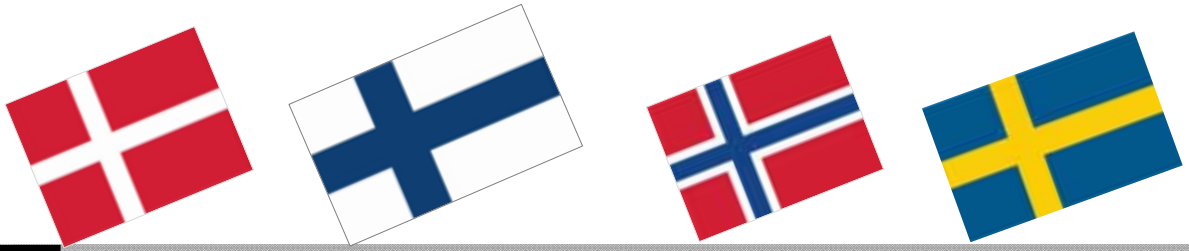
Sundhedsstyrelsen

Helsedirektoratet

Statens folkhälsoinstitut



NORDISK NETTVERK FOR FYSISK AKTIVITET, MAT OG SUNNHET

FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT I NORDEN -ERFARENHETER OCH REKOMMENDATIONER

NHV – Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

norden
Nordiska ministerrådet

Fysisk aktivitet på recept i Norden -erfarenheter och rekommendationer

Lena V Kallings

På uppdrag av ”Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet”

2010

Innehållsförteckning

Sammanfattning 4
Introduktion 5
Kontext för fysisk aktivitet på recept 6
Nordiskt perspektiv 6
Hälsa och fysisk aktivitet 6
Hälso- och sjukvårdens struktur 7
Danmark 9
Finland 10
Norge 11
Sverige 12
Historisk utveckling av fysisk aktivitet på recept 14
Danmark 14
Finland 14
Utveckling av Recept för fysisk aktivitet (Liikkumisresepti) 14
Norge 17
Grønn resept 17
FYSAK-resept, Fysiotek och Frisklivsresept 18
Sverige 18
Aktuella modeller för fysisk aktivitet på recept 20
Danmark 20
Motion på recept (MpR) 20
Finland 22
Recept för fysisk aktivitet (Liikkumisresepti) 22
Norge 24
Grønn resept 24
Frisklivsresept ordningen 25
Sverige 26
Grundmodell Fysisk aktivitet på recept -FaR® 26
Olika varianter av FaR® 28
Likheter och skillnader mellan de nordiska modellerna 30
Förskrivare 30
Hälsosamtal/motiverande samtal 31
Aktuella patientgrupper 32
Förskriven fysisk aktivitet 32
För och nackdelar med de olika nordiska modellerna 33
Pågående utvecklingsarbete för fysisk aktivitet på recept 36
Danmark 36
Utslussning efter MpR 36
Hänvisningsstrukturen 37
Finland 37
Elektroniskt recept för fysisk aktivitet, elektroniskt patientarkiv och elektroniskt beslutsunderlag 37
Norge 38
Vidareutveckling av Frisklivsresept 38
Sverige 39
Nytt nationellt journalunderlag för FaR® 39
Övriga utvecklingsarbeten 40

Likheter och skillnader i utvecklingsarbetet mellan länderna 40
Vetenskapliga studier av de nordiska modellerna för fysisk aktivitet på recept 41
Samlade erfarenheter och förslag till framtida utveckling av fysisk aktivitet på recept 44
Anpassade nivåer av utifrån patientens hälsotillstånd och behov 44
Slutsats 46
Länkar om fysisk aktivitet på recept i Norden 48
Referenser 49
Bilaga 1. Medverkande personer 53
Bilaga 2. Strukturella förutsättningar för fysisk aktivitet på recept i de olika länderna 55
Bilaga 3. Organisering av fysisk aktivitet på recept 61

Sammanfattning

Bakgrund

Otillräcklig fysisk aktivitetsnivå i befolkningen är en gemensam utmaning i de nordiska länderna. För att utbyta erfarenheter och samarbeta för att öka kunskapen och utveckla området livsstil på recept bildades ”Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet”. I Danmark, Finland, Norge och Sverige har man under det senaste decenniet utvecklat olika modeller av ordination av fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården. Syftet med denna rapport är att beskriva de olika modellerna. Genom att sammanfatta erfarenheter och analysera de olika modellernas för och nackdelar är avsikten att ge rekommendationer för det framtida arbetet i Norden – att finna en nordisk ”best practice” av skriftlig ordination av fysisk aktivitet, med lokala anpassningsmöjligheter.

Metod

Material har sammanställts utifrån rapporter, vetenskapliga studier, hemsidor och kontakter med experter inom området i respektive land. Då förutsättningarna skiljer sig mellan länderna beskrivs kontexten för det hälsofrämjande arbetet med fysisk aktivitet och en kort historisk tillbakablick ges på det utvecklingsarbete som gjorts kring ordination av fysisk aktivitet. Skillnader respektive likheter identifieras mellan ländernas upplägg av förskrivning av fysisk aktivitet och gemensamma utvecklingsfrågor identifieras. En sammantagen analys leder till rekommendationer för det framtida arbetet i Norden.

Resultat

Den gemensamma nämnaren i de olika modellerna för fysisk aktivitet på recept är att läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har ett samtal med patienten och gör en skriftlig ordination på fysisk aktivitet. Gemensamt tankesätt är även att i respektive land finns en eller ett par modeller som sedan anpassas utifrån lokala förutsättningar i varje region, landsting eller kommun.

Olikheter mellan modellerna gäller framför allt vem som förskriver, vem som har det motiverande samtalet och följer upp den ordinerade aktiviteten samt vilka patienter som kan komma ifråga. Det är stor variation i hur intensiva interventionerna är, vilka delar som utförs inom hälso- och sjukvården respektive i samverkan med andra aktörer i samhället, om man fokuserar på att främja fysisk aktivitet på egen hand eller gruppaktivitet. Vissa modeller utnyttjar befintliga strukturer i samhället medan andra har utvecklat nya.

Alla modeller har sina för- och nackdelar och olika modeller passar under olika förutsättningar. De modeller som har studerats vetenskapligt, har i samtliga fall lett till en ökad fysisk aktivitetsnivå.

Slutsats

Det är viktigt med en individuell anpassning av såväl ordinerad aktivitet som vilket stöd patienten är i behov av. Grovt indelat bör hälso- och sjukvårdspersonal använda två nivåer av insatser till patienter som behöver öka sin fysiska aktivitet i förebyggande eller behandlande syfte. I första hand erbjuds motiverande samtal med en individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet som patientens bedriver på egen hand (vardagsaktivitet och/eller organiserad aktivitet). För de patienter som behöver utökat stöd för att komma igång med fysisk aktivitet, erbjuds träningsgrupper inom vården som ett första steg. En individanpassad skriftlig ordination kan därefter underlätta övergången från strukturerad träning inom vården, till att individen blir varaktigt fysiskt aktiv på egen hand. Det är dock inte möjligt att föreslå en enda modell för fysisk aktivitet på recept i Norden som passar alla patienter, förskrivare och olika lokala villkor. Arbetet måste därför anpassas utifrån de aktuella förutsättningarna.

Introduktion

De nordiska länderna har flera likheter vad gäller språk, kultur och samhällsmässiga förutsättningar. Samtidigt som det finns skillnader i bland annat på vilken organisatorisk nivå ansvaret ligger för folkhälsoarbetet respektive hälso- och sjukvården. Det finns flera gemensamma utmaningar vad gäller hälsoproblem, som otillräcklig fysisk aktivitetsnivå, övervikt och fetma, livsstilssjukdomar och sociala skillnader i hälsa. Det är därför angeläget att utbyta erfarenheter och samarbeta för att öka kunskapen och utveckla interventionsmetoder. Ett nordiskt nätverk ”Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet” för erfarenhetsutbyte inom området livsstil på recept bildades 2003. Nordisk nettverk bygger på ett samarbete mellan Helsedirektoratet, Sundhedsstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut. Dessutom ingår representanter från regioner/landsting och kommuner i respektive land. Bland dessa kan Regions Syddanmark och det svenska Hälso- och sjukvårdens nationella nätverk för FaR® nämnas. Idag finns förutom Danmark, Norge, Sverige även Finland representerade i nätverket. Nätverket erhåller ekonomiskt stöd från Nordiska ministerrådet. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg är sekretariat för nätverket. Arbetet tar sin utgångspunkt i ”Nordisk handlingsplan for bedre sunnhet og livskvalitet gjennom mat og fysisk aktivitet” (1). Vision för nätverket är att bidra till att skapa förutsättningar för goda levnadsvanor i befolkningen, genom att fokusera på hälsofaktorer och ändring av levnadsvanor. Huvuduppgiften för nätverket är utveckling av arbetsmetoder för förskrivning av fysisk aktivitet på recept. En målsättning är att öka acceptansen för fysisk aktivitet på recept hos professionen och på politisk nivå, vidare att vidmakthålla användningen och vidareutveckla metoder för fysisk aktivitet på recept. Nätverkets hemsida nås via http://www.nordically.org/sv/Ovriga-sidor/Natverkens-sidor/Nordisk-nettverk-for-fysisk-aktivitet-mat-og-sunnhet/

Syftet med denna rapport är att beskriva de olika modellerna i Norden för fysisk aktivitet på recept. *Fysisk aktivitet på recept* används i denna rapport som ett samlingsnamn för de olika modeller med skriftlig ordination som används i Danmark, Finland, Norge och Sverige. För att särskilja den svenska modellen med samma namn anges istället FaR® för den svenska modellen. Då förutsättningarna skiljer sig mellan länderna beskrivs först kontexten för det hälsofrämjande arbetet med fysisk aktivitet och en kort historisk tillbakablick på det utvecklingsarbete som främst har gjorts det senaste decenniet. Skillnader respektive likheter identifieras mellan ländernas upplägg av förskrivning av fysisk aktivitet. Gemensamma utvecklingsfrågor kommer att identifieras. Genom att analysera de olika modellernas för och nackdelar är avsikten att ge rekommendationer för det framtida arbetet i Norden – att finna en Nordisk ”best practice”, med lokala anpassningsmöjligheter.

Målgrupp för rapporten är de som arbetar med verksamhetsutveckling av fysisk aktivitet på recept i kommuner, landsting och nationella myndigheter i de nordiska länderna.

Författare till rapporten är Lena Kallings (Sverige). Följande personer har bidragit med skriftliga underlag om förhållanden, erfarenheter etc. i respektive land: Arne Gårn (Danmark), Katriina Kukkonen-Harjula (Finland), Ellen Blom (Norge) och Lillemor Nyberg (Sverige). I bilaga 1 presenteras alla som bidragit till rapporten på olika sätt.

Kontext för fysisk aktivitet på recept

Nordiskt perspektiv

Hälsa och fysisk aktivitet

Sverige är det största landet till yta och befolkningsmängd (se Tabell I) och Danmark det mest tätbefolkade landet. Den kortaste medellivslängden (se Tabell I) återfinns i Danmark och den längsta i Sverige, som också har störst andel av befolkningen över 65 år (se Figur 1). Hjärt- och kärlsjukdomar och cancer står för huvuddelen av dödsfallen i alla åldersgrupper för både män och kvinnor i alla länderna. Ungefär halva befolkningen är överviktig och i alla länderna är det fler män än kvinnor (se Tabell II). Störst andel med fetma återfinns i Finland där mer än var femte har ett BMI ≥ 30, jämfört med ca en av tio i de andra länderna. I de nordiska länderna finns sociala skillnader vad gäller ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet och övervikt. Grupper med högre utbildning och socioekonomisk status har bättre vanor (1).

Tabell I. Befolkningsmängd och medellivslängd i de olika länderna

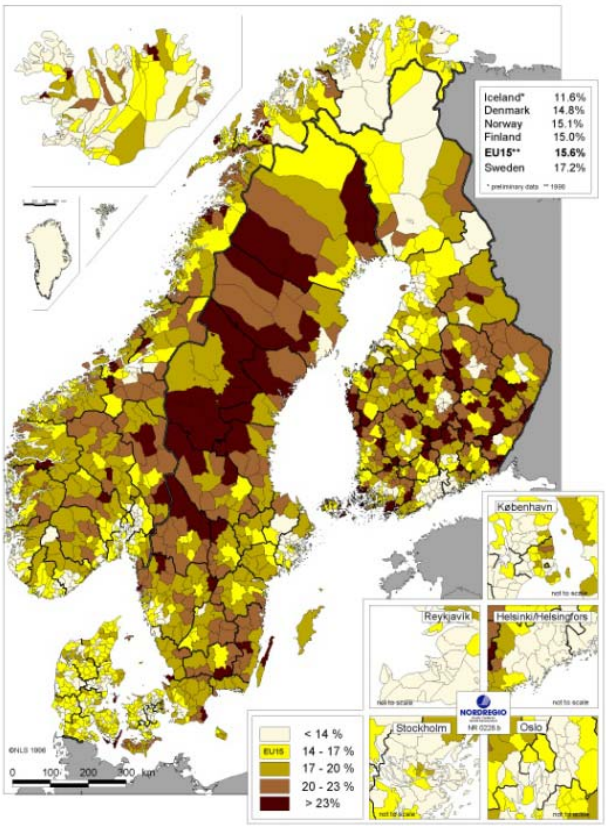
	Befolkning (miljoner)	Medellivslängd (år)	
		♂	♀
Danmark	5,5	76,3	80,7
Finland	5,3	76,3	83,0
Norge	4,8	78,3	83,0
Sverige	9,3	79,1	83,

Källa: Nordisk statistisk årsbok 2009 (2)

Tabell II. Procentuell förekomst av övervikt i de olika länderna

	Övervikt (BMI 25-29,9)		Fetma (BMI ≥30)	
	♂	♀	♂	♀
Danmark	40	33	10	9
Finland	46	29	21	22
Norge	43	27	9	8
Sverige	42	27	12	11

Källa: Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity (1).



Figur 1. Andel av befolkningen som är 65 år eller äldre. Källa: Nordregio, www.nordregio.se

Den nordiska rekommendationen för fysisk aktivitet är (3):

- för vuxna
  - Minst 30 minuters fysisk aktivitet per dag med minst måttlig intensitet (motsvarande 630 kJ/d) utöver vardagsaktivitet. Aktiviteterna kan sannolikt delas upp i kortare intervaller om minst 10 minuter. Ytterligare fysisk aktivitet är fördelaktigt.

    - Ytterligare fysisk aktivitet, omkring 60 minuter per dag med minst måttlig intensitet kan behövas för att förebygga viktökning
- för barn och unga
    - Minst 60 minuters fysisk aktivitet per dag, både med måttlig och hög intensitet. Aktiviteterna kan sannolikt delas upp i kortare intervaller under dagen och bör omfatta olika typer av aktiviteter.

Det finns även nationella rekommendationer för befolkningen (4-6) och nyligen kom globala rekommendationer från WHO (7). Utöver detta finns specifika rekommendationer för patienter med olika diagnoser (5-6, 8-9).

Fysisk aktivitet är svårt att mäta i synnerhet på befolkningsnivå, och man har olika system i de olika länderna. Det är därför svårt att ange hur många som når upp till denna rekommendation och vilka eventuella skillnader som finns mellan länderna. I den nordiska handlingsplanen skattar man att ungefär halva befolkningen når den rekommenderade fysiska aktivitetsnivån (1). En minskning ses av fysisk aktivitet i vardagen och fysiskt hårt belastande aktivitet på arbetet. Däremot rapporteras en viss ökning av träning på fritiden. Även stillasittande beteenden som TV-tittande och datoranvändning ökar. Därmed är trenden att befolkningens totala fysiska aktivitetsnivå, eller totala energiutgifter, minskar i de nordiska länderna (1) liksom i övriga världen.

En dansk studie visar att om en genomsnittlig fysiskt inaktiv 30-årig person ändrar sitt beteende till mer fysisk aktivitet så kan man förvänta sig att livslängden ökar med flera år varav flera av dessa är friska år (10):

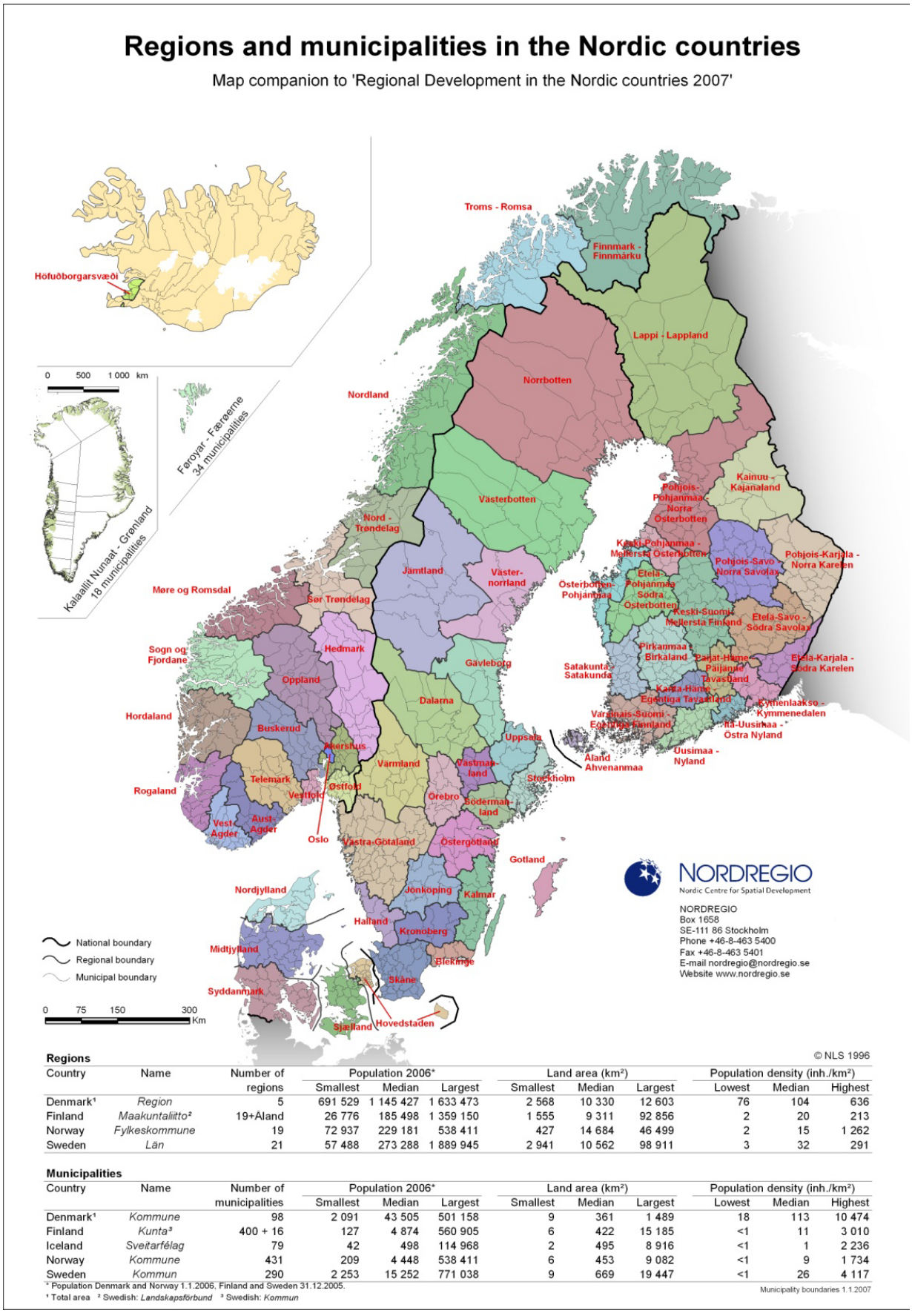
- Om ändring sker till måttligt aktiv livsstil ökar den förväntade livslängden med 2,8 år för män och 4,6 år för kvinnor, varav år utan sjukdom med 2,4 (♂) respektive 2,7 år (♀).
- Om ändring sker till mycket aktiv livsstil ökar den förväntade livslängden med 7,8 (♂) respektive 7,3 år (♀), varav år utan sjukdom med 4 (♂) respektive 4,8 år (♀).

Beräkningar visar att om man kan få en del av den minst aktiva delen av befolkningen att bli måttligt aktiva innebär det stora samhällsekonomiska besparingar. Kostnaderna för hälso- och sjukvård skulle i de nordiska länderna kunna minkas med flera miljarder Euro (1, 10).

Hälso- och sjukvårdens struktur

Sjukvården i de nordiska länderna är offentlig och i stor utsträckning finansierad genom skatter eller genom obligatoriska sjukförsäkringssystem. Utgifterna för hälso- och sjukvård utgör i alla de nordiska länderna ca 9 procent av bruttonationalprodukten (BNP) (2). Alla länderna har väletablerade system för primärvård. Det skiljer sig dock med avseende på var denna är organisatoriskt placerad, då det antingen är landsting/regioner eller kommunerna som är ansvariga. Det finns skillnader mellan länderna i fråga om mängden anställd personal inom vården, både totalt och inom olika professioner (2). Exempelvis har Norge nästa 400 läkare per 100 000 invånare, Danmark och Sverige drygt 300 och Finland drygt 200. Å andra sidan har Finland dubbelt så stor andel vårdplatser på sjukhus per 100 000 invånare (672) än de andra nordiska länderna som har drygt 300 vårdplatser och Sverige minst (283). Generellt koncentrerar man resurserna till färre men större sjukhus och stänger de mindre sjukhusen. Utöver allmän sjukvård finns förebyggande vård för mödrar och barn från födseln till skolåldern samt skolhälsovård och tandvård för barn och ungdomar.

