet med. Foreløpige utkast til rapporten er gjort tilgjengelig for fylkene, og inntrykket er at den gir en detaljert og ganske riktig beskrivelse av de ulike tilnærmingene i fylkene.

Denne rapporten er en vurdering av utviklingsperioden 2004-2008 sett fra fylkenes perspektiv, med fokus på våre anbefalinger for samordning og videre utvikling nasjonalt.

OKTOBER 2008



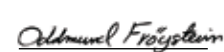
Bjørge Engedal  
Folkehelsekoordinator  
Buskerud fylke



Geir Lærum  
Folkehelsekoordinator  
Nordland fylkeskommune



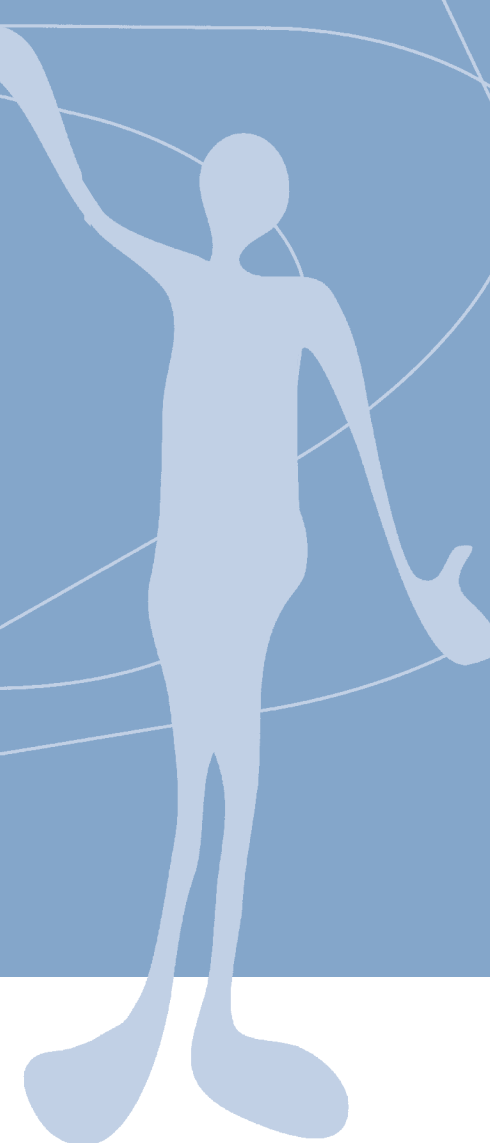
Ane Bjørnsgaard  
Folkehelsekoordinator  
Oppland fylkeskommune



Oddmund Frøystein  
Folkehelsekoordinator  
Vest-Agder fylkeskommune



Kristina Forsberg  
Kst. avd.leder idrett og folkehelse  
Troms fylkeskommune





## ORGANISERING

Vest-Agder organiserte "Aktivitet på Resept" som tre-årig prosjekt fra 2005-2007 med forankring i partnerskap for folkehelse. Det ble etablert styringsgruppe for prosjektet. Alle deltakerkommunene har videreført arbeidet etter prosjektperioden, og følges opp av fylkeskommunen.

Oppland fylkeskommunen inngikk i mai 2007 partnerskapsavtale med Øverby Helseportsenter om "Opplandsresepten – folkehelseprogrammet". Øverby har gjennom sin kompetanse på helsefremmende arbeid stått for den faglige utviklingen av Opplandsresepten, og har hatt prosjektledelsen.

Buskerud organiserte Frisklivssentralene som plattform for partnerskap for folkehelse.

Modum kommune og fylkeskommunens folkehelserådgiver var støttespillere for andre kommuner som ønsket å etablere frisklivssentraler.

I Nordland fikk kommunene tilbud om å etablere FYSAK sentral som tiltak for personer med etablert sykdom eller høy risiko for å utvikle sykdom knyttet til levevaner. Arbeidet hører naturlig inn under rådgiverstillingen for FYSAK i fylkeskommunens enhet for folkehelse.

Troms har organisert arbeidet med Grønn resept gjennom partnerskap for folkehelse. FYSAK-og/eller folkehelsekoordinator i kommunene har samarbeidet med fysioterapeut eller helsesøster om organisering av aktivitetstilbud lokalt.