Benämningen på de regionala indelningarna skiljer sig åt i de Nordiska länderna (se Figur **2**). Danmark är indelat i 5 regioner och 98 kommuner, Finland i 19 landskapsförbund + Åland och i 400 + 16 kommuner, Norge i 19 fylkeskommuner och 431 kommuner och Sverige i 20 landsting/regioner och 290 kommuner.



Regions

Country	Name	Number of regions	Population 2006* Smallest	Median	Largest	Land area (km²) Smallest	Median	Largest	Population density (inh./km²) Lowest	Median	Highest
Denmark[1]	*Region*	5	691 529	1 145 427	1 633 473	2 568	10 330	12 603	76	104	636
Finland	*Maakuntaliitto*[2]	19+Åland	26 776	185 498	1 359 150	1 555	9 311	92 856	2	20	213
Norway	*Fylkeskommune*	19	72 937	229 181	538 411	427	14 684	46 499	2	15	1 262
Sweden	*Län*	21	57 488	273 288	1 889 945	2 941	10 562	98 911	3	32	291

Municipalities

Country	Name	Number of municipalities	Population 2006* Smallest	Median	Largest	Land area (km²) Smallest	Median	Largest	Population density (inh./km²) Lowest	Median	Highest
Denmark[1]	*Kommune*	98	2 091	43 505	501 158	9	361	1 489	18	113	10 474
Finland	*Kunta*[3]	400 + 16	127	4 874	560 905	6	422	15 185	<1	11	3 010
Iceland	*Sveitarfélag*	79	42	498	114 968	2	495	8 916	<1	1	2 236
Norway	*Kommune*	431	209	4 448	538 411	6	453	9 082	<1	9	1 734
Sweden	*Kommun*	290	2 253	15 252	771 038	9	669	19 447	<1	26	4 117

* Population Denmark and Norway 1.1.2006, Finland and Sweden 31.12.2005.
[1] Total area [2] Swedish: *Landskapsförbund* [3] Swedish: *Kommun*
Municipality boundaries 1.1.2007

Figur 2. De nordiska länderna och deras regionala indelningar år 2007. Källa: Nordregio, www.nordregio.se

I de kommande avsnitten redovisas hur hälso- och sjukvården är organiserad i respektive land och ansvarsfördelningen för arbete med fysisk aktivitet på recept. För en översiktlig jämförelse av de strukturella förutsättningar som gäller i de olika länderna när det gäller fysisk aktivitet på recept hänvisas till Bilaga 2.

Danmark

[1]

Hälso- och sjukvården

I Danmark finns tre politiska nivåer: Stat, regioner och kommuner. Alle tre nivåer har ett ansvar inom hälso- och sjukvården. Staten beslutar om den överordnade hälso- och sjukvårdspolitiken och den överordnade finansieringen. Regionerna bedriver den behandlande hälso- och sjukvården, genom drift av sjukhusen och dels genom finansiering av/bidrag till specialistläkare, allmänläkare och andra professioner som exempelvis sjukgymnaster (fysioterapeuter) och arbetsterapeuter. Kommunerna har ansvaret för ett antal lokala uppgifter som äldrevård och skolhälsovården mm.

Förebyggande arbete

Kommunerna ansvarar primärt för det förebyggande arbetet. Man ska tillhandahålla sunda miljöer och säkerställa att det finns ett utbud av hälsofrämjande och förbyggande insatser. Hälsolagen anger dock inte i vilken omfattning kommunerna ska erbjuda förebyggande insatser och inte heller till vilken målgrupp, typ av erbjudande etc. som insatsen ska omfatta. Utan det är upp till det kommunala självstyret att avgöra servicenivån.

Regionerna erbjuder förebyggande insatser till patienter, som är inneliggande på sjukhus eller som behandlas av allmänpraktiserande läkare. Regionerna ska även stå för rådgivning till kommunerna i deras förebyggande arbete, men har ingen befogenhet att till exempel upprätta strategier å kommunernas vägnar eller koordinera de förebyggande insatserna.

Regeringen står för de överordnande politiska riktlinjerna genom sitt folkhälsoprogram ”Sund hele livet” (11) och den nyligen presenterade nationella handlingsplanen for förebyggande arbete (12). Dessa dokument har dock primärt mer en ställning som förslag och rekommendationer till kommunerna. Det finns därmed ingen egentlig nationell koordinering av det förebyggande arbetet och inte heller finns det någon öronmärkt finansiering av kommunernas insatser. Det är upp till kommunerna om de prioriterar ekonomiska medel till det förebyggande arbetet. Sundhedsstyrelsen samlar in och sprider kunskap om bland annat förebyggande insatser men har inget ansvar för att koordinera kommunernas arbete.

I arbetet med motion på recept (MpR) i Danmark är regionerna endast involverade genom att allmänläkarna (som hör till regionernas hälso- och sjukvård) hänvisar till kommunernas MpR-insatsteam. Det är inte kommunernas plikt att erbjuda MpR men det är en typ av förebyggande arbete som hör till kommunernas ansvar. Den nuvarande rollfördelningen på det förebyggande arbetet startade år 2007 och det mesta av erfarenheterna från MpR arbetet bygger på projekt i de tidigare amterna (motsvarande fylker, landsting). I början av år 2010 fanns MpR i uppskattningsvis 30 av Danmarks 98 kommuner. Det är kommunerna som är ansvariga för själva MpR arbetet och tar emot patienterna som fått MpR. Om och hur MpR ska organiseras, vilken kapacitet, vilka patientgrupper som kan få MpR med mera avgör respektive kommun.

[1] Baserat på skriftligt material från Arne Gårn, Specialkonsulent, Region Syddanmark, Danmark

Finland

Statlig/nationell nivå

Politikprogrammet för hälsofrämjande är ett av den nuvarande regeringens tre politikprogram. Programmet är sektorsöverskridande och med det strävar man efter att garantera att hälsoaspekten beaktas i allt samhälleligt beslutsfattande, i näringslivet, på arbetsplatserna och i organisationerna. Fysisk aktivitet på recept nämns specifikt i politikprogrammet för hälsofrämjande (13).

Social- och hälsovårdsministeriet har det allmänna styrnings- och tillsynsansvaret för främjande av hälsa. Ansvaret för att de hälsofrämjande insatserna koordineras på ministerienivå vilar hos folkhälsodelegationen. Folkhälsodelegationen följer upp utvecklingen inom folkhälsan, utvecklar den riksomfattande hälsopolitiken, bygger upp hälsofrämjande samarbete mellan olika förvaltningsområden, organisationer och andra parter, förbereder hälsoprogram som berör olika sjukdomsgrupper och problemställningar och följer upp hur de genomförs. Institutet för hälsa och välfärd (THL, tidigare KTL) har som uppgift att följa upp, övervaka och forska i hälsa och välstånd, utreda och experimentera samt utveckla verktyg för kommunernas hälso- och socialarbete. Centret för hälsofrämjande (Tekry) är ett samarbetsorgan för över 100 medlemsorganisationer inom hälsovårdssektorn och har till uppgift att stärka de hälsofrämjande strukturerna i samhället.

Det hälsofrämjande arbetet baserar sig på folkhälsolagen och utgör en del av folkhälsoarbetet. Staten stöder det hälsofrämjande arbetet genom särskilda anslag som reserverats för ändamålet. Social- och hälsovårdsministeriet svarar för hur dessa anslag används.

Kommunnivå

Det kommunala självstyret är viktigt. Kommunen är skyldig att inom sitt område främja hälsa, funktionsförmåga och social trygghet. Man ska beakta hälsoaspekter i all sin verksamhet och i sitt beslutsfattande. Genom det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården KASTE (under Social- och hälsovårdsministeriet) förbättras kommunernas möjligheter att ingripa i hälsoskadliga riskfaktorer, främja invånarnas hälsa och bidra till en mer jämlik fördelning av hälsan. Kvalitetsrekommendationerna för hälsofrämjande (14) hjälper kommunerna att utveckla och planera effektiva verksamhetssätt och utvärdera sin verksamhet.

Kommunerna har ansvaret för att ordna hälso- och sjukvård för sina invånare. Primärvården sköts av hälsocentraler som upprätthålls av enskilda kommuner eller gemensamt av flera närbelägna kommuner. Kommunerna har även rätt att köpa tjänster av andra kommuner eller den privata sektorn. Hälsocentraltjänsterna innefattar även läkarbesök och tandvård, förebyggande vård och miljöhälsovård. Hälsocentralerna driver mödra- och barnavårdscentraler samt ansvarar för skol- och företagshälsovården. Hälsocentralerna har vanligen ett lokalt sjukhus för personer med lindriga eller kroniska sjukdomar, ett litet laboratorium, röntgen och en enhet för sjukgymnastik. Till primärvården hör även företagshälsovårdsenheter och privata läkarmottagningar. Arbetsgivarna är förpliktade att arrangera företagshälsovård för sina arbetstagare. Denna kan arrangeras via kommunala hälsocentraler eller privata läkarmottagningar.

Recept för fysisk aktivitet används främst vid inom primärvården vid de kommunala hälsocentralerna och till mindre del vid sjukhusen.

Norge

[2]

I Norge finns tre politiska nivåer; stat, fylkeskommun och kommun. Centrala dokument i folkhälsoarbetet är Stortingsmelding nr. 16. (2002-2003) Resept for et sunnere Norge (16), Stortingsmelding nr. 20. Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller og Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

Statlig/nationell nivå

Staten har ett överordnat ansvar for folkhälsopolitiken och hälso- och sjukvården. Staten finansierar de offentliga sjukhusen.

Staten finansierar Grønn resept genom ”fastlegetariffen” till allmänläkare som vägleder och skriver ut Grønn resept till sina patienter (gäller endast icke-medikamentell behandling av typ 2 diabetes och hypertoni). Taxan används som ett ekonomiskt initiativ för att påverka läkarna att ge vägledning/råd om mat och fysisk aktivitet till sina patienter.

Helsedirektoratet har utöver statsbudget ekonomiskt stöttat utvecklingen av uppföljningssystemen Frisklivsresept och Fysiotek sedan 2004. Syftet med dessa uppföljningssystem är att ta hand om både de patienter som fått Grønn Resept av sin läkare, men också andra patientgrupper som får Frisklivsresept av auktoriserad hälso- och sjukvårdspersonal eller från den norska arbets- och socialförvaltningen (NAV). Under 2010 fördelades medel till 15 fylkeskommuner, som i sin tur fördelat medel till vissa av sina kommuner (6, 3 millioner utöver statsbudget) för utveckling av frisklivssentraler. Utifrån St.meld.nr.47 (2008-2009) ska Helsedirektoratet bidra till fortsatt utveckling av Frisklivssentraler/ Frisklivsresept, som ett system för patienter som behöver uppföljning kring fysisk aktivitet, matvanor eller rökavvänjning (17). I förslag till statsbudget för 2011 skriver regeringen att ”en sterkere innsats på forebyggende helsetjenester på tilpasses lokale behov” och ”Etablering av frisklivstilbud kan forebygge livsstilssykdommer hos risikogrupper og bidra til å motvirke utvikling av mer alvorlige og behandlingskrevende diagnoser”. Erfarenheter och utvärderingar av hur man organiserar frisklivsresept ska spridas via konferenser och skriftligt material till fylkeskommuner och kommuner.

Fylkesnivå

Fylkeskommunerna ansvarar för tandvård och har lagstadgat ansvar för det tvärsektoriella folkhälsoarbetet[3].

Fylkeskommunerna Buskerud, Nordland, Oppland, Vest-Agder och Troms har stått för metodutveckling och sakkunnigt stöd till frisklivssentraler i kommunerna. Vissa har även gett ekonomiskt stöd för etablering av frisklivssentraler.

Fylkesmannen är Kungens och regeringens representant i sitt fylke. Han ska bidra till att Stortingets och Regeringens riktlinjer följs upp. Detta sker genom förvaltningsuppdrag från departementen och genom att fylkesmannen övervakar kommunernas verksamhet och är klagoinstans för kommunens beslut. I varje fylke finns en fylkesläkare som är den högsta offentliga läkaren i fylket. Denne är rådgivare åt fylkesmannen och övriga myndigheter när det gäller hälsofrågor.

---

[2] Baserat på skriftligt material från Ellen Blom, Rådgivare, Helsedirektoratet, Norge och referens nr 15. Helsedirektoratet. Norway and Health. An introduction.2009.

[3] Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet www.lovdata.no/ltavd1/filer/nl-20090619-065.html

Kommunal nivå
Kommunerna ansvarar för primärvården ”kommunehelsetjenesten”, vilket inkluderar husläkare (allmänläkare), mödravård och skolhälsovård, barnmorskor och sjukgymnastik (fysioterapeuter). Det är kommunerna som finansierar primärvården, medan specialistvården är statlig. Kommunöverläkaren är kommunens samhällsmedicinska ansvariga och har det överordnande ansvaret för de miljöer som direkt eller indirekt kan påverka hälsan. I kommunernas ansvar ingår även arenor för folkhälsoarbete; skola, förskola, arbetsliv och transporter.

Kommunen har lagstadgat skyldighet att tillhandahålla husläkare/allmänläkare, dessa är antingen anställda av kommunen eller privatpraktiserande. De flesta är privatpraktiserande och får av staten bidrag för drift och ersättning via fastlegetariffen/ normaltariffen.

Enligt lagen om den kommunala hälsotjänsten/primärvården har kommunen lagstadgat skyldighet att bedriva hälsofrämjande och förebyggande arbete[4]. Lokalt ska kommunen genom hälsotjänsten ha översikt över hälsotillstånd och de faktorer som kan inverka på hälsan. Lokala hälsoaktörer ska medverka till man tar hälsomässiga hänsyn även i andra sektorer. Frisklivssentraler är inget som regleras i lagen, utan det är upp till respektive kommun att avgöra om man vill prioritera denna verksamhet. Helsedirektoratet rekommenderar att Frisklivssentraler bör finnas i alla kommuner eller som ett samarbete mellan flera kommuner. I december 2009 fanns det dock ungefär 70 stycken. Frisklivssentraler är idag organiserade under kommunernas hälsotjänst och i många kommuner är det de kommunala sjukgymnasterna som har det yrkesmässiga ansvaret. Man har där vid behov inhämtat kompetens om motiverande samtal (MI), rådgivning om fysisk aktivitet, matvanor och rökavvänjning.

Sverige

I Sverige finns tre politiska nivåer. På riksnivå är det riksdag och regering, på regional nivå landsting/regioner och på den lokala nivån är det kommuner.

Statlig/nationell nivå
Regeringen verkställer riksdagsbesluten och styr den statliga verksamheten. Arbetet sker via ett antal departement som i sin tur styr de statliga myndigheterna. Socialdepartementet är ansvarigt för bland annat hälso- och sjukvård och folkhälsa och har betonat att fysisk aktivitet på recept (FaR®) är en metod som ska användas i Sverige (18). Statens folkhälsoinstitut (ansvarig för folkhälsa) är den myndighet som arbetar med FaR®, men även Socialstyrelsen (ansvarig för hälso- och sjukvård) har en viktig roll.

Staten beslutar om lagar och förordningar som styr vad landsting/regioner och kommuner ska göra.

Regional/lokal nivå
Kommunallagen styr landstingens/regionernas och kommunernas verksamhet. Lagen ger stort utrymme för kommunalt självstyre, en bärande princip i det svenska samhället. Det innebär att landsting/regioner och kommuner har stor rätt att själva bestämma på vilket sätt de ska sköta sina arbetsuppgifter och hur de ska fördela sina resurser så att de kan anpassa sin verksamhet till de lokala och regionala förutsättningarna. Landsting och regioner ansvarar för gemensamma uppgifter inom regionen, med tyngdpunkt på hälso- och sjukvård och regional utveckling. *Landstingen/regionerna* ansvarar för primärvården, mödravård, barnhälsovård och

[4] Kommunehelsetjenesteloven http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html

specialistvård. *Kommunerna* sköter de lokala uppgifterna, bland annat skola (skolhälsovård), omsorg om barn, äldre (äldreomsorg) och funktionshindrade. I alla kommuner finns insatser för kultur och fritid. Det är oftast helt frivilliga åtaganden. I fritidsverksamheten har idrottslivet en särskild roll, eftersom det bidrar både till livskvalitet och till folkhälsa. Därför drivs sporthallar och idrottsanläggningar ofta av kommunen. Kommunerna stödjer ofta det lokala föreningslivet och underhåller bad, motionsspår och vandringsleder.

För arbetet med fysisk aktivitet på recept i Sverige har Statens folkhälsoinstitut på nationell nivå en samordnande roll, genomför regeringsuppdrag kopplade till FaR®, ska stödja införande och tillämpning av metoder, verktyg och strategier på den lokala och regionala nivån samt följa upp och utvärdera folkhälsopolitiken (där FaR® är en del). Man är även samarbetspart för FYSS som är en manual för Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. FYSS (www.fyss.se) är framtagen av Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA, sektion inom Svensk Idrottsmedicinsk förening). Men det är landstingen/regionerna som själva beslutar hur man exakt ska lägga upp arbetet utifrån regionala och lokala förutsättningar. Alla landsting arbetar med FaR® i varierande omfattning och med lokala anpassningar av grundmodellen för FaR®. Det finns inget systematiskt arbete med FaR® inom kommunerna, det sker dock vissa utvecklingsprojekt på några håll i landet.

Det svenska FaR®-arbetet bygger på samarbete mellan offentlig verksamhet och många olika aktörer på både nationell och lokal nivå. Viktiga nationella aktörer är Yrkesföreningarna för fysisk aktivitet (YFA[5]), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Riksidrottsförbundet[6], Svenskt Friluftsliv[7], Hälso- och sjukvårdens nationella nätverk för FaR®[8], Hälsofrämjande sjukhus och Vårdorganisationer (HFS), riksorganisationer för frivilligorganisationer (såsom pensionärsorganisationer, patientföreningar) och idrottsföreningar. Inom de flesta landsting/regioner finns nätverk mellan primärvård, folkhälsoenhet, specialistvård, läkemedelskommitté, distriktsidrottsförbund och lokala aktivitetsarrangörer. Elva landsting har skrivit avtal med distriktsidrottsförbund och ett landsting har ett muntligt avtal. I fem landsting finns dock inga avtal och för de övriga saknas uppgifter. I de skriftliga avtalen med respektive landsting/region ingår oftast;

1. Utsedd kontaktperson som representerar alla aktivitetsarrangörer i respektive distrikt/landsting/region samt samordnar FaR®-arbetet tillsammans med ansvarig för FaR®-arbetet inom landstingen.
2. Ansvarig för sammanställning av FaR®-aktiviteter i respektive landsting/region
3. Ansvarig arrangör för FaR®-ledarutbildningar i respektive distrikt/landsting/region

I Sverige har all legitimerad personal möjlighet att förskriva FaR® men sjukgymnaster, läkare och sjuksköterskor skriver flest recept. Övriga legitimerade som kan vara förskrivare är exempelvis psykologer, dietister och barnmorskor. Det är främst personal inom primärvården som förskriver FaR®, men psykiatrin och allt fler mottagningar på sjukhus har börjat förskriva.

---

[5] YFA är ett fristående utskott inom Svensk Idrottsmedicinsk Förening, Svenska Läkaresällskapets sektion för idrottsmedicin. YFA har representation av olika yrkeskategorier såsom läkare, sjukgymnaster, sjuksköterskor, idrottslärare, naprapater och folkhälsovetare.

[6] Den samlade idrottsrörelsens medlemsorganisation

[7] Paraplyorganisation för 21 ideella friluftsorganisationer i Sverige

[8] Nätverk med alla landsting/regioner i Sverige för att samla all nationell kunskap och erfarenhet kring användandet av fysisk aktivitet i sjukdomsbehandling och prevention och att verka för en övergripande nationell plan. Från respektive landsting finns representant från läkemedelskommitté, en kliniskt arbetande med utvecklingsansvar för FaR, och en person med övergripande metodutvecklingsansvar för FaR

Historisk utveckling av fysisk aktivitet på recept

Danmark

Motion på recept (MpR) kom första gången på dagordningen i Danmark år 2002 i samband med en konferens ”Forum for Motion”. Samma år tillsatte Sundhedsstyrelsen en arbetsgrupp, som skulle belysa den vetenskapliga bakgrunden till fysisk aktivitet i förebyggande och behandling av sjukdom, som resulterade i *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*, som presenterades 2003 (6). *Motion på recept – en litteraturgennemgang med fokus på effekter og organisering* (19) utgavs 2004 av Sundhedsstyrelsen.

Det första MpR-teamet startade i slutet av 2002 i Ribe Amt. Flera amter (den tidigare Danska indelningen av motsvarande landsting) och kommuner startade strax efter flera projekt under den gemensamma beteckningen MpR, men med lokal anpassning. Allt som allt hade 10 av 14 amter samt Köpenhamns och Fredriksbergskommuner MpR-team, de flesta på projektbasis.

En strukturreform genomfördes 2007 då kommunerna fick ansvaret för förebyggande arbetet mot befolkningen. Ansvaret för det förebyggande arbetet mot patienter delades mellan regioner och kommuner. Eftersom amter då försvann lades många av projekten ned i och med denna reform (20). I vissa kommuner har man fortsatt de MpR-projekt som startades i vissa amter, medan andra kommuner har byggt vidare på de tidigare erfarenheterna. Dock erbjuder bara en lite andel av kommunerna i dagsläget MpR. Av de 98 kommunerna fanns MpR bara i ca 30 år 2008 (20). Mer kring utvecklingen av MpR kan läsas i Arne Gårns artikel (21) och Sundhedsstyrelsens Resultatopsamling af Motion på Recept i Danmark (20).

Finland

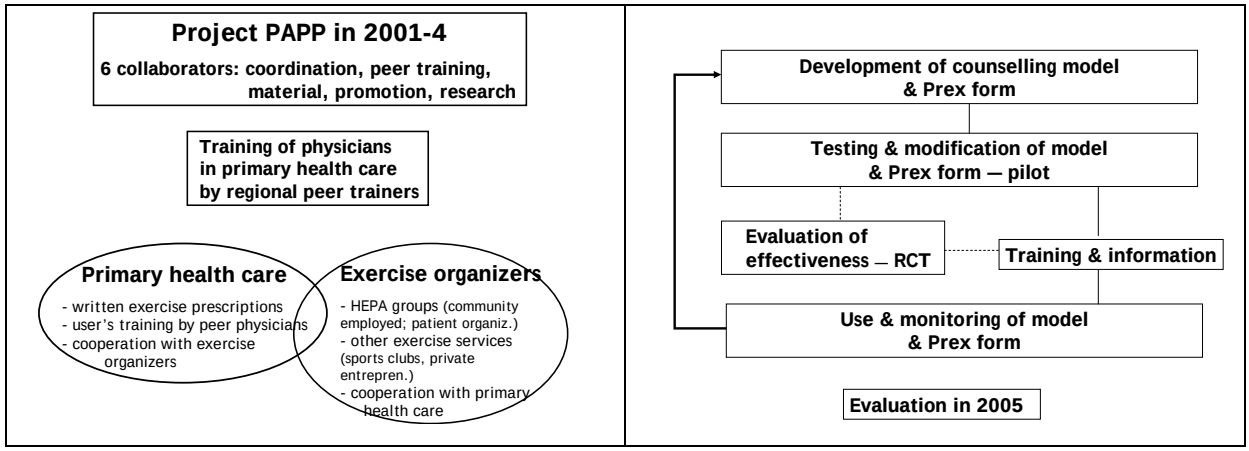
Utveckling av Recept för fysisk aktivitet (Liikkumisresepti)
[9]

Utvecklingen av Recept för fysisk aktivitet (Liikkumisresepti) startade 2001 för att öka läkarnas rådgivning om fysisk aktivitet till patienter, i synnerhet i primärvården. Det var Reumaförbundet i Finland som tog initiativet och samarbetade med UKK Institutet för hälsofrämjande (UKK Institute for Health Promotion Research), Finlands Läkarförbund, Programmet I form för livet (Fit for Life, under undervisnings- och kulturministeriet och social- och hälsovårdsministeriet), Finlands Hjärtförbund, och Jyväskylä Universitetet (Research Centre for Health Promotion). Det svenskspråkiga materialet sammanställdes i samarbete med Samfundet Folkhälsan. En projektledare anställdes och programmet pågick mellan 2001-2004 och finansierades av Social- och hälsovårdsministeriet.

Målet med programmet var att öka primärvårdsläkares rådgivning och förskrivning av fysisk aktivitet vid de kommunala hälsocentralerna, företagshälsovårdsmottagningar, privata mottagningar och vid rehabiliteringscentraler. Läkare som arbetade på sjukhus var en sekundär målgrupp. Recepten är avsedda till såväl friska som sjuka personer, för att förebygga och behandla vissa sjukdomstillstånd. Syftet var att ta fram en receptblankett för fysisk

[9] Baserat på skriftligt material från Katriina Kukkonen-Harjula, docent, MD och Minna Aittasalo, PhD, UKK Institutet för hälsofrämjande (UKK Institute for Health Promotion Research), Tammerfors (Tampere), Finland. Samt den svenska översättningen av handboken Handbok för Recept för fysisk aktivitet (Liikkumisresepti) (referens 22. Miilunpalo S, Aittasalo M, (översättning till svenska Cia Törnblom). Handbok för Recept för fysisk aktivitet (Liikkumiresepti). Tammerfors 2002. http://www.liikkumisresepti.net/.)

aktivitet, utveckla läkarnas kunskap och kompetens genom att utveckla utbildningsmaterial till dem och deras patienter. Projektet syftade även till att förbättra samverkan mellan hälso- och sjukvården och motions- och idrottsföreningar och andra frivilligorganisationer, för att skapa en stödjande miljö för patienterna att öka deras fysiska aktivitet. Samarbetet med kommunens aktivitetsutbud för att skapa en stödjande miljö mellan hälso- och sjukvården och aktivitetssektorn är en viktig del. Projektet beskrivs även i Figur 3.



Figur 3. Beståndsdelarna i det finska utvecklingsarbetet av Recept för fysisk aktivitet (Liikkumisresepti). Hälsofrämjande fysisk aktivitet (HEPA, health enhancing physical activity), Receptblankett (Prex form), Randomiserad kontrollerad studie.

Fyra strategier användes för att nå målet:

1. Utveckling av en rådgivningsmetod för läkare.
2. Tillhandahålla enkel och fri tillgång till rådgivningsmetoden och de framtagna materialen (dvs. receptblanketten och handboken för fysisk aktivitet) som ett stöd för läkarna att informera patienterna om vikten av fysisk aktivitet.
3. Underlätta för läkarna att ta till sig och använda rådgivningsmetoden, genom stödmaterialet (hälsoeffekter av fysisk aktivitet och rådgivningsprinciper) och utbildningen för läkarna för att säkra saklig användning av receptblanketten.
4. Sprida information om rådgivningsmetoden till läkare, hälso- och sjukvårdspersonal, träningspersonal och beslutsfattare. Träningsinstruktörer finns anställda av kommunen, hos patientorganisationer och privata aktörer.

Receptblanketten (se www.liikkumisresepti.net) har utvecklats på basis av teoretisk kunskap inom beteendevetenskaper, rapporter om möjligheter för rådgivning och förverkligande av fysisk aktivitet samt forskningsresultat gällande effekter av olika metoder av rådgivning om fysisk aktivitet. Kriterier är att receptblanketten skall vara individuell, lätt att använda och att rekommendationerna är tydliga och lätta att förstå samt att rådgivningen är fortgående. Receptblanketten testades vid 3 hälsomottagningar och 2 företagshälsovårdscentraler under 2001. Innehållet i receptblanketten består av fyra delar: 1) uppgifter om patienten, 2) rekommendationer, 3) ytterligare information och 4) utvärdering och uppföljning. Handboken innehåller råd och exempel på hur man fyller i receptet (22).

Rådgivningen baseras på en struktur för livsstilsrådgivning som kallas 5A (ask, advice, assess, assist, arrange). Assess – mäta/bedöma, d.v.s. fråga om fysisk aktivitetsnivå samt bedöma patientens förändringsbenägenhet. Advise – hälsovägleda, dvs. ge råd om tillräcklig fysisk aktivitetsnivå och hälsoeffekter av fysisk aktivitet. Agree – överenskomma, dvs. sätta upp mål och ge instruktion om fysisk aktivitet. Assist – stödja och Arrange – möjliggöra, dvs. ge mer råd och följa upp/övervaka.

Utbildning av läkarna bestod av två delar. Första delen var en utbildning av utbildare, dvs. fyra timmars utbildning av läkare som var intresserade av introducera Recept för fysisk aktivitet till sina kollegor. Andra delen var när dessa utbildare tränade sina kollegor och annan hälso- och sjukvårdspersonal samt träningsinstruktörer (anställda av kommunen, patientorganisationer och privata aktörer) i att använda Recept för fysisk aktivitet (45-90 min). I båda utbildningarna ingick att öva sig i att fylla i receptet. Utbildningsmaterialet bestod av både skriftligt material och PowerPoint bilder (finns även på svenska) och innehåller vetenskaplig evidens för fysisk aktivitet för att förebygga, behandla och rehabilitera kroniska sjukdomar.

Den vetenskapliga utvärderingen av Recept för fysisk aktivitet presenteras under kapitlet Vetenskapliga studier.

Recept för fysisk aktivitet har rekommenderats som rådgivningsmetod i två nationella folkhälsodokument; Politikprogrammet för hälsofrämjande (13) och Diabetsförbundets Program för förebyggande av typ II diabetes.

Lokala varianter av Recept för fysisk aktivitet har utvecklats i Södra Österbotten (material finns också på svenska på www.tep.fi).

Fysiotek inom Folkhälsan 2005-2008

[10]

Inom Folkhälsan i Finland prövades under 4 år ett fysiotekskoncept, där avsikten var att öka användningen av recept bland läkare och att utveckla en metod att stöda klienterna att öka sin fysiska aktivitetsgrad. Folkhälsans förbund är en privat aktör inom social- och hälsovård, som jobbar med hälsofrämjande medborgarverksamhet, serviceproduktion och forskning till största del inom det svenskspråkiga Finland. Två fysiotek grundades, ett i dåvarande Karis i södra Finland och ett i Jakobstad i Österbotten. På båda dessa orter var Folkhälsan en stor aktör och där fanns lämpliga fysiska utrymmen. Folkhälsans modell verkade på tre nivåer:

1) att uppmuntra läkare att föreskriva recept på fysisk aktivitet
2) att erbjuda individuell handledning till klienter via Fysiotek
3) att erbjuda lågintensiva motionsmöjligheter

Modell

Stor lobbyverksamhet gjordes regelbundet gentemot läkarkåren, framförallt till hälsocentraler och företagshälsovården. Fysioteken verkade på olika sätt i de båda regionerna, men hade i medeltal mottagningstid 1-2 dagar i veckan. I Karis var fysioteksmottagningen i samma utrymmen som kommunens hälsocentral, medan den i Jakobstad var inhyst på Östanlid, några kilometer utanför stadskärnan. Ett besök på fysioteket var helt gratis, likaså uppföljningsbesöket som skedde 3 månader sedan. Till fysioteket kom uttryckligen remissklienter, som läkare hade utfärdat fysisk aktivitet på recept till. Läkarna hade då använt sig av de nationella receptblanketter, som fanns tillgängliga och rekommenderade klienterna ett fysioteksbesök. Ingen statistik finns tillgänglig hur många recept som föreskrivits, men den allmänna uppfattningen är att de flesta klienterna, som fått fysisk aktivitet på recept, verkligen kom till fysioteket. På ett fysioteksbesök kartlades klientens nuvarande aktivitetsgrad, motivation och intresse samt möjligheter. Detta gjordes genom att tillämpa motiverande samtal. Därefter uppgjordes ett program för fysisk aktivitet för de kommande tre månaderna samt bokades ett återbesök. Fysioteket kunde också erbjuda stödjande gruppverksamhet, antingen i regi av fysioteket själv eller lokalt ordnad av olika verksamhetsaktörer.

[10] Baserat på skriftligt material från Per Lindroos, programchef för Livsstilsfrågor, Folkhälsans förbund, Helsingfors, Finland.

För att skapa möjligheter till gruppverksamhet ordnades så kallad hälsoinspiratörsutbildning för föreningar, organisationer och företag i trakten för att informera om fysioteksmodellen och upplysa dem om vad lågintensiv motionsverksamhet handlar om.

I Karis fanns en personresurs på 40 % och i Jakobstad en personresurs på 50 %.

Resultat

Under årens lopp gjordes 872 besök till de båda fysioteken. Denna siffra inkluderar både det första besöket och uppföljningsbesöket. År 2006 gjordes en klientförfrågan som 80 personer besvarade. 80 % av dess upplevde att de föreskrivna motionsrecepten påverkat dem att öka sin grad av fysisk aktivitet. 30 % av dem som besvarat enkäten upplevde att de blivit motiverade till en mer fysiskt aktiv vardag och att besöket gett konkreta tips på olika motionsformer. Under årens lopp utbildades ca 30 lokala hälsoinspiratörer med insikt att arrangera lågintensiv motionsverksamhet. Årligen hölls tillfällen där läkarkåren inkallats för att få ”utbildning” i att föreskriva motionsrecept. Fysioteken upphörde med sin verksamhet i december 2008. Orsak till detta var många;

- avsikten var att försöka förmå kommunen att överta verksamheten men detta lyckades inte
- antalet besök motsvarade inte den målsättning som hade upplagts
- läkarkåren, som var en central part för att föreskriva recept, var svår att få engagerad och ta motionsrecepten till sig
- i kommunerna Karis och Jakobstad liksom inom Folkhälsans organisation skedde stora kommunala reformer, vilket försvårade fysioteksverksamheten
- fysioteksverksamheten var resurskrävande både ekonomiskt och personellt

Fysioteken var en föregångare i Finland på många olika sätt. Modellen var inspirerad av verksamheten i Malmö, men tillämpades i de förhållanden som rådde i Finland och inom Folkhälsan. Verksamheten skapade stort medialt intresse och fyllde en samhällelig funktion. Men uppgiften att upprätthålla fysiotek eller motsvarande stöd till fysisk verksamhet kan inte ensam ligga på en allmännyttig organisation utan kräver ett starkt stöd från kommunens håll eller via statliga projekt. Detta engagemang fanns tyvärr inte och då intresset för hälsofrämjande insatser överlag minskar i ekonomiskt stramare tider, så gjordes slutsatsen att fysioteken läggs ner. Verksamhet som exempelvis hälsoinspiratörsutbildning, lever vidare och är en etablerad verksamhetsform inom Folkhälsan idag.

Norge

[11]

Grønn resept

I Stortingsmelding nummer 16 (2002-2003) ”Resept for et sunnere Norge” blev Grønn resept lanserat som ett initiativ för att inom hälso- och sjukvården förebygga livsstilsjukdomar (16). Genom att införa en taxa till primärvårdsläkare skulle fokus flyttas från medikamentell behandling till livsstilsåtgärder och egen insats som ett första handsval. Orsaken var de stadigt ökande läkemedelskostnaderna för blodtrycks- och kolesterolsänkande medel, tillsammans med det faktum att den fanns god vetenskaplig grund för de förebyggande och behandlande effekterna av fysisk aktivitet och koständring på hjärtkärlsjukdomar och typ II diabetes. I husläkartariffen (Fastlegetariffen/Normaltariffen takst 101: ”Individuell, strukturert veiledning relatert til kosthold og/eller fysisk aktivitet for pasienter med høyt blodtrykk eller type 2-diabetes) definieras vad som krävs för att utlösa ersättningen om 200 NOK. Enligt

[11] Baserat på skriftligt material från Ellen Blom, Rådgivare, Helsedirektoratet, Norge

norska patientregistret användes taxan för Grønn resept 38 401 gånger fördelat på 30 257 olika patienter under 2008. Som jämförelse fick samma år 747 400 personer läkemedel för högt blodtryck och 138 700 personer fick diabetesläkemedel. En av orsakerna till at Grønn resept inte har fungerat så bra är att läkarna saknat möjlighet att hänvisa patienterna till ett lokalt utbud för uppföljning, tillsammans med de snäva kriterierna för vilka patienter som kunde få Grønn resept.

Sosial- og helsedirektoratet har tillsammans med fylkena Troms, Oppland, Buskerud, Vest- Agder och Nordland vidareutvecklat arbetet vid förskrivning av fysisk aktivitet till ett Frisklivsresept. Förskrivare (oftast läkare) kan hänvisa till frisklivcentral eller fysiotek för hälsosamtal, träningsgrupper eller hjälp att finna aktivitet i ordinarie utbud, samt uppföljning efter 3 månader. Erfarenheter och rekommendationer utifrån fylkernas perspektiv visar att det finns både styrkor och svagheter i de olika lokala varianterna med frisklivcentral respektive fysiotek (23).

FYSAK-resept, Fysiotek och Frisklivsresept

I fylkena Buskerud och Nordland startade FYSAK-resept och Frisklivs-resept på 1990-talet. Det var en möjlighet för läkarna att hänvisa patienter till hjälp att komma igång med fysisk aktivitet. Modum kommun startade1996 landets förste Frisklivssentral. I dag har den over 250 deltagare om året, och erbjuder förutom hjälp till fysisk aktivitet även hjälp med koständring och rökavvänjning.

Helsedirektoratet började 2004 att ekonomiskt stötta utveckling av uppföljningsmodeller för Grønn resept i 5 fylkeskommuner. Målgruppen var alla patienteter som oberoende av diagnos hade hög risk att utveckla livsstilssjukdomar. Uppföljningen gällde förutom hjälp till fysisk aktivitet även hjälp med koständring och rökavvänjning.

Två huvudmodeller utvecklades, Fysiotek och Frisklivsresept. Båda modellerna har samma grunduppläg men de skiljer sig något vad gäller träningsupplägget. I Fysioteksmodellen bedrivs den fysiska aktiviteten på egen hand eller i ordinarie aktivitetsutbud hos frivilligorganisationer eller privata aktörer, medan i Frisklivsresept sker träningen i grupp inom vården.

Utifrån en utvärdering år 2007 var en majoritet kvinnor (72 %) och medelåldern hos de som blivit hänvisade till Fysiotek eller frisklivsresept är 50 år. Det är främst sjukskrivna eller som inte arbetar av annan anledning som fått erbjudandet. Man når få med minoritetsbakgrund och främst lågutbildade men även de med hög utbildning.

För att få uppföljningssystemet att fungera krävs tätt samspel både regionalt och lokalt. Det är viktigt att förankra arbetet lokalt, inte minst hos de hänvisande instanserna och kommunläkaren. Det är vidare viktigt med ett differentierat utbud så att det kan individanpassas till patientens behov av stöd.

Sverige

I Sverige har förskrivning av fysisk aktivitet använts i mer eller mindre organiserad form på ett antal platser under de senaste decennierna. På 1980-talet började Värmland och Örebro med Friskvårdscentraler och i Sollentuna skedde den första forskningen kring skriftlig ordination av fysisk aktiviet genom Mai-Lis Hellénius (24-25). I slutet av 1990-talet prövades ”Må Bra-projektet” i primärvården i Karlskoga, vilket var en skriftlig ordination av fysisk aktivitet till gruppträning i primärvårdens regi för patienter med sjukdomar och besvär och behov av ökad fysisk aktivitet som behandling och förebyggande (26-27). De bedömdes vara i behov av ökat stöd för att bli fysiskt aktiva och fick inte detta på annat sätt i vården. De ville

inte söka på Friskvårdscentralen då de kände sig sjuka och upplevde att dit gick de som var friska och otränade.

På regeringens uppdrag gjorde Folkhälsoinstitutet, i brett samråd och samverkan med andra myndigheter och organisationer, 2001 till ett fysiskt aktivitetsår; ”Sätt Sverige i rörelse 2001”. Syftet var att inleda en förändring av individers, gruppers, organisationers och hela samhällets inställning till fysisk aktivitet och ett långsiktigt arbete mot en beteendeförändring i befolkningen. Man arbetade inom fyra arenor, däribland hälso- och sjukvården. För att utveckla arbetsmetoder kring förskrivning av fysisk aktivitet för svenska förhållanden initierade Statens folkhälsoinstitut, ett nationellt pilotprojekt med syfte att utveckla och beskriva arbetsformer för att i förebyggande och behandlande syfte förskriva fysisk aktivitet på recept (28). Fysisk aktivitet på recept (FaR®) innebär en för individen anpassad ordination på motsvarande sätt som konventionell behandling. FaR® används till såväl friska som sjuka personer, för att förebygga och behandla vissa sjukdomstillstånd. Den som förskriver recept på fysisk aktivitet ska ha god kompetens och tillräcklig kunskap om den aktuella patientens hälsostatus. Det inkluderar även en god kunskap om effekterna av fysisk aktivitet, då somliga tillstånd innebär att vissa aktiviteter är olämpliga. Receptet ska vara individuellt anpassat vad gäller dosering (intensitet, behandlingsperiodens längd och frekvens) och typ av aktivitet. FYSS ska ses som ett hjälpmedel för den som ordinerar fysisk aktivitet på recept. FYSS är en manual om betydelsen av fysisk aktivitet för att förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd (9). FYSS belyser de sjukdomsgrupper där tillräcklig mängd vetenskapliga belägg finns för att fysisk aktivitet är lämplig som behandlingsform.
Vägledande råd för implementering av fysisk aktivitet på recept (28):
• Förankra arbetsformen väl på enheten innan arbetet påbörjas.
• Gemensamma utbildningar är bra både för att höja kunskapen avseende betydelsen av fysisk aktivitet och för att ge arbetet en bra start.
• Anpassa FaR® efter lokala förutsättningar, hitta samverkan i närområdet – bilda lokala nätverk.
• Utse en samordnare som ansvarar för både internt och externt arbete.
• Skapa en tydlig och lätt kommunicerbar struktur – gärna i form av flödesschema eller organisationsbild.
• Se till att kontaktpersoner finns, så även aktuella telefonnummer, adresser, arbetsmaterial, broschyrer, prislistor med mera, finns framtaget när ni startar.
• Förskriv fysisk aktivitet utifrån de råd som finns i FYSS.
• Sätt FaR® i sitt sammanhang, det vill säga försök att få in det i den ordinarie verksamheten.
• Stimulera personalen att själv vara fysiskt aktiv.
• Börja i liten skala och utveckla sedan verksamheten.
• Ha tålamod – förändringsarbete tar tid!
Ett nära samarbete är viktigt för att överbrygga eventuella klyftor mellan olika aktörer, exempelvis inom hälso- och sjukvården, friskvården, politiker och beställare av vård. Samarbete är också viktigt när det gäller att utveckla kvalitetssäkrade insatser för att öka den fysiska aktiviteten.

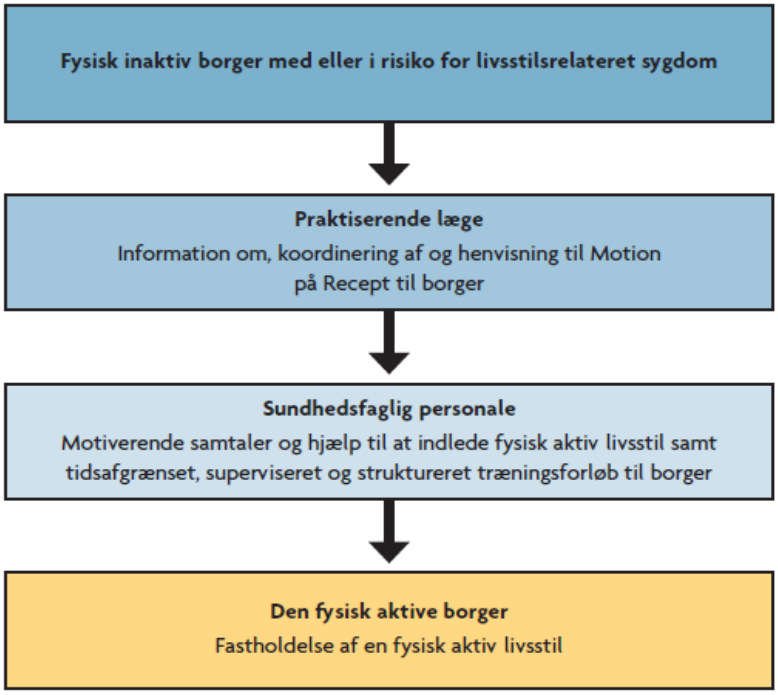
Efter att resultat från pilotstudien spridits har alla Sveriges landsting arbetat vidare med att utveckla en regionalt anpassad variant av FaR®. Man har arbetat med verksamhetsutveckling för att FaR® ska vara en del av vården och inte tillfälliga projekt.