## BESKRIVELSE AV MODELLENE

Gjennom utprøving av ulike modeller har det blitt utviklet forskjellige verktøy, og gjennomført litt forskjellige tiltak i fylkene. Grunnlaget er likevel ganske likt. Tabell 1. er en skjematisk

oversikt av forskjeller i modellene. Ja betyr at tiltaket alltid tilbys eller gjennomføres. Delvis betyr at noen kommuner gjennomfører tiltaket, andre ikke.

Fylke	Buskerud	Nordland	Vest-Agder	Oppland	Troms
Henviser	Alt helsepersonell		Lege	Lege	Lege/fysio
Helsesamtale 1	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis
Test fysisk form	Ja	Ja	Delvis	Delvis	Delvis
Aktivitetsform	12 uker gruppebasert trening/fysisk aktivitet i regi av frisklivssentral, 2x pr. Uke			12 uker aktivitet i regi av lag/forening 2x pr. uke	5-12 uker gruppebasert aktivitet (kommunalt, frivillig, kommersielt)
Tilbud om røykesluttkurs	Ja	Ja	Nei	Ja	Delvis
Tilbud om ernæringskurs	Ja	Ja	Delvis	Nei	Delvis
Helsesamtale 2	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis
Rapport til henviser	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis

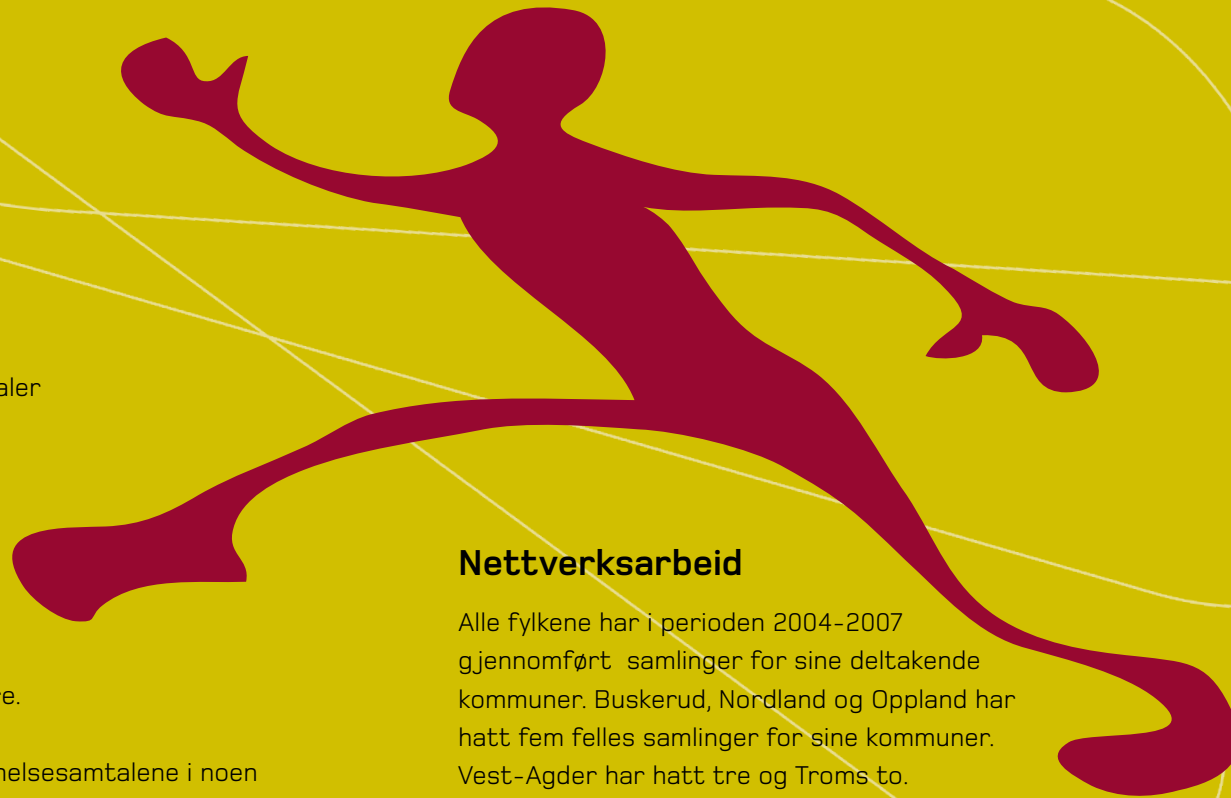
Tabell 1. Struktur i FaR modellene i fem fylker