Aktuella modeller för fysisk aktivitet på recept

Danmark

Motion på recept (MpR)

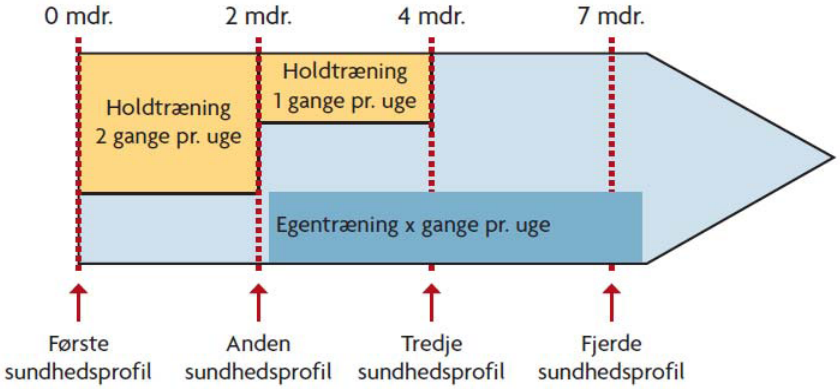
Motion på recept (MpR) är den överordnade benämningen på den danska modellen och riktar sig till vuxna patienter som är fysiskt inaktiva och har, eller riskerar att utveckla livsstilssjukdom. Som stöd finns kunskapssammanställningen Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling (6). Metoden innebär individorienterat stöd, som går ut på strukturerad träning och vägledning och sker i kommunal regi. MpR innebär att allmänläkare värderar om patienten är motiverad och hänvisar till kommunernas MpR-utbud. Det är även möjligt för sjuksköterskor eller annan personal på allmänläkarpraktik, under läkarens ansvar att hänvisa. Syftet med MpR är att hjälpa patienten igång med en fysiskt aktiv livsstil. Målet är att patienten ska bli livslångt aktiv. I Figur 4 illustreras MpR. Den som hänvisar ger ingen rådgivning utan hänvisar enbart till kommunens MpR-team. MpR likställs inte med annan medicinsk behandling som i de nordiska grannländerna. En patient kan normalt bara få MpR en gång. Då fysisk aktivitet organiserat som MpR inte uppfattas som en medicin som ska tas i flera år eller livslångt, i motsatts till läkemedel där man kan förnya receptet så länge man har ett medicinskt behov.



Figur 4. Schematisk illustration av det typiska danska MpR-förloppet. Källa referens (20).

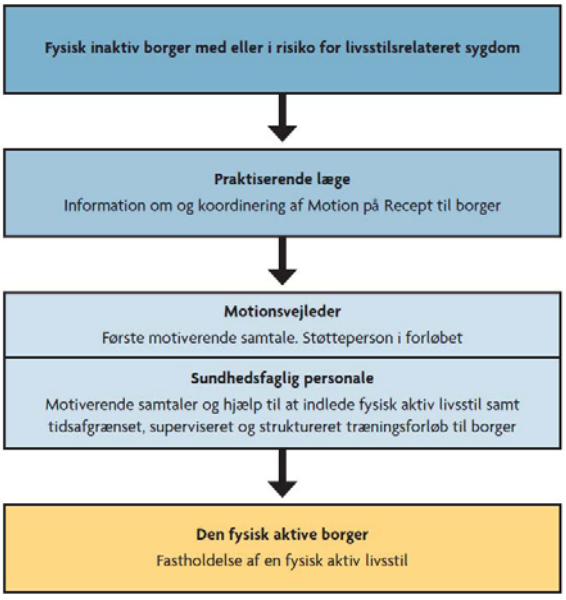
Kommunen ansvarar för MpR. Oftast är det kommunens sjukgymnastik som håller i de organiserade träningsgrupperna, i motiverande samtal samt uppföljningar. Kommunen kan även köpa in tjänsten från en privatpraktiserande sjukgymnast eller från en träningsanläggning. Träningen sker i grupper (10-12 deltagare) som är speciellt anpassade till MpR deltagarna. Gruppen tränar två gånger i veckan i två månader och sedan en gång i veckan i ytterligare två månader. Tanken är att detta ska kombineras med egenträning. Träningsinstruktör på MpR centret genomför motiverande samtal och uppföljningar upp till 7

månader. I Figur 5 illustreras det typiska flödet vid MPR. När träningsperioden är över måste individen själv finna en ny aktivitet. Oftast är MpR kostnadsfritt för patienten men ibland med en låg egenfinansiering.

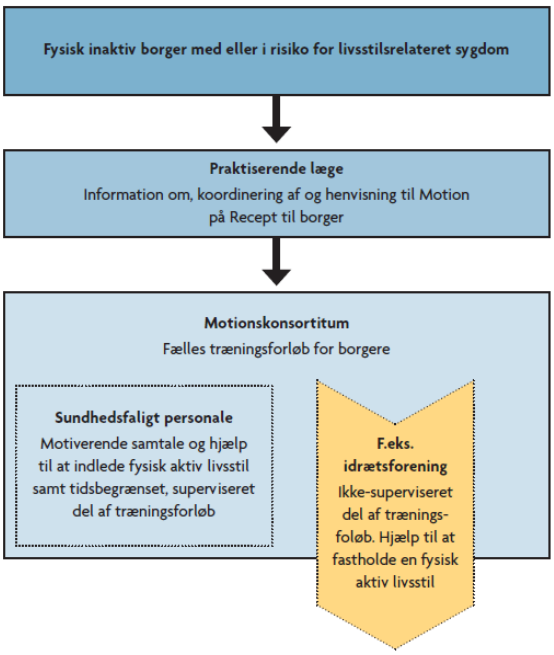


Figur 5. Flöde i den typiska danska MpR-modellen. Källa referens (20)

Förutom den typiska MpR-modellen har flera varianter testats; bl.a. MpR med motionsvägledare och Motionskonsortier. MpR med motionsvägledare skiljer sig genom att man har en speciell vägledare anställd som stöttar patienten hela vägen från att den får MpR till att träningsperioden är över. Motionsvägledaren ger även motiverande samtal till andra inaktiva personer som inte fått MpR. Detta är en för individen kostnadsfri tjänst som bekostas av kommunen (Figur 6). Motionskonsortier innebär att träningen inte sker i speciell träningsgrupp i kommunal regi, utan hos aktivitetsarrangörer som gått ihop till ett konsortium. Syftet är att den strukturerade träningen, ofta under ledning av sjukgymnast, sker i ordinarie träningsutbud, för att underlätta för patienten att efter den strukturerade träningsperioden kunna fortsätta sin aktivitet (Figur 7).

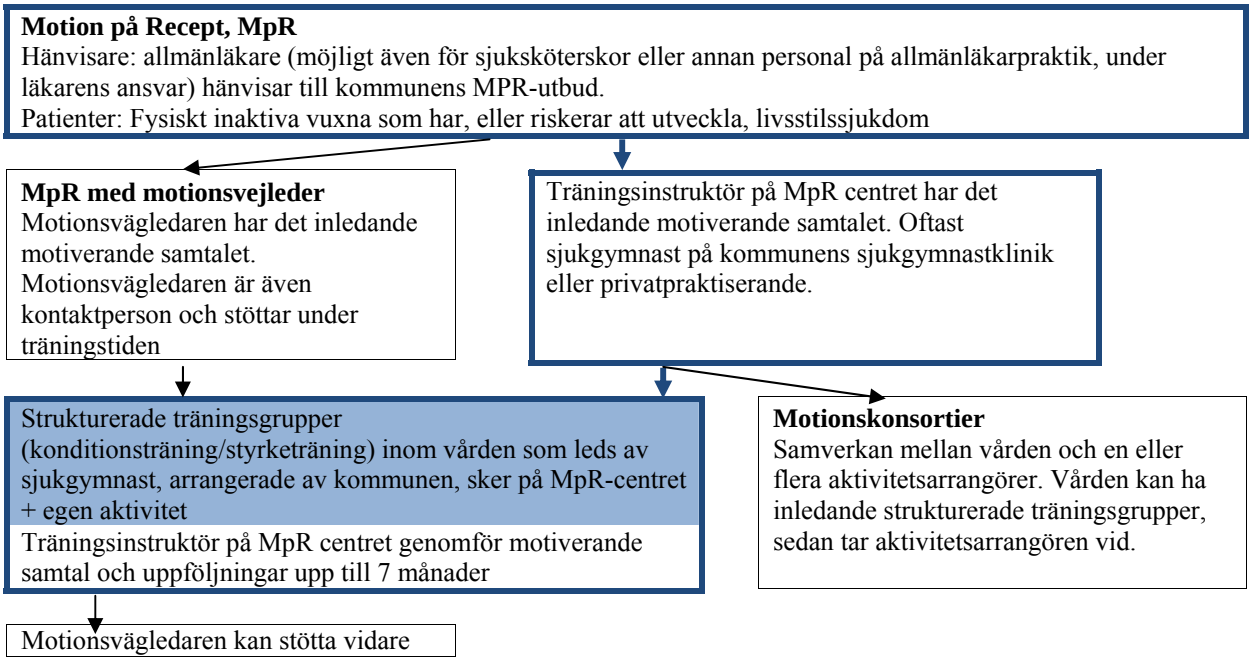


Figur 6. Danska MpR med motionsvägledare. Källa referens (20)



Figur 7. Danska MpR med Motionskonsortier. Källa referens (20)

I Figur 8 beskrivs de olika MpR modellerna. Utöver MpR finns det även en annan variant ”Motion på opfordring” där allmänläkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal kan uppmana patienterna till att träna hos vissa utvalda frivillig organisationer/idrottsföreningar. Förutom rådgivningen så får patienten informationsmaterial om fysisk aktivitet och träning i närområdet. Detta kallar man inte MpR, då det inte ingår någon organiserad träning och uppföljning i detta koncept. Motion på opfordring påminner om den norska modellen Grønn resept.



Figur 8. Beskrivning av de olika modellerna för förskrivning av fysisk aktivitet i Danmark; den typiska MpR-modellen (markerat med mörkblå ram/pil) och två alternativa varianter med vägledning eller motionskonsortier. Figuren försöker illustrera de skilda modellerna i en figur och visar inte patientflödet, för detaljerad beskrivning av respektive modell hänvisas till (20).

Finland

Recept för fysisk aktivitet (Liikkumisresepti)

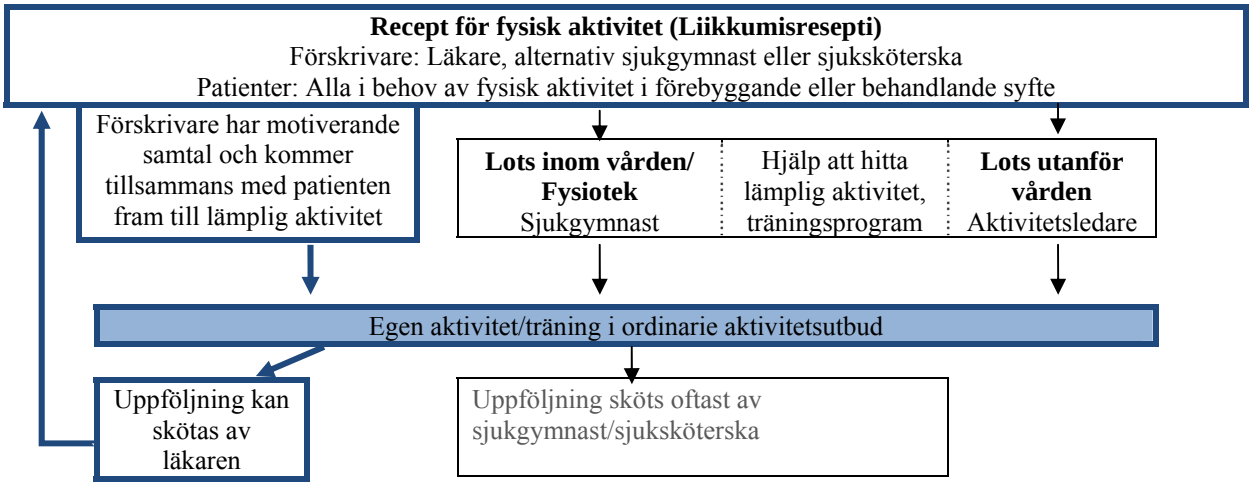
Recept för fysisk aktivitet innebär att läkare (eller sjukgymnast/sjuksköterska) på ett strukturerat sätt ger individuellt anpassade råd och en skriftlig ordination på fysisk aktivitet. Alla patienter i behov av fysisk aktivitet i förebyggande eller behandlande syfte kan få receptet som stöd för beteendeförändring. Vid behov kan extra stöd för patienten ges av lotsfunktion inom vården av sjukgymnast eller av aktivitetsledare i kommun eller sportklubb. Stödet handlar om hjälp att finna aktivitet och lägga upp ett eventuellt träningsprogram. Sjukgymnast/sjuksköterska kan sedan ta över uppföljningsansvaret för den fysiska aktiviteten. Patientflödet i Recept för fysisk aktivitet illustreras i Figur 9 och organisering i Figur 10. Följande nationella material har tagits fram:

- receptblankett för fysisk aktivitet, ett stöd för läkarna att informera patienterna om vikten av fysisk aktivitet och inleda planering för fysisk aktivitet
- handbok och utbildning för läkarna för att säkra saklig användning av receptblanketten
- stödmaterial riktat till läkarna gällande hälsoeffekter av fysisk aktivitet och rådgivningsprinciper för att stödja läkarna i deras rådgivningsverksamhet

- evidensbaserade kliniska riktlinjer

Receptblanketten (även på svenska och engelska) och handboken (även på svenska) återfinns på http://www.liikkumisresepti.net/. Handboken innehåller råd och exempel på hur man fyller i receptet och hur själva ordinationen bör genomföras (22). På receptblanketten fylls följande information i:

- Patientens aktuella fysiska aktivitetsnivå och om aktivitetsnivån är tillräcklig ur hälsosynpunkt
- Hälsoanledning och mål med ordinationen
- Typ av ordinerad fysisk aktivitet och dosering
- Ev. besök hos lotsfunktion och kontaktuppgifter till denne, ev. övrig information och om skriftlig information delats ut
- Hur utvärdering och uppföljning av ordinationen ska gå till

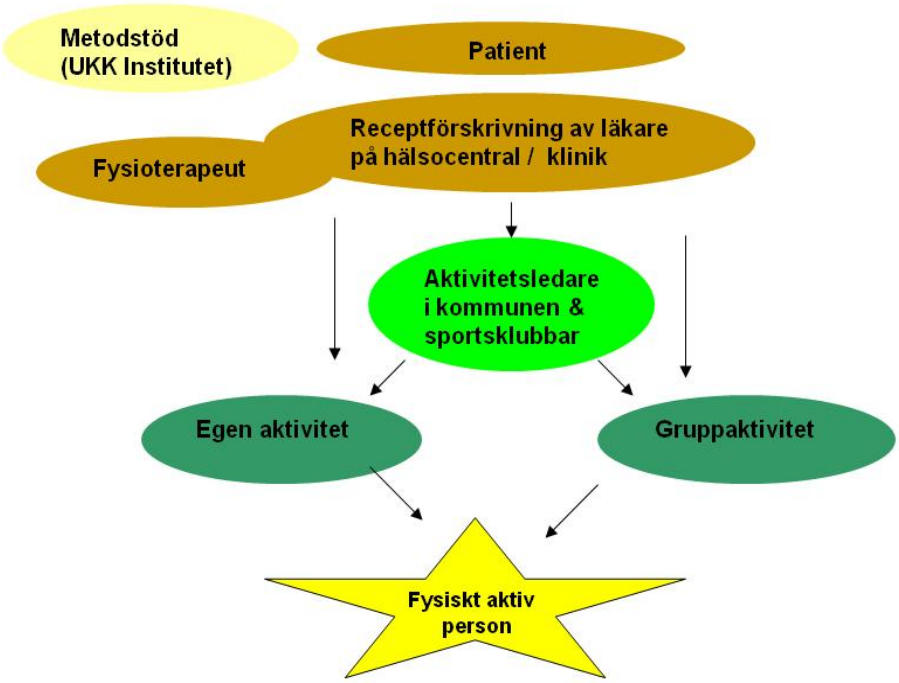


Figur 9. Beskrivning av modellerna för förskrivning av fysisk aktivitet i Finland. Den typiska varianten Recept för fysisk aktivitet (Liikkumisresepti) är markerad med mörkblå ram/pil och de två varianterna med lotsning presenteras också. Figuren försöker illustrera de skilda modellerna i en figur och visar inte patientflödet.

Finska läkareföreningen Duodecim har utarbetat nationella evidensbaserade kliniska riktlinjer (God medicinsk praxis; Current care) för vård (8). Råd kring fysisk aktivitet återfinns för drygt 20 tillstånd, dessutom finns särskilda riktlinjer kring främjandet av fysisk aktivitet hos vuxna, för att förebygga och vid behandling och rehabilitering av sjukdomar (29). Riktlinjerna vänder sig till hälso- och sjukvårdspersonal och träningsspecialister, men det finns även patientversion.

För att Recept för fysisk aktivitet ska få genomslag anges att samarbetet bör intensifieras mellan de instanser som tar hand om vård och förebyggande arbeta och de som producerar service av fysiska aktiviteter. I dagsläget är det bara några få entusiaster som förskriver Recept för fysisk aktivitet (med lokala modifikationer), det finns dock inget nationellt system för registrering av antalet utfärdade recept. Huvudanledningen till att metoden används i liten utsträckning är avsaknaden av elektroniska recept och att förskrivningen inte finns med i de elektroniska patientjournalerna. Dock pågår ett stort utvecklingsarbete kring nationell elektronisk patientjournal, inklusive Recept för fysisk aktivitet.

UKK institutet har sedan 2009 ansvaret för vidareutveckling av förskrivning av fysisk aktivitet från läkare. Detta inkluderar uppdatering av hemsidan, utbildning av professionen och utvecklingen av elektronisk receptblankett.



Figur 10. Organisering av Recept för fysisk aktivitet (Liikkumisresepti).

Norge

Som grund för ordinationen använder man Aktivitetshåndboken -Fysisk aktivitet i forebygging og behandling, dvs. den norska varianten av FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) som är en kunskapsbank om fysisk aktivitet och hälsa (5).

Grønn resept

Grønn resept innebär att allmänläkare på ett strukturerat sätt ger individuellt anpassade råd och en skriftlig ordination på fysisk aktivitet och/eller matvanor till patienter utan medikamentell behandling med högt blodtryck eller typ 2 diabetes. Helsedirektoratet har tagit fram nationellt material; frågeformulär om fysisk aktivitet och matvanor, vägledningshäfte för läkare, informationsbroschyrer för patienter och receptblankett (se http://www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet/rad_fagpersonell/gr_nn_resept_8156).
I grønn resept ingår att läkaren:

- Undersöker patientens hälsa, riskfaktorer och motivation till beteendeförändring
- Kartlägger fysisk aktivitet och matvanor
- Har ett individuellt anpassat hälsosamtal
- Ger en skriftlig ordination på receptblanketten
- Lämnar ut skriftlig information, aktuell patientbroschyr
- Har utarbetat en plan för uppföljning av patienten

För att läkaren ska få ekonomisk ersättning krävs att ovanstående punkter är genomförda och det är möjligt att ordinera grønn resept upp till tre gånger per år och patient.

Patienter som får grønn resept kan numera dessutom få ett frisklivsresept och hänvisas till frisklivscentral (se nedan) för vidare stöd och uppföljning.

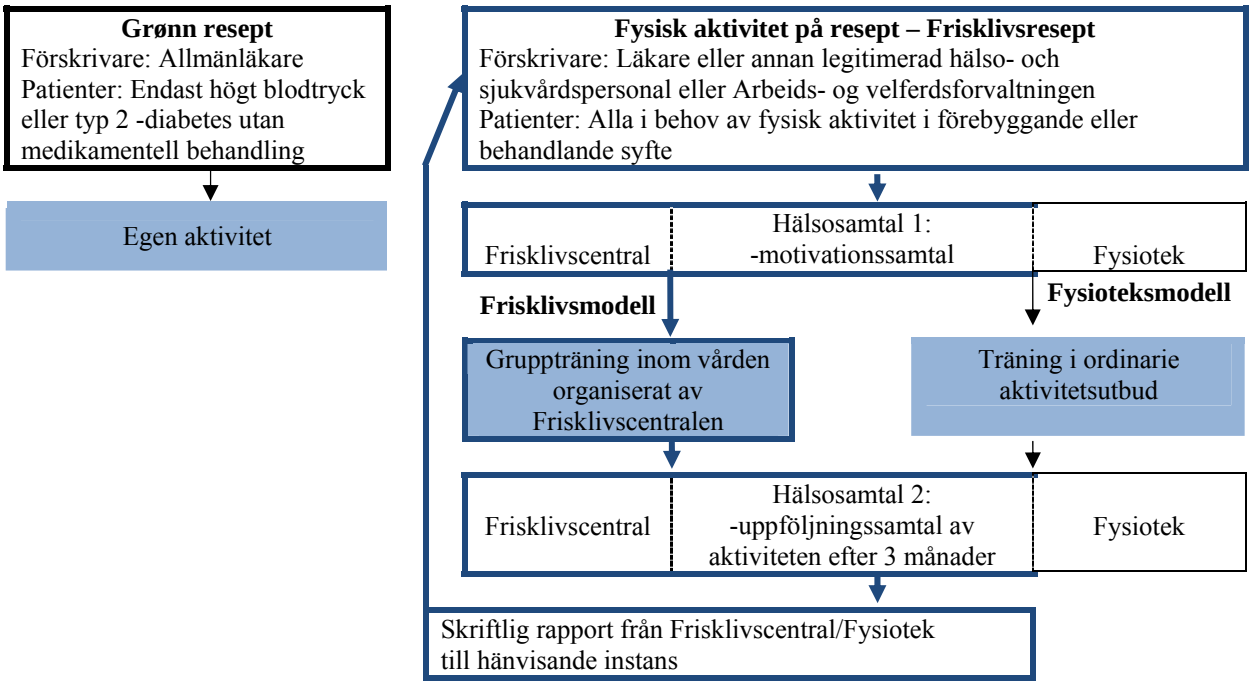
Frisklivsresept ordningen

Frisklivsresept ordningen är under utveckling och de båda modellerna med Frisklivsmodell respektive Fysiotek (se Figur 11**Figur**) kommer slås samman till en modell, Frisklivsresept. Nedan beskrivs den kommande ordningen, som Helsedirektoratet förordar och tar fram material för att införa 2010. En skriftlig guide ”vägledare” ska finnas färdig innan 2011 och beskriva hur en kommun bör etablera en Frisklivssentral och hur arbetet med Frisklivsresept organiseras, liksom olika verktyg.

Vid frisklivsresept ordningen är det främst läkare men även annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som förskriver. Till skillnad från övriga nordiska länder kan även personal utanför hälso- och sjukvården förskriva fysisk aktivitet då personal vid arbets- och socialförvaltningen (NAV, den norske Arbeids- og velferdsforvaltningen) får förskriva Frisklilvsresept. Alla patienter i behov av fysisk aktivitet i förebyggande eller behandlande syfte kan få ett Frisklilvsresept. Frisklilvsresept kan även användas för stöd till förändring av matvanor eller rökavvänjningskurs. En kopia av receptet skickas till Frisklivssentralen, som då ringer upp patienten och bestämmer en tid för ett första hälsosamtal. Hälsosamtalet görs i form av ett motiverande samtal oftast av en sjukgymnast. Tillsammans med patienten läggs en individuell plan för hur aktiviteten ska genomföras, utifrån individens behov handlar det om gruppträning inom vården på Frisklilvssentralen eller en aktivitet i ordinarie aktivitetsutbud alternativt egen aktivitet. Receptperioden pågår i 3 månader och vid behov kan extra hälsosamtal genomföras under denna tid. Perioden avslutas med uppföljningssamtal då aktivitetsförändring utvärderas och plan för hur individen ska fortsätta läggs upp. Antingen sker utslussning till egen aktivitet eller aktivitet i ordinarie aktivitetsutbud, eller så kan uppföljande hälsosamtal erbjudas alternativt en ny Frisklivsreseptperiod. En skriftlig återrapportering sker till förskrivaren vid avslutning.

Hälsosamtalet är en central komponent i modellen. Det innebär ett individuellt men strukturerat samtal, baserat på motiverande samtal och ”Stage of Change”. Samtalet genomförs både vid start och vid avslutning av receptperioden. Som stöd för samtalet finns ett vägledningshäfte och ett formulär för registrering av bl.a. aktivitetsnivå, funktionsförmåga och motivationsgrad för förändring av levnadsvanan att tas fram.

Den ordinerade aktiviteten ska vara gruppbaserad men ändå individuellt anpassad. Organisering av aktiviteten kan ske lite olika mellan olika kommuner, vissa har egna aktivitetsgrupper (ledda av sjukgymnast eller träningspedagog) medan andra samverkar med frivilliga eller privata organisationer. Den gruppbaserade träningen sker 2 gånger per vecka á 1-2 timmar och pågår i 3 månader. Träningen bedrivs mestadels utomhus i form av stavgång, men även andra aktiviteter kan förekomma. I flera kommuner sker i samband med start och avslutning av en receptperiod konditionstest med hjälp av UKK 2 km gång test.



Figur 11. Beskrivning av de olika modellerna för förskrivning av fysisk aktivitet i Norge; Grønn resept respektive Frisklivsresept (som innebär både Frisklivsmodell och Fysioteksmodell). Den kommande modellen av Frisklivsresept är en kombination av dessa båda modeller och är markerad med mörkblå ram/pil. Figuren försöker illustrera de skilda modellerna i en figur och visar inte patientflödet.

Sverige

Fysisk aktivitet på Recept (FaR®) är i dag ett vedertaget begrepp och innebär en för individen anpassad ordination motsvarande konventionell behandling. Ordinationen kan innefatta allt ifrån ett enkelt skriftligt råd på en aktivitet till en helhetslösning med en stödjande struktur från förskrivare, aktivitetsarrangör eller ledare. FaR® har under de senaste åren fått stor spridning och används i alla landsting, grundmodellen är gemensam men sedan har varje landsting anpassat modellen utifrån lokala förhållanden.

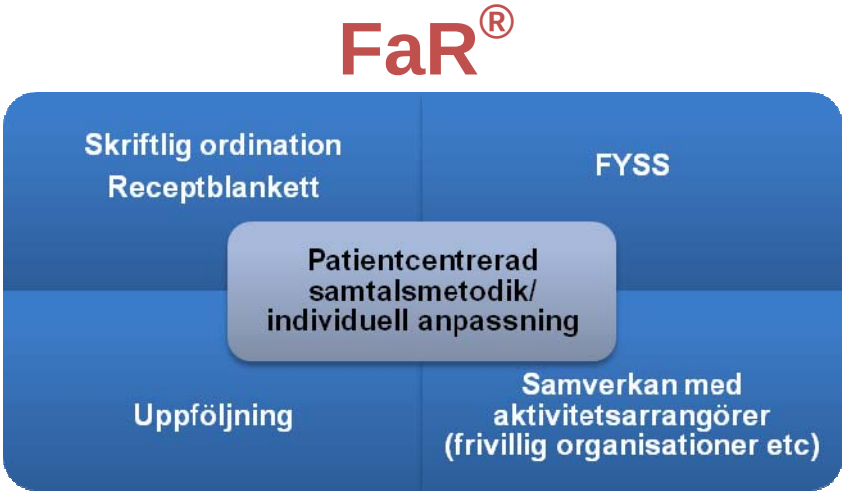
FaR® är mest utbrett inom primärvården, men förskrivning av FaR® sker i allt större utsträckning även från specialistvården i Sverige. Det är fler och fler sjukhus som använder sig av FaR® och enstaka sjukhus har inrättat tjänst för FaR-samordnare som hjälper till med uppföljning av FaR®. Utvecklingsarbete pågår för att FaR® naturligt ska ordineras i samband med vårdplanering på sjukhus och vid utskrivning till särskilt boende med insats från personal i kommunen. I många landsting är det ett stort intresse inom psykiatrin där behovet finns av anpassade FaR® grupper för personer med psykiska handikapp. Många patienter har egna kontaktpersoner vilka kan ge patienten ökat motivationsstöd för att träna med FaR®.

Grundmodell Fysisk aktivitet på recept -FaR®

Fysisk aktivitet på recept (FaR®) är en metod för hälso- och sjukvården att både stötta patienter till en ökad fysisk aktivitet och att arbeta mer hälsofrämjande. FaR® innebär en individanpassad skriftlig ordination på fysisk aktivitet till patienter som behöver öka eller ändra sin fysiska aktivitet ur hälsosynpunkt. Det kan användas både för att förebygga och/eller behandla sjukdom. All legitimerad vårdpersonal kan förskriva FaR® om de har tillräcklig kunskap om patientens hälsostatus och hälsofrämjande fysisk aktivitet.

Det mest centrala i FaR® är att allt arbete utgår från individen, dvs. att arbetet bygger på ett patientcentrerat samtal (se Figur 12). Det är patientens hälsotillstånd, besvär, diagnoser och eventuella riskfaktorer, tidigare erfarenheter, vad som känns roligt och möjligt att genomföra, som styr. Samtalet leder sedan fram till själva den skriftliga ordinationen av fysisk aktivitet på ett recept. Som grund för ordinationen använder man FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) som är en kunskapsbank om fysisk aktivitet och hälsa (9). Den ordinerade aktiviteten kan antingen vara en aktivitet som individen bedriver på egen hand eller en organiserad aktivitet. Erfarenheten visar att det är bra att ha en egen aktivitet som kan bedrivas i vardagen som grund och sen kan man utifrån patientens önskemål lägga till en organiserad aktivitet. Tanken med FaR® är att hälso- och sjukvården ska samarbeta med olika aktivitetsarrangörer i närområdet för att stötta individen till att både öka och att vidmakthålla sin aktivitet. Man kan se FaR® som en bro mellan hälso- och sjukvården och aktivitetsarrangörer som kan erbjuda en lämplig FaR-aktivitet. Aktivitetsarrangörer kan exempelvis vara frivilliga organisationer/ideella föreningar (ex. en idrottsförening, pensionärsförening, patientförening), kommunala anläggningar eller privata företagare. Hur detta samarbete ser ut i olika landsting/regioner skiljer sig utifrån regionala och lokala förhållanden. I stort sett alla landsting har tillsammans med aktivitetsarrangörerna sammanställt speciella aktivitetslistor med godkända FaR-aktiviteter. En kvalitetssäkrad nationell studiehandledning används när FaR-ledare utbildas vilket underlättar FaR®-arbetet för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen (30).

Det är även viktigt att följa upp FaR®. Uppföljningen har flera syften; dels att visa för patienten att fysisk aktivitet och själva ordinationen är viktig, om man sätter in en behandling så är det självklart att man måste följa upp om den haft avsedd effekt på det aktuella sjukdomstillståndet, doseringen av fysisk aktivitet måste liksom för de flesta läkemedel trappas upp successivt och detta bör följas upp, dessutom kan den aktivitet som valdes till en början behöva modifieras när individen har förbättrat kondition och styrka.



Figur12. De viktigaste komponenterna i den svenska modellen Fysisk aktivitet på Recept (FaR®).

Att förskriva FaR® är endast en av många åtgärder som kan vidtas i hälso- och sjukvården för att främja fysisk aktivitet. Andra exempel är remiss till andra aktörer inom hälso- och sjukvården och vanliga muntliga råd till patienter, vilket redan sker i stor utsträckning i hälso- och sjukvården i dag. I rapporten Fysisk aktivitet på recept (FaR®) – en vägledning för implementering presenteras en tankemodell som placerar FaR® i ett sammanhang för att klargöra roller och åtaganden för olika aktörer eller arenor (31).

Lagar och förordningar relaterade till FaR®

- Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får förskriva FaR®
  Ordination av fysisk aktivitet är inte en regelstyrd arbetsuppgift och kan därför utföras av i princip vem som helst av den legitimerade personalen, förutsatt att vederbörande har den kunskap som behövs för att utföra uppgiften på ett korrekt sätt. Det är varje verksamhetschefs ansvar att, inom ramen för personella och övriga resurser som vårdgivaren ställer till förfogande, leda arbetet och fördela arbetsuppgifterna allt efter art och svårighetsgrad och med hänsyn till behovet av kompetens och yrkeserfarenhet. Verksamhetschefen ansvarar för att den personal som skall utföra olika arbetsuppgifter har erforderlig kompetens för detta.
- Vårdgivaren ska säkerställa att ledningssystemet innehåller rutiner som anger personalens ansvar och befogenheter. Verksamhetschefen ansvarar för att utse och förteckna vem eller vilka av den behöriga hälso- och sjukvårdspersonalen som skall fullgöra uppgiften att självständigt ordinera fysisk aktivitet.
- Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och ordinerar fysisk aktivitet bär själv ansvaret för åtgärden
- Ordination på fysisk aktivitet skall dokumenteras i patientjournalen, i enlighet med patientjournallagen. Även muntliga råd om fysisk aktivitet skall antecknas i patientens journal.
- För aktivitet inom landstingsvård gäller patientförsäkringen.
- Uppföljning av ordination av fysisk aktivitet skiljer sig inte från uppföljning av annan behandling inom hälso- och sjukvården.
- Inom hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personella förhållanden, om inte det står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilda, eller någon närstående till den enskilda, lider men. Om fysisk aktivitet på recept exempelvis skickas till en organisation utanför sjukvården för kännedom, skall patienten först ha samtyckt till detta. Sekretesslagen är inte tillämplig utanför det allmännas verksamhet.

För mer detaljer kring lagar och förordningar relaterade till FaR® hänvisas till Statens folkhälsoinstitut rapport Fysisk aktivitet på recept (FaR®) – en vägledning för implementering (31).

Olika varianter av FaR®

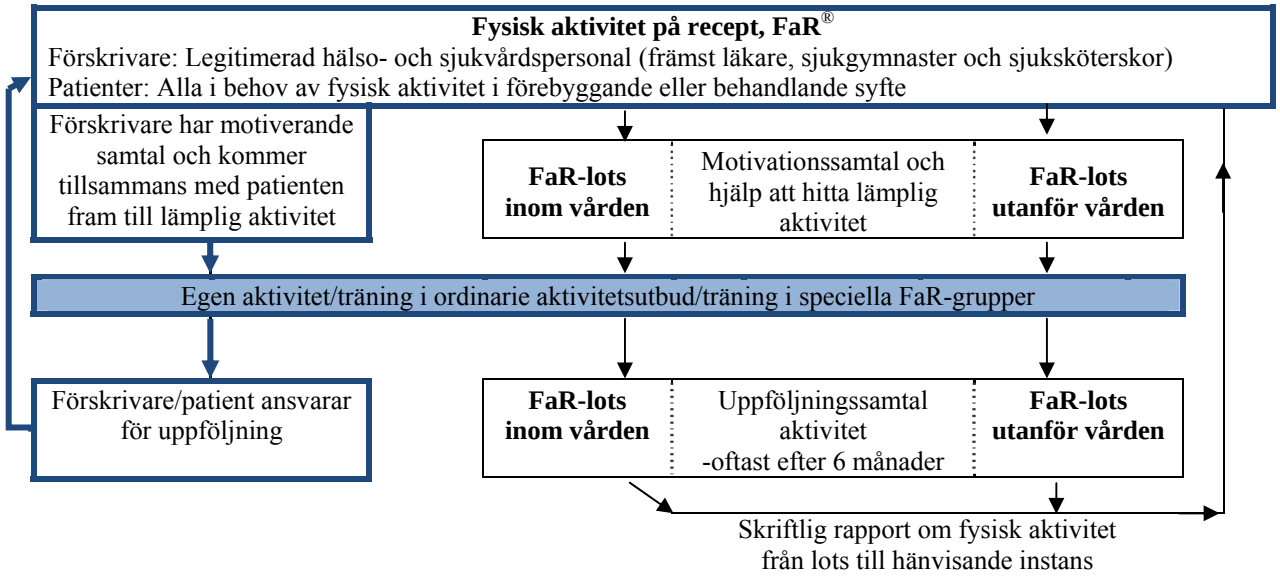
Utifrån grundmodellen för FaR® har varje landsting utvecklat olika regionala varianter anpassade till de specifika förutsättningar som gäller lokalt. Alla landsting har ”vanlig” FaR®, men utöver det har många utvecklat olika former av lotsning eller stödfunktioner som man kan erbjuda de patienter som behöver mer stöd. Grovt kan de varianter som har vidareutvecklats delas in i tre typvarianter, ”vanlig” FaR® och FaR® med lotsning inom eller utanför vården (se nedan och Figur 13). Inom dessa typvarianter finns det dock stora variationer i upplägg och samverkanspartners.

Det finns också flera olika benämningar på lotsningsfunktionen och den person som genomför lotsningen, även om funktionen är likartad. Inom en förskrivande enhet kan dessutom alla tre typer av FaR® användas beroende på patientens och förskrivarens behov av stöd. I primärvården där patienten ofta är väl känd av personalen och har återkommande besök inplanerade kan rådgivning och ordination av FaR® ske stegvis och uppdelat på flera besök för att hinna med. Likaså kan uppföljning av FaR® enkelt göras varje gång patienten kommer på återbesök för sina kroniska sjukdomar, på samma sätt som uppföljningen vid

läkemedelsordination. Det blir då naturligt att minska läkemedelsdoser och sätta ut läkemedel, och ta ställning till FaR-dos när målvärden uppnåtts.

Gemensamt för alla varianter är att;

- Förskrivaren är ansvarig för den medicinska uppföljningen
- FaR® kan förskrivas flera gånger utifrån patientens behov
- Utifrån patientens hälsostatus, möjligheter och önskningar förskrivs egen aktivitet och/eller organiserad aktivitet. När det gäller organiserad aktivitet så tillhandahåller vissa aktivitetsarrangörer speciella FaR-grupper. Intensiteten i dessa grupper är lågintensiv och ledarna har genomgått speciellt anpassad utbildning.



Figur 13. Beskrivning av de olika modellerna för förskrivning av fysisk aktivitet i Sverige; Fysisk aktivitet på Recept (FaR®) med eller utan lotsning. Rutor och pilar med mörkblått representerar grundupplägget utan lotsning. Figuren försöker illustrera de skilda modellerna i en figur och visar inte patientflödet.

I. FaR®

- Förskrivare har motiverande samtal och kommer tillsammans med patienten fram till lämplig individanpassad aktivitet.
- Förskrivaren kommer tillsammans med patienten överens om hur uppföljning av den ordinerade aktiviteten ska göras.
- Ex på landsting med denna modell är; Stockholm
- I vissa landsting (ex Jämtland) finns det avtal eller regleringar lokalt för hur samarbetet mellan vården och aktivitetsarrangörer ska bedrivas för att underlätta för patienten beteendeförändring till en ökad fysisk aktivitetsnivå.

II. FaR® med lotsning inom vården

- Vanliga benämningarna på denna modell är Fysiotek, FaR-samordnare, FaR-funktion
- Förskrivare påbörjar det motiverande samtalet och den individanpassade aktiviteten.
- Förskrivaren skickar receptet eller en internremiss till en samordnare/FaR-funktion, som fortsätter det motiverande samtalet och hjälper till att hitta en lämplig aktivitet.
- FaR-samordnaren följer upp den ordinerade aktiviteten och återrapporterar detta till förskrivaren.

- Det finns avtal eller regleringar lokalt (oftast på landstingnivå) för hur samarbetet mellan vården och aktivitetsarrangörer ska bedrivas för att underlätta för patienten beteendeförändring till en ökad fysisk aktivitetsnivå.
- Ex på landsting med denna modell är; Region Skåne.

III. FaR® med lotsning utanför vården

- Förskrivare har motiverande samtal och kommer tillsammans med patienten fram till lämplig individanpassad aktivitet.
- Förskrivaren skickar receptet till en FaR-lots utanför vården, lotsen fortsätter det motiverande samtalet och hjälper till att hitta en lämplig aktivitet.
- FaR-lotsen följer upp den ordinerade aktiviteten och återrapporterar detta till förskrivaren.
- Det finns avtal eller regleringar lokalt (oftast på landstingnivå) för hur samarbetet mellan vården och aktivitetsarrangörer ska bedrivas för att underlätta för patienten beteendeförändring till en ökad fysisk aktivitetsnivå.
- Ex på landsting med denna modell är; Östergötland, Uppsala, Värmland och Västerbotten.