Grunnlaget for alle modellene, enten det gjelder fysisk aktivitet, røykeslutt eller kostholdsveiledning, er helsesamtalen. Dette er en strukturert, endringsfokusert samtale mellom den enkelte reseptmottaker og en fagperson ved sentral eller fysiotek. Den tar utgangspunkt i henvisningsårsaken beskrevet i resepten og den enkeltes motivasjon for å gjøre endringer mht. aktivitet, kosthold eller røykevaner. Det er utarbeidet veiledningshefte til helsesamtalen, rapport skjema og diverse samtaleverktøy som kan brukes etter behov. Samtalen gjennomføres både ved oppstart og avslutning av reseptperioden, og det sendes skriftlig rapport til henvisende part. Etter helsesamtalen veiledes den enkelte reseptmottaker i Oppland direkte ut til aktivitetstilbud i regi av lag- og foreninger eller kommersielle aktører. I noen få kommuner er det også opprettet kommunale tilbud. Mange reseptmottakere velger også egenaktivitet. Fysiotekaren har deretter et

antall oppfølgingsamtaler som varierer fra 1-8 i løpet av 12 uker. Vest-Agder, Buskerud og Nordland benytter egne 12 ukers gruppebaserte treningstilbud til sine reseptmottakere.

I Troms gjennomføres helsesamtalene i noen av kommunene. Aktivitets-/treningsopplegget gjennomføres noen steder i kommunal regi, mens det i andre kommuner gjennomføres i regi av frivillige lag eller kommersielle treningsentere.

Så langt er det bare Buskerud og Nordland som konsekvent bruker UKK test for å bedømme framgang på fysisk form i løpet av reseptperioden. I Oppland får brukerne tilbud om UKK gangtest.



## Nettverksarbeid

Alle fylkene har i perioden 2004-2007 gjennomført samlinger for sine deltakende kommuner. Buskerud, Nordland og Oppland har hatt fem felles samlinger for sine kommuner. Vest-Agder har hatt tre og Troms to.

Helsedirektoratet har gjennomført flere møter og dagsseminar med fylkene, både for kontaktpersonene i fylkeskommune og hos Fylkesmann, og for fagpersoner knyttet til sentraler og fysiotek. Seminarene har omhandlet endringsfokusert veiledning, kostholdskurs og røykeslutt. Mange av kommunene har også deltatt på konferanser og samlinger gjennomført i regi av det nordiske nettverket, og dette bidrar også til kompetansebygging.

Fire kommuner (Modum, Øvre Eiker, Alstahaug og Vefsn) har samarbeidet om utvikling av helsesamtalen med tilhørende verktøy.

Fylkene har inngått samarbeidsavtaler med andre aktører i forbindelse med fysisk aktivitet på resept. Oppland har avtale med NAV, Vest-Agder med Universitetet i Agder, Nordland med Diabetesforbundet og Helse Nord. Troms har også samarbeidsavtale med Helse Nord.

Fra og med 2007 har kontakt og samarbeid på tvers av fylkene økt betydelig.



## DOKUMENTASJON

Så langt har vi bare begrenset og ufullstendig resultatevaluering for arbeidet med Fysisk aktivitet på Resept (FaR) i Norge. Det må vurderes om det skal utarbeides felles system for registrering av henvisninger, gjennomføring av tiltak og effektmåling.

En masteroppgave ved Norges idrettshøgskole har analysert endring i fysisk form og fysisk aktivitetsnivå for brukere som gjennomførte reseptperiode på 12 uker i Buskerud og Nordland for 2006-2007, med ett års oppfølging på egenvurdert aktivitetsnivå. Datamaterialet har svakheter som gjør at resultatene må tolkes med forsiktighet, men gir indikasjon på at fysisk form bedres med 12%, gjennomsnittlig aktivitetsnivå

øker med drøyt 60% og holder seg etter ett år. Tilsvarende resultat er vist fra Sverige(6).