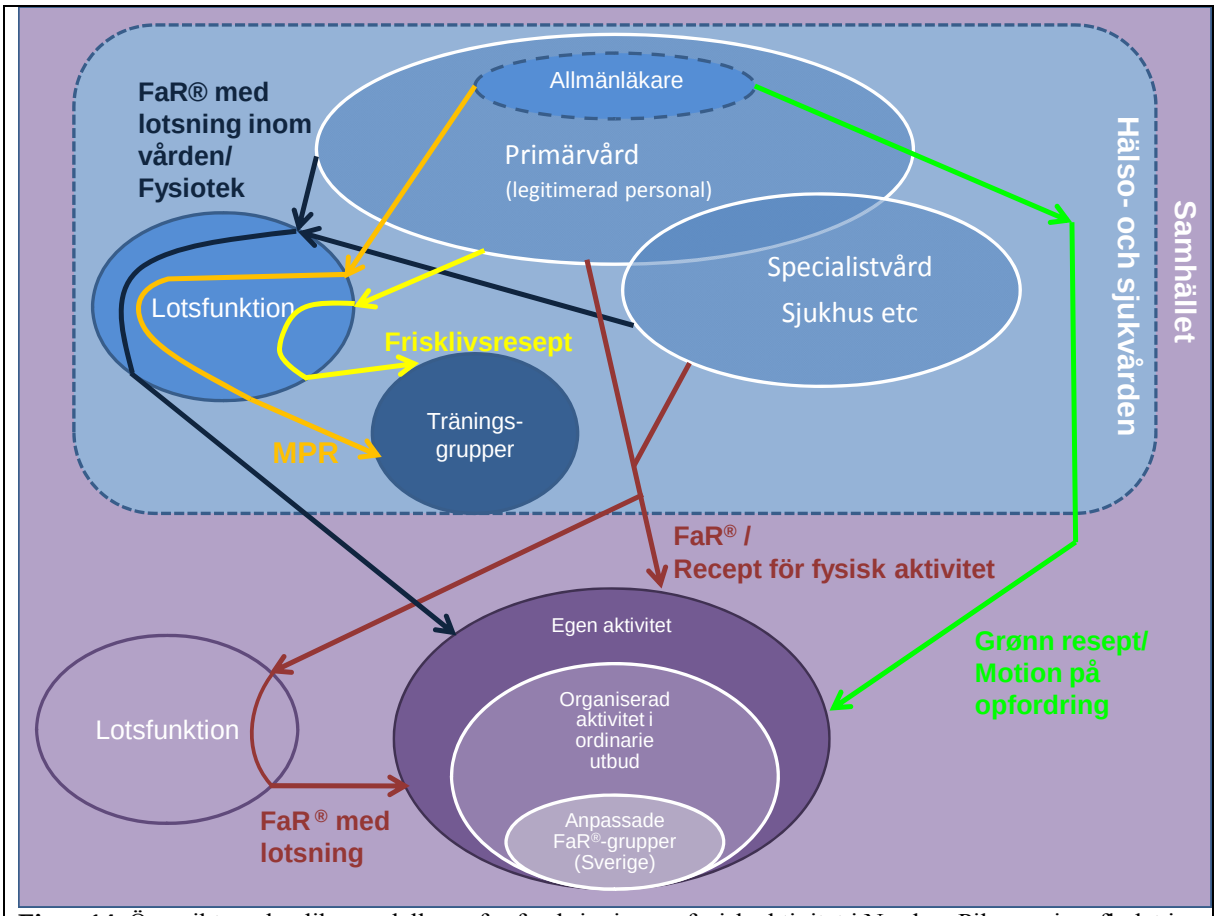
Likheter och skillnader mellan de nordiska modellerna

Den gemensamma faktorn mellan alla modeller för förskrivning av fysisk aktivitet är att vårdpersonal ger muntliga och skriftliga råd till patienter i syfte att stödja till en mer fysiskt aktiv livsstil för att främja hälsan. I Danmark är det dock, till skillnad från de nordiska grannländerna, inte fråga om en förskrivning på motsvarande sätt som läkemedel, då läkaren varken ger råd eller gör en skriftlig ordination utan man hänvisar till MpR-teamet. Det finns flera grundläggande skillnader mellan vissa modeller, vilka beskrivs nedan och i Figur 14 respektive Bilaga 3. Skillnaderna gäller framför allt vem som förskriver, vem som har det motiverande samtalet och följer upp den ordinerade aktiviteten, till vilka patienter, om aktiviteten bedrivs inom eller utanför vården.

Förskrivare

I alla modeller sker förskrivning från primärvården. Organisatoriskt återfinns primärvården i landsting/region i Sverige och Danmark och i kommunerna i Norge och Finland. I Danmark (MPR) är det endast allmänläkare som förskriver, detta gäller även Grønn resept i Norge. I Finland och Norge är det företrädesvis läkare som förskriver, men även annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har möjlighet att förskriva. I Sverige får all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal förskriva FaR®, det är dock läkare, sjukgymnaster och sjuksköterskor som förskriver mest. I både Finland och Sverige använder sig företagshälsovården av möjligheten att förskriva fysisk aktivitet. Den norska Frisklilvsresept (både Frisklivsmodellen och Fysiotek) skiljer ut sig genom att även tillåta andra än legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal förskriva, då även personal vid arbets- och socialförvaltningen (NAV, den norske Arbeids- og velferdsforvaltningen) får förskriva Frisklivsresept.

Förskrivning av FaR® sker i allt större utsträckning även från specialistvården i Sverige. Det är fler och fler sjukhus som använder sig av FaR® och i många landsting är det stort intresse från psykiatrin. Möjlighet finna även för specialistvården i Finland och Norge att använda Recept för fysisk aktivitet/Frisklivsresept, även om omfattningen är liten. I Danmark finns möjligheten inte alls.



Figur 14. Översikt av de olika modellerna för förskrivning av fysisk aktivitet i Norden. Pilarna visar flödet i respektive metod. **MpR** och **motion på opfordring** är danska modeller. **Recept för fysisk aktivitet** är den finska modellen. **Grønn resept** och **Frisklivsresept** är norska modeller. **FaR®**, **FaR® med lotsning** och **FaR® med lotsning inom vården** är de svenska modellerna. **Fysiotek** finns som modell i Finland, Norge och Sverige. I primärvård inkluderas även företagshälsovård. Se texten för närmare beskrivning av modellerna under respektive land respektive nedan.

Hälsosamtal/motiverande samtal

Två huvudprinciper finns för vem som genomför de motiverade samtalen/hälsosamtalen, antingen är det förskrivaren av ordinationen eller så finns någon form av kompletterande mottagarcentral/lotsfunktion. I samtliga fall har den som förskriver ett motiverande samtal men omfattningen skiljer sig åt mellan olika modeller. Personen som genomför samtalet vid mottagarcentral/lotsfunktion har alltid träning i motiverande samtal. När samtal sker via lotsfunktion sker alltid en återkoppling till förskrivaren, oftast efter att sista uppföljande samtalet är genomfört.

I Danmark hänvisar allmänläkare patienten till ett team i kommunen som ansvarar för MpR. Teamet finns antingen på en sjukgymnastikenhet eller på ett motionscentrum. Det är oftast en sjukgymnast (eller person utbildad inom träning och hälsa på universitetsnivå) som genomför de motiverande samtalen vid start, eventuellt mitt i och vid avslutning av den strukturerade träningsperioden, samt efter 3 respektive 6 månader efter den strukturerade träningsperioden avslut.

I den finska Recept för fysisk aktivitet är det i huvudsak den som förskriver (oftast läkaren) som sköter det motiverande samtalet, men annan vårdpersonal kan bistå.

Vid Grønn resept i Norge är det förskrivaren som genomför samtalet. I modellen med Frisklivsresept är det personal på Frisklivssentralen/Fysioteket som har det motiverande samtalet och uppföljningssamtalet efter 3 månader.

Centralt i den svenska FaR® modellen är att den som förskriver ska ha ett patientcentrerat motiverande samtal. Vid en etablerad vårdkontakt, då patienten är väl känd hos förskrivaren, kan det motiverande samtalet vara uppdelat på flera besök och spritt över en längre tidsperiod innan FaR® skrivs. När FaR® kompletteras med lotsning så sker ett eller flera fördjupade motiverande samtal och hjälp med att finna lämplig aktivitet för patienten. Om lotsningen sker inom vården så är det vårdpersonal som genomför samtalen. När lotsning sker utanför vården är det oftast en hälsopedagog som genomför samtalen. Det obligatoriskt att patienten har samtyckt till att information skickas utanför vården.

Aktuella patientgrupper

I Sverige, Finland och den norska modellen med Frisklivsresept kan förskrivning ske till alla patienter som ur hälsosynpunkt har behov av en ökad fysisk aktivitetsnivå. I norska Grønn resept är det endast patienter med högt blodtryck eller diabetes typ 2 utan medikamentell behandling som kan komma i fråga. I Danmark är det diagnosspecifikt (oftast metabola syndromet, diabetes typ 2 och hjärt- kärl sjukdomar), men vilka diagnoser som är aktuella varierar mellan olika kommuner. Målgrupp kan vara alla med konstaterad eller med risk för att utveckla livsstilssjukdom, som kan förebyggas och behandlas med fysisk aktivitet.

Vuxna patienter är målgruppen i samtliga länder. Det är bara i Danmark som en specifik åldersgräns är satt på över 18 år. I övriga länder finns inga begräsningar vad gäller ålder, men få förskrivningar sker till patienter under 18 år. Det pågår försöksverksamhet i både Sverige och Norge vad gäller förskrivning av fysisk aktivitet till barn.

Förskriven fysisk aktivitet

Den aktivitet som förskrivs kan antingen ske i form av gruppträning inom vården eller så sker aktiviteten enskilt eller i grupp utanför vården. Speciella träningsgrupper inom vården karakteriserar MPR i Danmark och Frisklivsmodellen i Norge. MPR innebär gruppträning under ledning av sjukgymnast/annan träningsledare 2 gånger per vecka i 2 månader och sedan 1 gång i veckan i ytterligare 2 månader, totalt 4 månaders organiserad träning. Avsikten är att patienten ska träna på egen hand utöver detta, för att nå upp till träning 3 gånger per vecka. Vid Frisklivsmodellen sker gruppträning 2 gånger per vecka i 3 månader i regi av Frisklivssentralen. När träningsgrupperna är slut sker diskussion om hur fortsatt aktivitet ska gå till.

Aktivitet utanför vården är fokus i övriga modeller av förskriven fysisk aktivitet. Det är patientens behov, förutsättningar och önskemål som styr vilken typ av aktivitet som förskrivs. Aktivitet på egen hand/egenaktivitet är oftast grundordinationen; vanligen aktiviteter som kan ske i vardagen såsom promenader, cykling, trädgårdsarbete eller träningsprogram som individen själv genomför. Ordination till organiserad aktivitet i ordinarie utbud hos olika aktivitetsarrangörer, används enskilt eller som komplement till egenaktivitet. I Sverige finns även speciellt anpassade FaR-grupper hos vissa aktivitetsarrangörer.

Även i Sverige finns möjlighet att ordinera till träning i grupp inom sjukvården vid specifika diagnoser, detta inkluderas dock inte inom FaR®.

För och nackdelar med de olika nordiska modellerna

Detta avsnitt är avsett som ett diskussionsunderlag och är ingen bedömning av om någon modell är bättre eller sämre än en annan. Tanken är att man ska kunna dra lärdomar av varandras arbete. Respektive modell är framtagen för att passa regionala/lokala förutsättningar under de rådande förhållandena. Det sker hela tiden vidare utvecklingsarbete och man arbetar i alla länder med att råda bukt med ev. nackdelar. Vissa aspekter kan även ses som både för- och nackdel beroende på omständigheterna och vad man avser att uppnå. De faktorer som presenteras i Tabell III är en sammanvägning av vad representanter från respektive land har rapporterat in om sina modeller. Vissa för- eller nackdelar kan vara aktuella för fler av modellerna än där det är beskrivet.

Tabell III. Diskussionsunderlag kring för och nackdelar med olika modeller av förskrivning av fysisk aktivitet

	Modell	**Fördelar +**	**Nackdelar -**
	MPR Frisklivs-modellen	+ Hög kompetens hos den som leder träningsgrupperna på vad gäller träning och hälso- och sjukvård. Patienten kan bl. a. direkt få stöd och hjälp kring medicinska frågor. + Bra effekter på fysisk aktivitetsnivå under träningstiden + Gruppdynamik ger extra effekter + Träning sker med likasinnade, patienten behöver inte känna sig annorlunda + Bra behandlingseffekter på aktuell sjukdom/risk (kortsiktigt, MPR) + Frisklivsmodellen når grupper med låg socioekonomisk status	- Svår övergång från träningsgrupp inom vården till att direkt bedriva aktivitet på egen hand - Det kan uppfattas som träningen sker som patient, vilket inte stärker individens tilltro till sin egen förmåga att vara aktiv på egen hand - Pågår för kort tid (2-4 månader) för att etablera ny vana - Saknar utslussningsfunktion - Relativt stor investering ”här och nu” i form av personell insats från vården - I Frisklivsmodellen kan patienten fortsätta träna på Friskvårdscentralen även efter receptperioden, vilket kan leda till problem för individen att ta eget ansvar för att bedriva sin aktivitet (motverkas genom målsättningsdiskussion och att grupperna får pröva på aktiviteter utanför vården)
	MPR kompletterat med motions-vejleder	Se ovan för MPR, utöver de faktorerna finns följande fördelar: + Mer intensiv motiverande insats och uppföljning, därmed lättare att slussa ut patienterna till att vidmakthålla en ökad fysisk aktivitet efter receptperioden + Motionsvägledaren arbetar även med inaktiva medborgare som ej fått MPR, vilket ger samordningsvinster vad gäller nätverk etc.	Se ovan för MPR, utöver de faktorerna finns följande nackdelar: - Större kostnad än MPR, kostnaden ökar med antalet motiverande samtal
	Motions-konsortier	+ Utnyttjar delvis existerande träningsutbud + När existerande träningsutbud utnyttjas så underlättar det för patienten att hitta aktivitet att fortsätta med efter receptperioden	- Den som leder träningsgrupperna har inte samma kompetens vad gäller träning och hälso- och sjukvård som vid MPR - Därmed troligen mindre behandlingseffekt - problem att föreningarna inte arbetar fram erbjudanden som passar till personer med låg fysisk aktivitet - MpR-deltagarna har svårt att se sig själva som aktiva i en frivillig förening

Fysiotek FaR® med lotsning inom vården	+ Motiverande stöd & hjälp att finna lämplig aktivitet + Utnyttjar existerande träningsutbud + Underlättar för patienten att hitta aktivitet att fortsätta med efter receptperioden + Aktiviteten sker ej som patient + Mindre resurskrävande än träningsgrupper i vården + Stöd för ovana förskrivare	- Lotsning kräver resurser - 3 månader för kort tid för att ändra levnadsvana (Norge) - risk för återfall när lotstiden är över - kan vara svårigheter finna lämpliga aktiviteter anpassade till patienter
FaR® med lotsning utanför vården	+ Motiverande stöd & hjälp att finna lämplig aktivitet + Stöd för ovana förskrivare + Utnyttjar existerande träningsutbud + Utnyttjar aktivitetsarrangörernas befintliga nätverk + Underlättar för individen att hitta aktivitet att fortsätta med efter receptperioden + Sker utanför vården, ej fokus på patientrollen + Mindre resurskrävande än träningsgrupper i vården + Mindre resurskrävande än lotsning inom vården, sker oftast via telefon.	- Lotsning kräver resurser - Risk för återfall när lotstiden är över - Kan vara svårigheter finna lämpliga aktiviteter anpassade till patienter - Patientinformation behöver skickas utanför vården - kan vara gränsdragningsproblem om frivilligsektorn sköter Hälso- och sjukvårdens uppgift - Patienten kan inte få direkt stöd och hjälp kring medicinska frågor, relaterade till val av aktivitet etc
FaR® Recept för fysisk aktivitet	+ Sker i ordinarie vård + Jämställer recept på fysisk aktivitet med annan behandling, ordination av dos, intensitet och frekvens + Aktiviteten anpassas individuellt + Utnyttjar existerande träningsutbud + Grundordination är ofta en aktivitet patienten kan bedriva på egen hand, ofta en vardagsaktivitet. Dessa aktiviteter är ofta lättare att inlemma i vardagen vilket underlättar långsiktig beteendeförändring. + Uppföljning av aktivitet och behandlingseffekt sker av samma person + Uppföljning blir en naturlig del av vården, fysisk aktivitet lika viktig behandling +Nationellt framtagna material, såsom kunskapsunderlag, receptblankett mm + tydliga roller och ansvar där samarbetet stärks mellan landsting och aktivitets-arrangörer (om skriftliga avtal görs med organisation kring koordination av aktivitetsarrangörer, FaR-ledarutbildning, sammanställning aktivitetslistor m.m.)	- Svårt/resurskrävande för förskrivaren att hålla sig uppdaterad på vilka lämpliga aktiviteter som finns i närområdet. Det finns dock ofta lokalt framtagna aktivitetslistor som hjälp - Mindre stöd för individens beteendeförändring än då lotsning eller anpassade träningsgrupper finns att tillgå - Kan vara svårt att hinna följa upp alla som fått ordination, gäller de som inte har kronisk sjukdom och ändå kommer på regelbundna återbesök
Grønn resept	+ Fokus på livsstilsförändring istället för läkemedel som förstahandsbehandling + Speciell taxa för att stimulera läkarna att använda Grønn resept + Nationellt gemensamt material framtaget; frågeformulär om fysisk aktivitet och matvanor, vägledningshäfte för läkare, informationsbroschyrer för patienter och receptblankett + Bredare angrepp med fysisk aktivitet	- Låg legitimitet bland läkarna, - Begränsningen av vilka patienter - Inte får förskriva till de patienter som verkligen behöver stöd för livsstilsförändring - Onödig byråkratisering, arbetsuppgift som ska göras ändå - Saknar stödsystem för aktivitetshjälp - Få läkare har kompetens i motiverande samtalsmetodik

och/eller matvanor

Erfarenheterna av träningsgrupper inom vården visar att dessa modeller innebär är mer personalkrävande intervention som kan därmed är mer kostsam än om patienten tränar på egen hand utanför vården. Å andra sidan är ledarna än om patienten tränar på egen hand utanför vården. De besparingar som fås för båda patienten och för hälso- och sjukvården pga. att patienten blir friskare eller får mindre symtom och söker mindre i vården är ofta svåra att överblicka. Ledarna för dessa grupper är ofta sjukgymnaster med god kompetens inom både träning och, hälso- och sjukvård och skadeförebyggande träning hos den med ökad risk. Goda effekter ses under själva träningsperioden vad gäller ökad fysisk aktivitetsnivå och övriga behandlingseffekter. Det största problemet med träningsgrupper inom vården är att ofta blir steget för stort för patienten att efter receptperioden klara av att bedriva sin fysiska aktivitet på egen hand. Den tid träningsgrupperna pågår (2-4 månader) är också för kort för att den nya levnadsvanan ska hunnit bli befäst.

Träning utanför vården innebär mindre träningsstöd för individen, men i de flesta modeller som hänvisar till aktivitet i ordinarie aktivitetsutbud eller aktivitet på egen hand lägger man istället mer fokus på att hjälpa individen att finna en individanpassad aktivitet direkt. Det är även mindre resurskrävande när inte vårdpersonal håller i träningen. Tröskeln för fortsatt aktivitet efter receptperiodens slut är lägre för individen, då den förhoppningsvis kan fortsätta med den valda aktiviteten. När en *lotsningsfunktion* finns (inom eller utanför vården) kan individen få stöd under en längre tid för att hitta till ”sin” aktivitet. Fördelen med lotsning är också att förskrivaren kan lägga fokus på att initiera fysisk aktivitet som behandling eller förebyggande vård och starta det motiverande arbetet. Sedan kan en person med träning i motiverande samtal fokuserad på fysisk aktivitet ta över och hjälpa till med att hitta rätt aktivitet. Man utnyttjar därmed resurserna effektivare och hälso- och sjukvårdspersonalen behöver inte hålla sig uppdaterad om vilka aktiviteter som finns i närområdet.

Det går inte att dra några generella slutsatser om vad som är mest kostnadseffektivt (träning inom eller utanför vården, träning i grupp eller individuellt, med eller utan lots, vilket profession/träning ledaren har etc.). Mer resurser leder ofta till bättre resultat under själva insatsen, men studier av långtidseffekter/ vidmakthållande av aktivitet saknas till stor del. Olika patientgrupper behöver även olika stöd. Vissa grupper behöver stödet av träningsgrupper inom vården, medan andra kommer igång efter en skriftlig ordination. Norska erfarenheter visar att Fysioteksmodellen når de som är mer motiverade för fysisk aktivitet, medan Frisklivsmodellen når de som är mindre motiverade vid starten. Det är viktigt att utgå från vad individen behöver för stöd, vilka strukturer och förutsättningar som finns regionalt/lokalt.

Pågående utvecklingsarbete för fysisk aktivitet på recept

Danmark

[12]

Fördelar med danska MpR modellen:

- Modellen MpR är bra på att hantera patienternas motstånd och hinder för att komma igång med fysisk aktivitet
- Har hög och fackmässig kompetens och kvalitet hälsa och träning, leder därmed till behandlingseffekt i varje fall i det korta perspektivet
- Innehåller ett målinriktat erbjudande till patienterna, som gärna tar emot hänvisningen från läkaren till kommunens MpR-utbud.

Nackdelen med MpR är att när den organiserade träningen slutar blir det en barriär för patienten att vara aktiv i ”verkliga livet”, utan stöd. Denna barriär tillsammans med de kostnader som är förknippade med den typiska MpR-modellen, gör att kommunerna måste arbeta vidare med att utveckla en utslussning efter MpR innan det är aktuellt att prioritera MpR-arbetet i kommunerna. Mycket idéer kan tas från de alternativa modellerna som testats, det vill säga MpR med motionsvägledare och konsortier.

Motion på opfordring, då läkarna endast ger råd är inte tillräckligt för att initiera en livsstilsförändring. Därför vidareutvecklar man inte denna modell.

Utslussning efter MpR

Ett sätt att minska barriären är att genomföra MpR-träningsperioden i ordinarie träningsmiljöer. Då kan deltagarna fortsätta med sin aktivitet även efter den organiserade träningsperioden.

Tankar man har är att:

- Öppna grupper, där både MpR-deltagare och allmänheten kan delta. Det kan handla om träningsgrupper riktade till vissa grupper, som exempelvis överviktiga, folk med olika krämpor eller vuxna som behöver komma igång med att röra sig igen
- Större träningsgrupper med 20-25 deltagare
- Att den organiserade träningen inte bedrivs och arrangeras av kommunen, utan i föreningslivets regi
- Att de som på hälsomässiga grunder får hänvisning från läkare, kan få ett ekonomiskt bidrag under motsvarande tidsperiod som den organiserade MpR-träningen. Sedan betalar deltagaren ordinarie avgift till föreningen och kan då fortsätta sin träning utan tidsbegräsning, vilket innebär att man slipper problemet med utslussning.
- Man rekryterar en träningsinstruktör med hälsoprofession. Eventuellt kan man även kombinera en instruktör med hälsoprofession med en utan, och därmed ge möjlighet till en mer differentierad träning anpassad utifrån varje deltagare.
- Den ökade kostnaden för föreningen med speciella instruktörer kan eventuellt lösas med en mera nyanserad fördelning av resurser till olika aktiviteter inom lagen om folkupplysning, eller genom att kommunen bidrar. Kommunen kan även bidra med arbetstid för att koordinera, rekrytera och marknadsföra det lokala utbudet.

[12] Baserat på skriftligt underlag från Arne Gårn, Specialkonsulent, Region Syddanmark, Danmark.