Våren 2008 ble det gjennomført en randomisert studie på effekt av FYSAK-/Frisklivstreeningen sammenlignet med høyintensiv intervalltrening (4x4) på 85 personer i 4 kommuner (Modum, Øvre Eiker, Vefsn, Alstahaug). Det inngår også data på egenvurdert helse målt med SF-36. Rapport vil foreligge etter ett års oppfølging i juni 2009.

Høgskolen i Buskerud gjennomfører en prospektiv studie på pasienter som henvises til trening på resept i Drammen mht. fysisk form, aktivitetsnivå, holdningsendring og opplevd livskvalitet. Studien skal gå til 2010

## RESULTATER

Nedenfor følger oversikt over antall kommuner og antall brukere henvist til fysisk aktivitet på resept i perioden 2005 til og med 2008.

	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Nordland</b>	7	8	9	10	11
<b>Troms</b>		11*	11*	11*	11*
<b>Buskerud</b>	7	7	9	13	15
<b>Vest-Agder</b>		3	4	5	5
<b>Oppland</b>		8	9	10	12

Tabell 2: Antall kommuner med opprettet Fysiotek eller FYSAK/Frisklivssentral  
(\*: 11 kommuner har tiltak knyttet til Grønn resept ordningen, og gjennomført skolerings tiltak)

	2005	2006	2007	Totalt
<b>Nordland</b>	242	222	355	819
<b>Troms</b>				110
<b>Buskerud</b>	497	311	494	1302
<b>Vest-Agder</b>	203	212	221	636
<b>Oppland</b>		95	271	366

Tabell 3: Samlet antall mottatte resepter 2005-2007



## KOMMUNAL RESSURSBRUK

Det er stor forskjell mellom kommunene med hensyn til ressursbruk og hvordan denne er fordelt på ulike stillinger og funksjoner. Dette har ikke bare sammenheng med kommunestørrelsen. Kommunene har også forskjellig ambisjonsnivå. I noen kommuner kan administrasjon være tillagt folkehelsekoordinator, mens andre kommuner har heltidsstillinger på sentralen som administrerer ordningen. Kommunelege er i enkelte kommuner faglig engasjert i utviklingsarbeidet, Engasjement fra kommuneledelsen og helsepersonell varierer mellom kommunene. Aktivitetstilbudet kan være i regi av frivillig sektor (Oppland), eller terapeuter og instruktører som leder treningsgrupper i kommunal regi (Buskerud/Nordland), eller aktivitetene kan være lagt til kommersielle treningssentra (Vest-Agder). Aktivitetstilbudet i Troms har vært en blanding av kommunale, frivillige og kommersielle. Organiseringen har variert fra kommune til kommune. For detaljert beskrivelse av den lokale organisering vises til informasjon i de respektive

## ØKONOMI

fylkers rapportering for perioden 2005-2007. Det har vært viktig å sikre kommunene tilstrekkelig økonomisk handlingsrom i perioden 2004-2008 for å etablere og drive oppfølgingsmodellene. Fylkene har gjort dette på ulike måter, men Helsedirektoratet har gitt betydelig økonomisk støtte til alle modellene.

I Nordland mottar alle FYSAK kommuner som ønsker å etablere sentral 50.000,- pr. år i tre år som fylkeskommunalt etableringstilskudd. I tillegg mottok de 7 kommunene som startet i 2004 driftsstøtte på 150.000,- pr. år i tre år basert på støtte fra direktoratet.

I Buskerud ble etableringen av frisklivssentraler økonomisk samordnet med partnerskapsmidlene for folkehelsearbeid slik at kommunene skulle bygge folkehelsesatsingen sin på etablering av frisklivssentral. Hver kommune fikk 150.000,- pr. år fra 2005 t.o.m. 2007.

I Vest-Agder fikk deltakerkommunene et samlet drifts- og etableringstilskudd på 130.000,- i

2005, mens tilskuddet for 2006/2007 ble differensiert etter størrelse på kommunene fra 50.000,- til 252.000,-.