- Ett kommunalt generell utbud med motionsvägledning, med motiverande samtal i individens uppstartsfas. Det kan då vara extra stöd till de som hänvisats av läkare till MpR. Eventuellt kan det innehålla hälsoprofil.

En utmaning i detta arbete är att kopplingen mellan frivilligrörelsen och det offentliga är relativt ny och inte har hunnit bli så välutbyggd i den danska kontexten när det gäller hälsoområdet.

I samband med kommunalreformen i Danmark under 2007 blev det stort fokus på behandlings- och rehabiliteringsprogram för kroniskt sjuka medborgare. MpR skulle kunna vara en integrerad del i detta.

Hänvisningsstrukturen

Även fortsättningsvis har allmänläkaren en central roll i hänvisandet av patienter till MpR. Dock skiljer sig intresset för MpR mycket mellan olika läkare. Man kan överväga om man ska modifiera hänvisningsstrukturen för MpR, från att idag är det endast patientens egna allmänläkare som kan hänvisa till MpR. Kommunen träffar på individen i flera olika sammanhang där en ökad fysisk aktivitetsnivå kan vara ett led i att nå andra mål. Det kan exempelvis vara på arbetsmarknadsområdet där en ökad fysisk aktivitetsnivå skulle kunna bidra till att en arbetslös individ blir mer anställningsbar. Man kan också överväga om sjukhusläkare skulle kunna hänvisa, detta hänger dock samman med hur behandlings- och rehabiliteringsprogram för kroniskt sjuka medborgare struktureras och koordineras lokalt.

Man skulle också i högre grad involvera andra professioner från allmänläkarpraktiken, exempelvis sjuksköterskor, i proceduren kring hänvisningen. Dessa skulle kunna ha motiverande samtal om levnadsvanor och i detta sammanhang hänvisa till MpR. Mottagningspersonal brukar vara positiva till utökad kompetens och ansvar. Även resursmässiga aspekter ska vägas in här.

En diskussion kan föras om ekonomiska incitament från nationell och regional nivå för att stimulera livsstilssamtal på allmänläkarpraktiker. Liknande ”aftalt forebyggelseskonsultation” i Danmark eller ”Grønn resept” i Norge.

Finland

Elektroniskt recept för fysisk aktivitet, elektroniskt patientarkiv och elektroniskt beslutsunderlag

[13]

Social- och hälsovårdsministeriet och Institutet för hälsa och välfärd (THL) ansvarar för ett nationellt initiativ och utveckling av ett elektroniskt patientarkiv. Detta nationella arbete påverkar hela hälso- och sjukvården och kommer ta flera år att genomföra. För att passa in i detta kommer blanketten för Recept för fysisk aktivitet att göras om och kodas så att det passar i det enhetliga formatet.

UKK institutet är nationell koordinatör för utvecklingsarbetet med Receptet för fysisk aktivitet. Man uppdaterar den vetenskapliga basen för fysisk aktivitet och hälsa. En elektronisk blankett utvecklas. Även handboken för hur man förskriver fysisk aktivitet på recept uppdateras.

[13] Baserat på skriftligt underlag från Katriina Kukkonen-Harjula, docent, MD, UKK Institutet för hälsofrämjande (UKK Institute for Health Promotion Research), Tammerfors (Tampere) Finland

Ett elektroniskt beslutsunderlag (www.ebmeds.org) planeras av Finska läkarföreningen Duodecim för att koppla samman vissa patientdata (sammanfattning av exempelvis fysisk aktivitetsvanor) och kliniska riktlinjer.

Norge

Vidareutveckling av Frisklivsresept

[14]

Utvecklingsarbetet med fysisk aktivitet på recept i Norge fokuserar på att utveckla och implementera det kommunala uppföljningsutbudet till de patienter som behöver hjälp med att ändra livsstil till mer fysisk aktivitet, bättre matvanor eller rökavvänjningskurser.

Utifrån utvärderingar har Helsedirektoratet rekommenderat en sammanslagning av de två modellerna Fysiotek och Frisklivsresept . Helsedirektoratet arbetar med en nationell organisation ”Frisklivsresept” där alla kommuner, eller genom interkommunala samarbeten, erbjuder uppföljningsverksamhet dit läkare, annan hälso- och sjukvårdspersonal eller NAV kan hänvisa patienter till. Frisklivssentralena (den kommunala uppföljningsverksamheten) ska vara förankrat i kommunehelsetjensten (primärvården) och ha ett strukturerat och kvalitetssäkrat utbud med individuella motiverande samtal och riktade grupper för fysisk aktivitet, bra matvanor och rökavvänjning. Helsedirektoratet och de fem utvecklingsfylkena arbetar fram en vägledning för hur man etablerar och organiserar en frisklivscentral (klar 2011).

För närvarande är det kommunerna och fylkeskommunerna som finansierar frisklivscentralerna, med ett begränsat statligt stöd. I början av år 2010 fanns det en frisklivscentral i cirka 70 kommuner.

De största utmaningarna för modellen Frisklivsresept är att:

- få igång läkarna att ge patienter rådgivning om ändrade levnadsvanor och hänvisa patienterna till frisklivscentralerna för uppföljning.
- hitta ett lämpligt utbud till män respektive till olika minoritetsgrupper
- nå även den målgrupp som behöver få frisklivsrecept men som inte har kontakt med någon husläkare, därför vill man vidareutveckla samarbetet med NAV och företagshälsovården.
- även om en nationell modell tas fram är det viktigt med lokal anpassning och förankring av arbetsformerna.
- få till ett bra samarbete mellan frisklivscentralerna och lokala aktivitetsutbudet, så att deltagarna kan slussas vidare till existerande utbud utanför vården.
- öka kompetensen om motiverande samtal och effekter av fysisk aktivitet, bra matvanor och rökavvänjning inom hälso- och sjukvården.

I regi av Helsedirektoratet pågår ett pilotprojekt för att testa olika mätmetoder att använda i klinsk vardag på frisklivssentralerna. Mätningarna ska vara grund för återkoppling på individuell nivå till deltagarna om deras status och utveckling, samt vara grund för utvärdering av de olika upplägens effekt på förändring av levnadsvanan till kommun, region och nationell nivå. Ett av instrumenten är en aktivitetsmätare (ActReg).

[14] Baserat på skriftligt underlag från Ellen Blom, Rådgivare, Helsedirektoratet, Norge

Sverige

I Hälso- och Sjukvårdens nationella nätverk för fysisk aktivitet på recept (FaR®) medverkar och samarbetar alla Sveriges landsting för att utveckla arbetet kring fysisk aktivitet på recept (FaR®)[15]. Från varje landsting finns representant från strukturell nivå som arbetar med metodutveckling kring FaR®, en representant från förskrivarna av FaR® och från ett flertal landsting även en representant från läkemedelskommitté. Nätverket samverkar med Statens folkhälsoinstitut, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS) och Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA).

Inom nätverket finns flera arbetsgrupper som på olika sätt vidareutvecklar arbetsmetoden FaR® (32):

- Webbaserat nationellt FaR® recept (beskrivs nedan).
- Nationella frågor om levnadsvanor där fråga om fysisk aktivitet och inaktivitet ingår.
- Terapigrupp för fysisk aktivitet i Läkemedelskommittén i varje landsting/region
    - målsättning att i respektive landstings/regions läkemedelsrekommendationslista finns:
        - råd om fysisk aktivitet inom olika terapiområden (”FYSS”)
        - en beskrivning av metoden FaR® och råd om hur denna kan nyttjas på bästa sätt av respektive landstings/regions förskrivare.
    - verkar för att uppföljning av FaR® sker vid regelbundna terminsvisa besök av informationsläkare på varje vårdcentral/sjukhusenhet.
    - samarbete finns på flera håll i landet mellan Läkemedelskommittéerna och olika arbetsgrupper/expertgrupper för FYSS och FaR® och andra livsstilsfrågor som finns utanför Läkemedelskommittéerna.
- Vårdkedjearbete specialistvården-primärvården-kommunen där möjligheter och hinder identifieras för kroniskt sjuka, psykosocialt belastade och äldre, så att goda och mer jämlika möjligheter att använda FaR® som behandling kan införas.
- Undersökning av behov av fysisk gruppaktivitet ”enligt FaR® ordination” inom hälso- och sjukvården, innan patienter med stora medicinska behov klarar av FaR® i grupp hos aktivitetsledare utanför hälso- och sjukvården.
- Kartläggning av olika roller i personalgruppen vid ordination av FaR®, olika behov av att höja kompetensen kring diagnosspecifik FaR® ordination. FYSS/FaR®-utbildning på olika nivåer.
- Klinisk forskning, FoU, hälsoekonomisk forskning av FYSS/FaR®.
- Spridning av metoden FaR® internt i hälso- och sjukvårdsorganisationen och externt till befolkningen.

Nytt nationellt journalunderlag för FaR®

Syftet med ett enhetligt nationellt journalunderlag är att underlätta och kvalitetssäkra arbetet med ordination av fysisk aktivitet - FaR®. Tanken i framtiden för receptblanketten för FaR® är att den framförallt ska finnas integrerad i själva journalsystemet. Utvecklingsarbetet får stöd av en dialog med projektledningen för det så kallade Pascalprojektet (Sjukvårdsrådgivningen) som arbetar med en nationell ordinations databas för framtidens läkemedelsrecept och nätbaserade journaler. För att förankra ett enhetligt nationellt journalunderlag i vården behöver även ett arbete göras för att passa in detta i befintliga IT system och vårdrutiner.

[15] Mer info om nätverket på http://www.natverket-hfs.se/node/519

Baserat på en nationell inventering har ett förslag till ett nationellt journalunderlag för FaR® tagits fram och varit ute på flera remissrundor. Under 2010 testas om själva receptblanketten för FaR® fungerar i klinisk verksamhet med fokus på innehåll. För layout och integrering i journalsystem ska IT-experter kopplas in. Den nya receptblanketten för FaR® innehåller information som hjälper förskrivaren att använda sig av evidensbaserade strategier för att underlätta patientens beteendeförändring till en ökad fysisk aktivitetsnivå (33). Blanketten möjliggör att data på aggregerad nivå kring förskrivning av FaR® kan tas fram, för att kvalitetssäkra arbetsmetoden och utveckla den så att vården kan bli på lika villkor. Grundordinationen är en aktivitet som patienten kan bedriva på egen hand (ofta vardagsaktiviteter). Därefter kan antingen ytterligare en aktivitet på egen hand eller en organiserad aktivitet förskrivas. Den ordinerade aktiviteten ska specificeras vad gäller träningsform, typ av aktivitet och dosering (duration, frekvens och intensitet). Dessutom innehåller receptblanketten kartläggning av patientens nuvarande fysiska aktivitetsnivå, anledning till ordinationen, patientens egen målsättning för att öka sin fysiska aktivitet, eventuella försiktighetsmått, val av olika stödmaterial, planering av uppföljning.

Nästa steg som planeras att ta fram en nationell gemensam IT anpassad standardvårdplan för det nya elektroniska journalunderlaget för FaR®. Ordinationen (FaR®) ska i framtiden kunna länkas från befintliga journalsystem till en nationell ordinationsdatabas, på samma sätt som läkemedelsordination med e-recept.

Övriga utvecklingsarbeten

Många landsting/regioner utvecklar sina modeller vidare. I vissa kommuner pågår utvecklingsarbete kring hur man kan arbeta med FaR®. Några pilotprojekt testar FaR® till barn och unga, bl.a. via skolhälsovården. Statens folkhälsoinstitut utarbetar ett utbildningsmaterial kring FaR® för både grundutbildningar och för fortbildning av vårdpersonal, en lärobok med tillhörande material på hemsidan www.fhi.se/far kommer att lanseras under 2011. Även utanför hälso- och sjukvården pågår utvecklingsarbete kring FaR®. Bland dessa märks bl.a. revidering av aktivitetsaktörernas studieplan, många aktörer tar fram nya och anpassade aktiviteter för FaR-deltagare.

Likheter och skillnader i utvecklingsarbetet mellan länderna

Utvecklingsarbetet i respektive land speglar var man nu kraftansamlar, för att man har identifierat brister eller svårigheter. Eftersom modellerna skiljer sig avsevärt och utvecklingsarbetet har kommit olika långt i olika länder, så blir det olika utvecklingsområden man fokuserar på. Vissa gemensamma drag kan dock ses, det gäller att strukturera och underlätta för förskrivaren att använda sig av att ordinera fysisk aktivitet och underlätta för patienten att bli och vidmakthålla sin fysiskt aktiva livsstil. Man kan se att man i utvecklingsarbetet sneglar på varandras olika modeller, och plockar ut de bästa bitarna för att komplettera respektive modell.

I Danmark och Norge håller man på med förbättringsarbete vad gäller övergången från strukturerad träning inom vården till att individen ska vidmakthålla och bli varaktigt fysiskt aktiv på egen hand. I Sverige undersöker man istället formerna för hur man kan erbjuda organiserad träning inom hälso- och sjukvården, för de patienter som behöver mer stöd än att få FaR®. Här ser man att FaR® behövs som en naturlig del i behandlingen innan patienten slussas vidare från vården.

Både Finland och Sverige arbetar för att ta fram nationellt elektroniskt journalunderlag som inkluderar fysisk aktivitet på recept.

Vetenskapliga studier av de nordiska modellerna för fysisk aktivitet på recept

Rådgivning inom hälso- och sjukvården om en mer fysiskt aktiv livsstil kan ske på många olika sätt. Det finns vetenskapliga studier på hur hälso- och sjukvården kan främja fysisk aktivitet hos patienter från flera olika länder. Det finns dock flera svårigheter att överföra resultat från dessa studier till klinisk vardag i de nordiska länderna. Det finns flera metodproblem, bland annat; hur man har gått tillväga vid interventionen varierar stort mellan studierna, det är fortfarande bristande kunskaper om olika metoders förmåga att stimulera folk till en ökad aktivitetsnivå speciellt vad gäller långtidseffekterna, ofta är studierna inte gjorda i klinisk vardag. Dessutom skiljer sig organiseringen av hälso- och sjukvården och andra samhälliga förutsättningar mellan olika länder. Sammantaget innebär detta att man inte bara kan ta en metod och tro att den ska fungera utan modifiering. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har gjort en systematisk genomgång av metoder för att främja fysisk aktivitet (34). Slutsatserna var bland annat att rådgivning till patienter i klinisk vardagsmiljö leder till ökad fysisk aktivitetsnivå under minst sex månader efter rådgivningstillfället. Om rådgivning kompletteras med t ex recept på fysisk aktivitet, dagbok, stegräknare eller informationsbroschyr leder till ytterligare ökning av den fysiska aktivitetsnivån. Mer omfattande beteendeinterventioner leder till ytterligare ökning i fysisk aktivitetsnivå, men med avtagande marginaleffekt.
Lärdomar från den rapporten till arbetet med fysisk aktivitet på recept är (35):

- Använd ett patientcentrerat förhållningssätt
- Komplettera muntliga råd med till exempel recept på fysisk aktivitet, motionsdagbok, stegräknare, målsättningsdiskussion och/eller informationsbroschyr
- Anpassa samtalet och ordinationen till vilket stadium individen befinner sig i förändringsprocessen
- Arbeta med individens tillit till den egna förmågan att förändra sin fysiska aktivitet (self-efficacy)
- Öka frekvens och intensitet i rådgivningen, genom bland annat upprepade kontakter

På senare år har det publicerats ett antal vetenskapliga artiklar som studerat de nordiska modellerna för fysisk aktivitet på recept. Då dessa är gjorda i klinisk vardag i respektive land kan resultaten användas i det vidare utvecklingsarbetet av best practice av fysisk aktivitet på recept i Norden. Därför presenteras respektive studie per land nedan.

I Danmark har en doktorsavhandling av Jes Bak Sørensen studerat den danska MPR-modellen (36). Interventionen vid MPR inkluderar sjukgymnastledd gruppträning (2 gånger i veckan i 2 månader, därefter 1 gång i veckan i ytterligare 2 månader) samt upprepade motiverande samtal för ökad fysisk aktivitet (baslinje, 2, 4, 7 och 10 månader). I en randomiserad kontrollerad studie, med patienter i blandade åldrar med olika diagnoser men med få individer jämfördes denna högintensiva MPR interventionen mot en intervention med endast upprepade motiverande samtal för ökad fysisk aktivitet (baslinje, 2, 4 och 10 månader) (37). Båda grupperna ökade sin fysiska aktivitet och inga signifikanta skillnader i fysisk aktivitetsnivå eller kondition (VO_{2max}) mellan interventionerna kunde ses, varken direkt efter gruppträningen vid 4 månader eller vid uppföljning efter 10 månader (38). En nyligen publicerad doktorsavhandling av Thomas Viskum Gjelstrup Bredahl har studerat följsamhet till fysisk aktivitet (39). En positiv attityd eller intresse av fysisk aktivitet verkar vara en starkare prediktor av följsamhet än vad stages of change och self-efficacy är. Andra viktiga faktorer är sociala relationer såsom familj, vänner, träningsspecialisten och andra

gruppdeltagare. Alla faktorer behöver dock studeras vidare för att avgöra vad som påverkar följsamheten. Bredahl föreslår att ett sätt för att öka den livslånga motivationen för fysisk aktivitet är att utveckla en modell som flyttar fokus från behandling, hälsa och beteendeförändring mot motivation, tillfredsställelse och nöje. De danska modellerna av förskriven fysisk aktivitet har utvärderats i ett flertal rapporter på regional nivå (se vidare www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Fysisk%20aktivitet/Motion_paa_Recept.aspx)

En doktorsavhandling av Minna Aittasalo har fokuserat på den finska modellen av Recept för fysisk aktivitet (40). En utvärderingsstudie beskriver processen hur metoden arbetades fram och implementerades i Finland (41). Efter utbildning och träning (1-2 timmar) av läkarna i metoden Recept för fysisk aktivitet, tog det 5-10 minuter för läkarna att förskriva fysisk aktivitet till patienterna. Metoden var möjlig att använda i klinisk vardag, speciellt vid uppföljning av patienter med kroniska hjärt- och kärlsjukdomar, metabola och muskuloskeletala sjukdomar och vid företagshälsovårdens hälsoundersökningar. Främjande av en fysisk aktiv livsstil var prioriterat före organiserade träningsgrupper. Implementeringen var lyckad så tillvida att man nådde vårdenheterna och flera projekt startade. Utifrån ett frågeformulär till alla läkare kunde det dock konstateras att under de 2 första åren av implementering så skedde ingen förändring i antalet förskrivna recept. Det största problemet vid implementeringen var att man inte lyckades få IT-leverantörer att lägga in receptet i patientjournalen (41). I en randomiserad kontrollerad studie med patienter från ca 20 vårdenheter jämfördes Recept för fysisk aktivitet respektive registrering av fysisk aktivitetsnivå med feedback från en sjukgymnast mot vanlig vård (42). Både Recept för fysisk aktivitet och registrering av fysisk aktivitetsnivå ledde till ökad fysisk aktivitetsnivå jämfört med vanlig vård.

I Norge har fokus varit processutvärdering av Grønn resept respektive Frisklivsresept. Det finns i dagsläget inga publicerade vetenskapliga artiklar kring effekterna av arbetsmetoderna på patientnivå, men studier pågår. En rapport från Helgerud og Ethun (2010), visar att träning på recept i tre månader leder till minskad vikt och ökad fysisk kapacitet i form av styrka och uthållighet, samt förbättrad självskattad hälsa, förbättringarna höll i sig upp till ett år (43). En enkätundersökning till norska allmänläkare genomfördes 2005 med fokus på om läkarna använde Grønn resept och hur de värderade olika komponenter i metoden (44-45). Det visade sig att metoden hade låg legitimitet bland läkarna, främst på grund av begränsningen av vilka patienter som kunde komma ifråga vilket ledde till att man inte fick förskriva till de patienter som verkligen behövde stöd för livsstilsförändring. Vidare ansåg man att det blev en onödig byråkratisering av en uppgift som läkarna ändå borde göra. Slutsatsen blev att arbetsmetoden behövde vidareutvecklas och att detta borde ske i nära samarbete med allmänlakarna, dvs. ta vara på de erfarenheter och kunskaper hos de som behandlar patienter som behöver öka sin fysiska aktivitet ur hälsosynpunkt. Møreforskning har gjort en utvärdering av själva arbetsmetoden med Frisklivsresept (46). Man utvärderade båda modellerna med frisklivscentral respektive fysiotek med avseende på organisering, förankringsarbete och implementering av Frisklivsreseptet. Vikten av förankring hos och samverkan mellan nyckelaktörer lyfts för att få metoden att få genomslag av metoden. Läkarna var nöjda med arbetsmetoden; den var enkel att administrera och man upplevde att det var en bra metod att nå patienter som annars hade svårt att komma igång med fysisk aktivitet som behandling. Även patienterna var nöjda med båda modellerna, man tyckte man fick ett bra stöd och många kom igång med aktivitet (46). En masteruppsats har utvärderat effekterna på patientnivå av två av fylkernas modeller (47). Det finns även ett antal regionala utvärderingsrapporter (Se vidare på www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet/gronn_resept/).