I Oppland fikk deltakende kommuner 80.000,- til etablering av Fysiotek. Gjennom partnerskapsavtaler for det lokale folkehelsearbeidet har deltakerkommunene forpliktet seg til å drifte fysiotekene og fått årlig tildeling fra partnerskapsmidlene på 80-120.000 avhengig av kommunestørrelsen.

Troms har gitt kommuner som har deltatt på kurs for Grønn resept- instruktører anledning til å søke om støtte til informasjonstiltak, kompetanseheving og tilrettelegging og utvikling av tiltak.

	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Oppland</b>		225 000		500 000	490 000
<b>Vest-Agder</b>		100 000	400 000	250 000	200 000
<b>Buskerud</b>	510 000	1 020 000	1 020 000	1 010 000	310 000
<b>Nordland</b>	595 000	1 190 000	1 190 000	995 000	320 000
<b>Troms</b>	150 000	150 000	150 000	150 000	50 000

Tabell 4: Økonomisk støtte fra Helsedirektoratet 2004-2008

## VURDERING

Økonomisk og tidsmessig handlingsrom for utviklingsarbeid er viktig. Samarbeidet med Helsedirektoratet har vært godt og de økonomiske rammebetingelsene gode. Samarbeidet mellom fylkene har også vært inspirerende. Utviklingsarbeidet har i stor grad foregått i kommunene, og dette har fremmet lokalt engasjement og eierforhold. Vi tror dette har vært positivt for resultatet. Utprøvingen i Troms har i hele perioden vært preget av manglende kontinuitet i den regionale pådriver og oppfølgingsfunksjonen. Dette har også medført at Troms i liten grad har deltatt i fylkesnettverket. Erfaringene fra Troms viser at kontinuitet i regional veileder- og pådriverfunksjon er viktig for et godt resultat.

Utprøvingen av ulike tilnærminger til fysisk aktivitet på resept viser både styrker og svakheter. Fysiotekmodellen fra Oppland er mindre ressurskrevende fordi den benytter seg av eksisterende aktivitetstilbud fra frivillig sektor eller kommersielle aktører i kommunen. Helsesamtalen ved start og avslutning på reseptperioden, og eventuelle oppfølgingsamtaler underveis utgjør arbeidsinnsatsen som fysioteket legger i den enkelte bruker. Veiledning til eksisterende aktivitetstilbud i kommunen gir også fleksibilitet mht. brukerens aktivitetsvalg. Svakheten viser seg hvis brukeren ikke mestrer, - eller finner seg til rette i, det aktivitetstilbudet som finnes i kommunen. En kan stille seg spørsmål om frivillige

lag og foreninger har et godt nok kvalitetssikret lavterskeltilbud med gode aktivitetsledere for målgruppene våre. Oppland har derfor startet utvikling av "Fysiotek Aktiv" som innebærer tettere oppfølging av disse brukerne i form av tilrettelagt gruppeaktivitet i tre-måneders perioden.

For Buskerud, Vest-Agder og Nordland er svakheten at man ikke har etablert en tilsvarende tilnærming som Oppland for brukere som etter vurdering i helsesamtalen kan ha forutsetning for direkte å mestre et aktivitetstilbud i lag eller forening. Mange av deltakerne på gruppene ved sentralene trives godt med aktiviteten og kvier

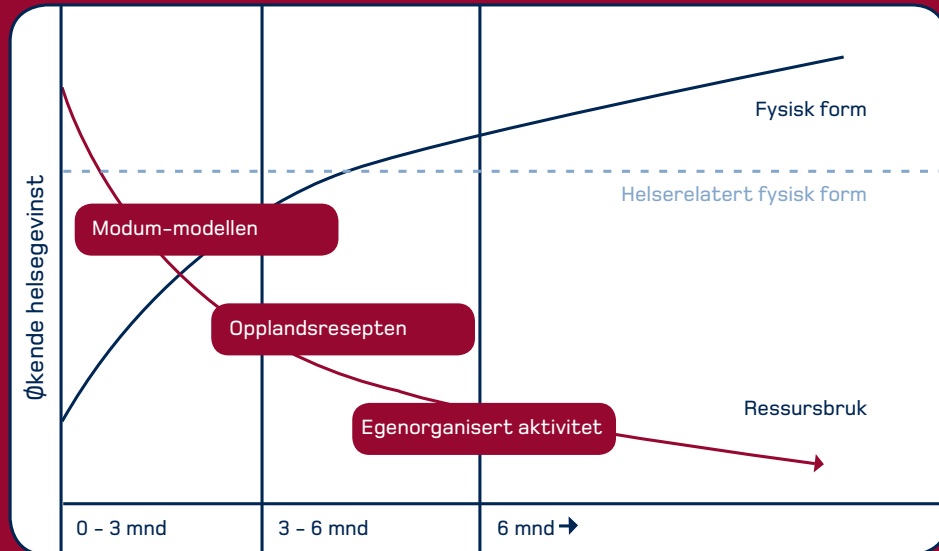
seg for å finne seg andre tilbud etter reseptperioden. Dermed blir det vanskeligere å få til den gjennomstrømning som er nødvendig for at sentralene ikke skal bli en "propp i systemet". Felles for begge tilnærmingene er at det er behov for å utvikle gode rutiner for oppfølging av reseptdeltakerne etter tre måneders reseptperiode. All erfaring tilsier at tre måneder er for kort tid til å kunne holde fast på livsstilsendringer. Oppfølgingsperiode på 6-9 måneder etter reseptperioden vil antakelig hjelpe flere til å holde fast på endringene. Som eksempel kan nevnes at Kristiansand kommune selv har overtatt ansvaret for gjennomføring av aktivitetene og utvidet muligheten for deltakere til å kunne



fortsette i opp til 9 måneder (etter avsluttet reseptperiode på 12 uker). Frisklivssentralen i Drammen har etablert fast ordning med besøk til aktuelle lag og foreninger for å hjelpe brukere videre etter gjennomført 12-ukers treningsperiode.

Fylkene har diskutert behovet for samordning av de ulike modellene med tanke på å komme fram til en felles "trappemodell" som differensierer ressursbruk ift. brukers individuelle behov for støtte og tilrettelegging. Noen brukere har

behov for gruppebasert/individuell trening og veiledning over tid før de evt. kan delta i aktivitetstilbud i regi av lag og foreninger eller drive egenorganisert aktivitet. For andre vil det være riktig å gå direkte til eksisterende tilbud i frivillig eller kommersiell sektor etter helsesamtalen. Tilsvarende differensiering kan gjelde for tilbud om kostveiledning eller røykeslutt. Det "riktige trinn på trappen" diskuteres, vurderes og tilrås i helsesamtalen ut fra den enkelte brukers forutsetning og motivasjon.



Figur 1. Skjematisk framstilling av forholdet mellom reseptmottakers fysiske form og ressursbruk i reseptperioden

Tilbudet om fysisk aktivitet på resept blir positivt møtt av brukerne. De aller fleste, ca. 90% er fornøyd med det tilbudet de får. Ca. 70% gjennomfører hele eller store deler av opplegget, hvilket må anses som bra. Mange av de som faller fra underveis kommer tilbake i løpet av 6-12 måneder med ny resept. Dette viser at for noen er det nødvendig med mer enn ett forsøk for å lykkes med å endre levevaner. Deltakerne som gjennomfører har god effekt av treningen. Både fysisk form og selvopplevd helse forbedres i løpet av perioden. De aller fleste kommunene sliter med å få legene til å bruke resepten. Stadige påminnelser og informasjon er nødvendig for at legen skal "huske" resepten. Mange av koordinatorene opplever dette som frustrerende.

Alle fylkene har erfart at det er vanskeligere å rekruttere deltakere til ernærings- og røykesluttkurs. De som deltar på kurs er godt fornøyd med opplegget, og gjennomførte røykesluttkurs viser at mange deltakere er røykfrie ved kursavslutning. Det kreves et visst antall deltakere for å kunne gjennomføre kurs, og i flere kommuner har mange av kurstilbudene både innenfor tobakk og kosthold måtte avlyse på grunn av for få deltakere. For å oppnå bedre respons på tilbudene om kostholdsveiledning og røykeslutt bør det

arbeides videre med utvikling av kompetansetilbud for fagpersonene ved fysiotek og frisklivssentraler. Det er også et ressurssspørsmål for de mindre kommunene i hvilken grad det kan gis tilbud om kurs fortløpende innen hver 12 ukers periode. Tilbudene må kunne tilpasses lokalt. Samarbeid med frivillige lag og foreninger kan gi nye muligheter. Oppland har gjennom folkehelseprogrammet et velfungerende samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen, noe som medfører at lokale røykesluttkurs er lett tilgjengelige utenom fysiotek.

For markedsføringen av en samordnet modell kan det være en fordel hvis man kan komme fram til et felles navn på resepten. Fylkene har pr. i dag ulike navn på resepten: Opplandsresepten, Frisklivsresepten, FYSAK resepten, Aktivitet på Resept, Grønn resept. Navnene på mottakssentralene (Fysiotek, Fysak sentral, frisklivssentral) bør antakelig ikke endres da disse er innarbeidet over flere år i fylkene. Sverige har Fysisk aktivitet på Resept (FaR) som "varemerke" og vi kunne dermed få et felles skandinavisk navn hvis Norge også tok det i bruk. Ulempen kan være at noen vil synes at det ikke framgår tydelig nok at kost og røyk også er temaer som inngår i oppfølgingsystemene.



## ANBEFALINGER

Erfaringene fra Buskerud, Nordland, Oppland, Troms og Vest-Agder gir grunnlag for noen anbefalinger om hvordan fysisk aktivitet på resept kan utformes og organiseres, og hvordan det kan kvalitetssikres og videreutvikles.

- Forankring: Vi anbefaler kommunal forankring med organisatorisk tilknytning til kommunehelsetjenesten, hjemlet i kommunehelsetjenestelovens §§ 1-2 og 1-4. Det er også naturlig å legge koplinger til sosialtjenestelovens kapittel 5a for å knytte sentralene til kvalifiseringsprogrammet i NAV.
- Organisering: Den kommunale helsetjenesten bør stå som ansvarlig part i den praktiske organiseringen og gjennomføringen av reseptordningen. Det er viktig å stimulere til lokale


samarbeidsavtaler med lag og foreninger om lavterskelaktiviteter, med de lokale helseforetakene om oppfølgingstiltak for pasienter etter behandling i spesialisthelsetjenesten og med kommersielle aktører innen trening og kostveiledning om oppfølgingstiltak for målgrupper med betalingsvne. Det er viktig at sentraler og Fysiotek er lett tilgjengelig, godt synlig og gjerne lokalisert i tilknytning til eller i nærheten av legekontor, NAV eller apotek.

- Målgruppe: Fysisk aktivitet på resept er et system som skal tilby endringsfokuset veiledning på levevaner (kosthold, røykeslutt og fysisk aktivitet). Målgruppen er alle som ut fra en helsefaglig vurdering har høy risiko for å utvikle sykdom knyttet til levevaner.

- Modellinnhold: Vi anbefaler at staten vurderer "trappetrinnsmodell" (se avsnittet om vurdering) som utgangspunkt for videre nasjonal spredning av Fysisk aktivitet på Resept. Dette for å sikre riktig dimensjonering av tiltak ut fra den enkelte brukers behov og ståsted. Systemet skal minimum inneholde helsesamtale ved oppstart og avslutning av en reseptperiode, rapport til henvisende instans, aktivitetsveiledning, gruppebasert trening, kurstilbud for røykeslutt og bedre kosthold, og definerte oppfølgingstiltak ut over 12-ukersperioden. Fundamentet i dette systemet er helsesamtalen. Alle som får henvisning fra helsepersonell eller NAV systemet skal henvises til et mottakssted som kan gjennomføre en strukturert og endringsfokuset samtale som på brukerens premisser kan stimulere og motivere

til handling. Valg av lavterskeltilbud i etterkant av helsesamtalen skal styres av brukerens interesser og behov. Det bør utformes en anbefaling for oppfølgingstiltak etter gjennomført reseptperiode for å styrke brukernes mulighet for å holde fast på sine endringer i levevaner. Anbefalingen bør bygge på erfaringer fra forskningsbasert litteratur på dokumenterte effekter ved slike tiltak.

- Kompetanse: Lavterskeltilbudene på alle tre levevaneområdene må sikres kompetanse som del av oppfølgingssystemet. Fysioterapeuter og idretts- eller helsepedagoger har grunnkompetanse som er egnet for å drive veiledning av aktivitetstilbudet, samt føre en motiverende helse. Opplæringstilbud bør organiseres regionalt. For kostholdsveiledning og røykeslutt organiseres



det både sentralt og regionalt kurslederopp-  
læring som gir kompetanse til å gjennomføre  
kurs lokalt. Ernæringsfysiologer er ”mangelvare”  
og vanskelig å rekruttere til kommunene, men kan  
i noen tilfeller brukes som rådgivere regionalt.  
Frivillige organisasjoner som LHL, diabetesfor-  
bundet og kreftforeningen har kompetanse  
som kan samarbeide med det kommunale opp-  
følgningssystemet.

- Resultatorientering: Det er viktig å få til en praksis som bidrar til en utjevning av sosiale helseforskjeller ved at primært de med størst behov for oppfølging, veiledning og trening i gruppe henvises. Det bør også fokuseres på å oppnå konkrete resultater i reseptperioden (forbedret fysisk form, redusert tobakksbruk og kostendringer).
- Hvem skal henvise: Vi anbefaler at alt autorisert helsepersonell i kommunen kan henvise. Legene har en spesielt viktig rolle. Når annet helsepersonell utenom fastlege henviser anbefales at kopi av henvisning sendes til fastlege

(Jfr. Helsepersonelloven §25). NAV-rådgivere og personell i helseforetak bør vurderes som henvisere. Resepten skal være diagnoseuavhengig. Lavterskeltilbudene bør assosieres med helsemessing, ikke diagnose. Når boken med anbefalinger for bruk av fysisk aktivitet i sykdomsforebygging og behandling foreligger bør alt helsepersonell informeres om den for å sikre henvisning av riktige målgrupper.

- Informasjon og markedsføring: Alle fylkene har erfart at det er vanskelig å få tilstrekkelig henvisninger til mottakssystemene. Pr. i dag er ikke legene og NAV i de aktuelle kommunene bevisste nok på potensialet som ligger i disse sentralene. Ved ” riktige” henvisninger er dette en ordning som i seg selv er med på å utjevne sosiale helseforskjeller gjennom de aktuelle rekrutteringskanalene. Viktige tiltak som anbefales er god informasjon på regionale og kommunale hjemmesider, markedsføringsarbeid lokalt overfor helsepersonell, spesialisthelsetjenesten og NAV kontorene, samarbeid med lokal presse.

- Finansiering: Det er etter vår oppfatning ikke legen som bør få egen takst for å ta opp spørsmål knyttet til livsstil. Dette kan like godt innpasses i eksisterende takst for tidsbruk. Mottakssentralene burde heller få en takst pr. bruker. Det ville bety et inntjeningspotensial for sentralene som gjør at det ikke utelukkende er ”kommunen som betaler og staten sparer”. Finansiering bør komme fra statlige helsebudsjett.

Kommunene bør stimuleres til å inngå avtale med frivillige lag og foreninger om x-antall treningskontakttimer mot en avtalt sum. Dette kan stimulere etablering av lavterskeltilbud og styrke mulighetene for å støtte personer med behov for spesielt tett oppfølging i aktivitet. Lag og foreninger kan også støttes på etablering av nye gruppebaserte lavterskeltilbud.

Kompetansetiltak, informasjonsarbeid og lokale utviklingstiltak bør kunne støttes med fylkeskommunale og statlige midler etter søknad.

## Referanser

- Erfarenheter av Fysisk aktivitet på Recept –FaR. 2003:53. Stockholm. Statens folkhälsoinstitut.
- Fysisk aktivitet på recept (FaR) i Östergötland 2005. Rapport 2006:11. Linköping. Folkhälsovetenskapligt centrum i Östergötland
- Metoder för att främja fysisk aktivitet- En systematisk litteraturöversikt.2006. Rapport nr. 181. Stockholm. Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Fysisk aktivitet som behandling. Motion og kost på recept i Københavns kommune. 2007. Syddansk universitetsforlag, Odense.
- Motion på recept. Erfaringer og anbefalinger.2007. Sund by nettverket.
- Eriksson M, Westborg C.J, Eliason M.C.E. A randomised trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. The Björknäs study. Scandinavian Journal of Public Health 2006; 34: 453-461.