Två doktorsavhandlingar av Lena Kallings respektive Matti Leijon har fokuserat på den svenska modellen av FaR® (48-49). Två kliniska okontrollerade studier har undersökt om

metoden FaR® fungerar i klinisk vardag på patienter i primärvård och företagshälsovård. Ordinarie vårdgivare (främst läkare, sjukgymnaster och sjuksköterskor) avgjorde tillsammans med patienter, som ur hälsosynpunkt var i behov av ökad fysisk aktivitetsnivå, vilka som fick FaR®. Det innebär stor variation av diagnoser eller anledning till ordinationen, i ålder och vad som förskrevs (typ av aktivitet, dosering, egen aktivitet eller organiserad aktivitet). Studierna visar att FaR® fungerar i klinisk vardag och leder till ökad fysisk aktivitetsnivå och förbättrad livskvalitet (50-52). Två tredjedelar av patienterna som fått FaR® följer ordinationen efter både 6 och 12 månader (49, 53), vilket innebär att följsamheten till FaR® är minst lika bra som till annan långtidsbehandling. En randomiserad kontrollerad studie bekräftar resultaten (48). FaR® leder till att den fysiska aktivitetsnivån ökar generellt, samt att träning på minst måttlig intensitet ökar med drygt 150 minuter eller tre träningstillfällen per vecka jämfört med en kontrollgrupp som fick allmänna råd kring fysisk aktivitet (48, 54). Jämfört med kontrollgruppen påverkades även flera kardiometabola riskfaktorer (vikt, bukfetma, blodfetter och blodsocker) positivt (54). På denna studie görs nu även en hälsoekonomisk analys av doktorand Anna Ringborg. Olika hälsoekonomiska studier med koppling till FaR® har även gjorts av Lars Hagberg (55-56) respektive Åsa Romé (57-58). Margareta Eriksson har i sin avhandling studerat en mer intensiv intervention än FaR®, med sjukgymnastledda gruppträningar tre gånger i veckan i tre månader och uppföljningar (59). Dessa gruppträningar plus råd om matvanor (högintensiv intervention inom en vårdcentrals ordinarie arbete) jämfördes i en randomiserade kontrollerade studie med vanlig vård. Resultaten visar att en högintensiv intervention leder till ökad fysisk aktivitetsnivå direkt efter interventionen och efter 3 år jämfört med kontrollgruppen (60-61). I studie av följsamheten till fysisk aktivitet efter gruppträning i primärvården kunde man visa på betydelsen av att ha roligt när man tränar för att underlätta följsamheten över lång tid (26). Det finns ett stort antal regionala rapporter samt studentuppsatser på kandidat, magister och mastersnivå som på olika sätt har utvärderat den svenska modellen av FaR® (se vidare www.fhi.se/sv/FaR-/Utvardering/, www.diva-portal.org, www.uppsatser.se, www.rf.se/Vi-arbetar-med/Motionochhalsa/Fysisk-aktivitet-pa-recept/Uppsatser-och-utvarderingar/ eller www.scholar.google.se).

Samlade erfarenheter och förslag till framtida utveckling av fysisk aktivitet på recept

Flera olika modeller för att förskriva fysisk aktivitet finns i de nordiska länderna. Alla modeller har sina för- och nackdelar och olika modeller passar under olika förutsättningar. Det är stor variation i hur intensiva interventionerna är, vilka delar som utförs inom hälso- och sjukvården respektive i samverkan med andra aktörer i samhället, om man fokuserar på att främja fysisk aktivitet på egen hand eller gruppaktivitet mm. Vissa modeller utnyttjar befintliga strukturer i samhället medan andra har utvecklat nya.

Den gemensamma nämnaren i de olika modellerna för fysisk aktivitet på recept är att läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har ett samtal med patienten och gör en skriftlig ordination på fysisk aktivitet. Gemensamt tankesätt är även att i respektive land finns en eller ett par modeller som sedan anpassas utifrån lokala förutsättningar i varje region, landsting eller kommun.

Anpassade nivåer av utifrån patientens hälsotillstånd och behov

Sammantaget så går det inte att föreslå en enda modell (en Nordisk ”best practice”) som passar alla patienter, förskrivare och olika lokala förutsättningar. Därför föreslås en modell med olika nivåer av insatser anpassad till patientens hälsotillstånd och behov (sociala, emotionella, medicinska) att användas för fysisk aktivitet på recept i Norden (Tabell IV). Intentionen är inte att införa alla nivåer överallt, utan att modellen kan ge en överblick och vara ett stöd vid planering av vilken insats/metod man vill satsa på lokalt. Det är en tankemodell där man kan hämta inspiration och plocka de delar som är relevanta utifrån vilken målgrupp man vänder sig till, hur förutsättningarna ser ut lokalt/nationellt, vilka resurser (kompetens, ekonomiska etc.) som finns att tillgå, vad man önskar att uppnå mm. Vad man vill fokusera på är även en balansgång mellan medikalisering och hälsofrämjande insatser. Viktigt att komma ihåg är även att fysisk aktivitet på recept endast är en av många åtgärder som kan användas i hälso- och sjukvården för att främja fysisk aktivitet som förebyggande åtgärd och som sjukdomsbehandling. Andra vanliga åtgärder är muntliga råd eller remiss till sjukgymnast eller andra aktörer inom hälso- och sjukvården.

Nivå I är relevant för patienter med redan utvecklad sjukdom/skada, mycket förhöjd risk för sjukdom eller som på annat sätt bedöms som olämpliga att delta i träningsaktiviteter utanför hälso- och sjukvårdens regi. Dessa patienter erbjuds inte fysisk aktivitet på recept utan remitteras inom hälso- och sjukvården till exempelvis sjukgymnastik.

Nivå II är i gränslandet mellan remiss inom hälso- och sjukvården och fysisk aktivitet på recept. Patientens hälsotillstånd och behov (sociala, emotionella, medicinska) kräver ett skräddarsytt program med handledning, men patientens hälsotillstånd kräver inte sjukgymnastisk behandling. Lämpar sig för patienter som har låg tilltro (låg self-efficacy) till att klara av att komma igång med fysisk aktivitet utanför vården och som behöver extra stöd för att börja sin beteendeförändring till mer fysisk aktivitet. Kan även vara ett led mellan sjukgymnastik och aktiviteter i ordinarie aktivitetsutbud och/eller aktivitet på egen hand. Nivå II är även relevant för patienter som på grund av vissa symtom har svårt att klara av att delta i gruppaktiviteter utanför vården eller i gemensamma grupper med friska. Symtomen kan exempelvis vara kopplade till vissa psykiatriska diagnoser.

Tabell IV. Olika nivåer av ordinerad fysisk aktivitet anpassad till patientens hälsotillstånd och behov (sociala, emotionella, medicinska). Grönfärgade områden representerar fysisk aktivitet på recept, rödfärgat insatser inom hälso- och sjukvården och vitt inkluderar endast muntliga råd

Nivå	Hälsotillstånd	Motivations-grad	Tilltro till egen förmåga att öka sin fysiska aktivitetsnivå ”self-efficacy”	Ordinationsform	Önskad typ av aktivitet	Aktivitetsform	Arena/ aktivitetsarrangör
I	Sjuk individ med hög risk			→ Remiss till sjukgymnast		→ Sjukgymnastik	→ Hälso- och sjukvården
II	Sjuk individ med förhöjd risk och speciella behov	Låg-hög	Låg	→ Fysisk aktivitet på recept med lotsning inom vården		→ Träningsgrupper inom vården	→ Hälso- och sjukvården
III		Låg-måttlig	Låg	→ Fysisk aktivitet på recept med lotsning inom vården	Gruppaktiviteter	→ Speciellt anpassade aktiviteter	→ Frivillig-organisationer etc.
					Egenaktiviteter	→ Aktiviteter på egen hand/vardagsaktiviteter	→ Närområdet, bostadsområdet, hemmet
IV	Sjuk individ med förhöjd risk	Låg	Låg	→ Fysisk aktivitet på recept med lotsning utanför vården	Gruppaktiviteter	→ Speciellt anpassade aktiviteter	→ Frivillig-organisationer etc.
					Egenaktiviteter	→ Aktiviteter på egen hand/vardagsaktiviteter	→ Närområdet, bostadsområdet, hemmet
V		Måttlig-hög	Måttlig-hög	→ Fysisk aktivitet på recept med hänvisning	Gruppaktiviteter	→ Speciellt anpassade aktiviteter	→ Frivillig-organisationer etc.
VI				→ Fysisk aktivitet på recept	Egenaktiviteter	→ Aktiviteter på egen hand/vardagsaktiviteter	→ Närområdet, bostadsområdet, hemmet
VII	Sjuk individ med låg risk eller Individ med otillräcklig fysisk aktivitetsnivå ur hälsosynpunkt	Låg	Låg	→ Fysisk aktivitet på recept med lotsning utanför vården	Gruppaktiviteter	→ Ordinarie aktivitetsutbud eller speciellt anpassade aktiviteter	→ Frivillig-organisationer
					Egenaktiviteter	→ Aktiviteter på egen hand/vardagsaktiviteter	→ Närområdet, bostadsområdet, hemmet
VIII		Måttlig-hög	Måttlig-hög	→ Fysisk aktivitet på recept med eller utan hänvisning	Gruppaktiviteter	→ Ordinarie aktivitetsutbud	→ Frivillig-organisationer
IX				→ Fysisk aktivitet på recept	Egenaktiviteter	→ Aktiviteter på egen hand/vardagsaktiviteter	→ Närområdet, bostadsområdet, hemmet
X	Behov av ökad aktivitetsnivå	Hög	Hög	→ Muntlig ordination	Gruppaktiviteter	→ Ordinarie aktivitetsutbud	→ Frivillig-organisationer
					Egenaktiviteter	→ Aktiviteter på egen hand/vardagsaktiviteter	→ Hemmet, när/ bostadsområdet

Nivå III vänder sig till patienter som har låg tilltro (låg self-efficacy) till att klara av att komma igång med fysisk aktivitet och som behöver extra stöd för att börja sin beteendeförändring. Lotsning inom vården ger möjlighet till fördjupade motiverande samtal och tätare uppföljning kring fysisk aktivitet och hälsa. Lågintensiva aktiviteter i speciellt anpassade aktiviteter i grupp eller egenaktivitet rekommenderas.

Nivå III kan även användas vid så kallad initiering av fysisk aktivitet på recept, när den som förskriver har bristande kunskap eller tid att genomföra ett fördjupat motiverande samtal eller hänvisa till lämplig aktivitet. I detta fall anpassas intensitetsnivå och aktivitetsform utifrån patientens hälsostatus och kan innebära allt från speciellt anpassade aktiviteter i grupp, ordinarie aktivitetsutbud till egenaktivitet.

Nivå IV och VII vänder sig till patienter som har låg motivation och/eller låg tilltro (låg self-efficacy) till att klara av att komma igång med fysisk aktivitet och som behöver extra stöd för att börja sin beteendeförändring. Lotsning utanför vården (med aktörer som har avtal hälso- och sjukvården) ger möjlighet till fördjupade motiverande samtal och tätare uppföljning endast kring fysisk aktivitet. Aktivitetsformen är speciellt anpassade aktiviteter i grupp eller egenaktivitet. Skillnaden mellan nivå IV och VII är patientens hälsotillstånd. Vid nivå IV krävs att förskrivaren gör en noggrann dosering av aktiviteten och följer upp ordinationen, då patienten i detta fall har förhöjd hälsorisk.

Nivå V innebär att patienter får fysisk aktivitet på recept och hänvisas till deltagande i speciellt anpassade program eller aktiviteter, företrädesvis gruppaktiviteter som är lågintensiva. Eftersom patienten har förhöjd hälsorisk, krävs att förskrivaren gör en noggrann dosering av aktiviteten och följer upp ordinationen.

Nivå VI och IX vänder sig till patienter med måttlig till hög motivation och tilltro till att klara av aktiviteter på egen hand. Skillnaden mellan nivå VI och IX är patientens hälsotillstånd. Vid nivå VI krävs att förskrivaren gör en noggrann dosering av aktiviteten och följer upp ordinationen, då patienten i detta fall har förhöjd hälsorisk.

Nivå VIII vänder sig till patienter med måttlig till hög motivation och tilltro till att klara av gruppaktiviteter på egen hand. Patienten får fysisk aktivitet på recept med eller utan hänvisning till deltagande i ordinarie aktivitetsutbud.

Nivå X är inte fysisk aktivitet på recept, då den inte inkluderar en skriftlig ordination utan endast innebär muntlig rådgivning. En muntlig rådgivning kan vara allt från ett strukturerat motiverande samtal till endast ett kort råd om att patienten bör öka sin aktivitet. Potentialen med nivå X är att alla vårdgivare vid alla lämpliga tillfällen kan ta upp frågan kring fysisk aktivitet. För patienten är det betydelsefullt med ett enhetligt budskap från alla vårdgivare den möter, dvs. att fysisk aktivitet är viktigt för hälsan. Det är vetenskapligt belagt att ett muntligt råd har effekt, men om det kombineras med en skriftlig ordination har det ännu bättre effekt. Patienten väljer själv vilken fysisk aktivitet som genomförs.

Slutsats

Det finns ingen studie som jämför de olika nordiska modellerna, så det saknas kunskap om någon metod är bättre än de andra. De nordiska modeller som har studerats vetenskapligt, har i samtliga fall lett till en ökad fysisk aktivitetsnivå (36, 38, 40, 42, 48, 50, 52, 54). Vidare indikerar studierna att MpR har likvärdig effekt som upprepade motiverande samtal (kan liknas med FaR®), sjukgymnastledda gruppträningar tre gånger i veckan i tre månader och uppföljningar (kan liknas med MpR) har bättre effekt än vanlig vård, FaR® har bättre effekt än generella skriftliga råd, Recept på fysisk aktivitet har bättre effekt än vanlig vård och registrering av fysisk aktivitet med feedback från sjukgymnast har bättre effekt än vanlig vård (36, 38, 40, 42, 48, 54, 60-61). Då det är mer resurskrävande med träning inom hälso- och sjukvårdens ram och det inte tycks ge bättre effekt än en individanpassad ordination, bör den

mer intensiva interventionen sparas till de patienter som verkligen behöver den formen av extra stöd. Det är viktigt att kombinera användningen av fysisk aktivitet på recept i klinisk vardag med fortsatt forskning. Förfinade inklusions och exklusionskriterier behöver utvecklas för vilka patienter som behöver och har mest nytta av olika nivåer av intervention. Det behövs även fler vetenskapliga studier av vilken effekt de olika interventionerna har på fysisk aktivitet respektive stillasittande som beteende. För att utnyttja samhällets resurser på bästa sätt gäller det att använda rätt insats till respektive patient. Det är därmed viktigt med en individuell anpassning av såväl ordinerad aktivitet som vilket stöd individen är i behov av.

Med utgångspunkt från dessa resultat bör hälso- och sjukvårdspersonal använda två nivåer av insatser till patienter som behöver öka sin fysiska aktivitet i förebyggande och/eller behandlande syfte. Till det stora flertalet erbjuds motiverande samtal med en individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet som patientens bedriver på egen hand (vardagsaktivitet och/eller organiserad aktivitet). För de patienter som behöver utökat stöd för att komma igång med fysisk aktivitet, erbjuds träningsgrupper inom vården som ett första steg. En individanpassad skriftlig ordination kan därefter underlätta övergången från strukturerad träning inom vården, till att individen blir varaktigt fysiskt aktiv på egen hand.

Länkar om fysisk aktivitet på recept i Norden

Norden
Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet http://www.nordically.org/sv/Ovriga-sidor/Natverkens-sidor/Nordisk-nettverk-for-fysisk-aktivitet-mat-og-sunnhet/

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap www.nhv.se

Danmark
Sundhedsstyrelsen http://www.sst.dk/
Se vidare via Sundhed og forebyggelse / Fysisk aktivitet / Motion på Recept
Sundhed og forebyggelse / Fysisk aktivitet / Fakta om fysisk aktivitet

Finland
Social och hälsovårdsministeriet
http://www.stm.fi/sv/valfard/halsoframjande/levnadsvanor/motion

Institutet för hälsa och välfärd http://www.thl.fi/sv_SE/web/sv

UKK-institutets motionskaka http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/63-motionskakan_09.pdf

Recept för fysisk aktivitet http://www.liikkumisresepti.net/

Norge
Helsedirektoratet. Tema: Fysisk aktivitet http://www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet/

Aktivitetshåndboken http://www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet/aktivitetshandboken/

Grønn resept http://www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet/gronn_resept/

Sverige
Statens folkhälsoinstitut www.fhi.se

Fysisk aktivitet på recept www.fhi.se/far

FYSS www.fyss.se

Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS)
http://www.natverket-hfs.se/node/519

Hälso- och sjukvårdens nationella nätverk för FaR®
www.orebroll.se/sv/Halsa-och-vard/Folkhalsa/Nationella-FaR-natverket/

Referenser

1. Nordic Council of Ministers. Health, food and physical activity. Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity. Copenhagen 2006. Report No.: ANP 2006:745.
2. Agerskov U, editor. Nordic Statistical Yearbook 2009. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2009.
3. Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2004. Integrating nutrition and physical activity. Copenhagen 2004. Rapport Nr: Nord 2004:13.
4. Jansson E, Anderssen AS. Allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet. In: Ståhle A, editor. FYSS 2008 -Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling: Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet 2008. FHI rapport 2008:4. p. 38-46. www.fyss.se.
5. Bahr R, editor. Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. : Helsedirektoratet. www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet; 2009.
6. Sundhedsstyrelsen Center for Forebyggelse. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. Pedersen BK, Saltin B, editors. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen Center for Forebyggelse,; 2003.
7. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneve 2010.
8. Finska Läkarföreningen Duodecim. God medicinsk praxis. [cited 2010 28:e februari]; Available from: www.kaypahoito.fi.
9. 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.
10. Sørensen J, Horsted C, Andersen LB. Modellering af potentielle sundhedsøkonomiske konsekvenser ved øget fysisk aktivitet i den voksne befolkning. Odense: CAST - Center for Anvendt undhedstjenesteforskning og Teknologivurdering. Syddansk Universitet 2005.
11. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10, Regeringen. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002).
12. Sundhedspakke 2009. Godt på vej mod et sundere Danmark – 8 store skridt der gør et godt sundhedsvæsen endnu bedre, Regeringen. (2009).
13. Politikprogrammet för hälsofrämjande Regeringen (Finland) (2007).
14. Social- och hälsovårdsministeriet Finland. Kvalitetsrekommendation för främjande av hälsa. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2007:16. Helsingfors 2008.
15. Helsedirektoratet. Norway and Health. An introduction. 2009.
16. Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge Folkehelsepolitikken, Helsedepartementet (2003).
17. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid, Helse- og omsorgsdepartementet (2009).
18. Regeringens proposition 2007/08:110: En förnyad folkhälsopolitik, (2008).
19. Willemann M. Motion på recept – en litteraturgennemgang med fokus på effekter og organisering København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen 2004.
20. Sundhedsstyrelsen. Resultatopsamling af Motion på Recept i Danmark. Köpenhamn 2010.

21. Gårn A. Seks års Motion på Recept i Danmark - historisk rids og fremtidige perspektiver. Dansk Sportsmedicin. 2008;12(3):6-9.
22. Miilunpalo S, Aittasalo M, (översättning till svenska Cia Törnblom). Handbok för Recept för fysisk aktivitet (Liikkumiresepti). Tammerfors 2002. http://www.liikkumisresepti.net/.
23. Engedal B, Lærum G, Bjørnsgaard A, Fröystein O, Forsberg K. Oppfølgingssystemer til «Grønn resept» 2004-2008. Anbefalinger fra Buskerud, Nordland, Oppland, Troms og Vest-Agder 2008.
24. Hellénius M-L. Prevention of cardiovascular disease : studies on the role of diet and exercise in the prevention of cardiovascular disease among middle-aged men. Doctoral thesis: Karolinska Institutet; 1995.
25. Hellenius M-L, Arborelius E. Motion på recept kan hjälpa patienten ändra sina vanor. Läkartidningen. 1999;96:3343-6.
26. Hagberg LA, Lindahl B, Nyberg L, Hellénius ML. Importance of enjoyment when promoting physical exercise. Scand J Med Sci Sports. 2009;19(5):740-7.
27. Nyberg L. Må Bra-projekt i Karlskoga Fysisk aktivitet i primärvården. Svensk Idrottsmedicin. 2007(2):14-9.
28. Kallings LV, Leijon M. Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept, FaR. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 2003. Rapport Nr: 2003:53.
29. Working group set up by the Finnish Medical Society Duodecim and the Executive Board of Current Care, Antero Kesäniemi, Jyrki Kettunen, Eeva Ketola, Urho Kujala, Katriina Kukkonen-Harjula, et al. Physical activity and exercise training for adults in sickness and in health (online). Current Care Summary 2008 (referred 28 February 2010): Available from: www.kaypahoito.fi.
30. SISU Idrottsutbildarna. Utbildningsplan för dig som är arrangör av FaR®-ledarutbildning. 2008.
31. Faskunger J, Leijon M, Ståhle A, Lamming P. Fysisk aktivitet på recept (FaR) - en vägledning för implementering. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. 2007. Rapport 2007:01.
32. Nilsson L. Nätverk som utvecklingskraft En utvärdering av Hälso- och sjukvårdens nationella nätverk för FaR. : Örebro läns landsting, Samhällsmedicinska enheten 2010. Nota Bene Nr 33.
33. Kallings LV. Pilottest av ny nationell receptblankett för FaR® -Delrapport Landstinget Uppsala län (Hälso- och Sjukvårdens nationella nätverk för fysisk aktivitet på recept, FaR®). Uppsala: Landstinget Uppsala län. Primärvårdens FFoU-centrum. www.lul.se 2010.
34. SBU. Metoder för att främja fysisk aktivitet : en systematisk litteraturöversikt. Stockholm Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2007. SBU rapport 181.
35. Kallings L, Lingfors H. Rådgivning och samtal som metod för att främja fysisk aktivitet. Svensk Idrottsmedicin. 2007(4):8-10.
36. Sørensen JB. The effect of intervention with "Exercise on Prescription" on physical activity, fitness and health in sedentary patients with lifestyle diseases. Doctoral thesis. Odense: University of Southern Denmark; 2008.
37. Sørensen JB, Kragstrup J, Kjær K, Puggaard L. Exercise on Prescription: trial protocol and evaluation of outcomes. BMC Health Serv Res 2007;7(36).
38. Sørensen JB, Kragstrup J, Skovgaard T, Puggaard L. Exercise on prescription: a randomized study on the effect of counseling vs counseling and supervised exercise. Scand J Med Sci Sports. 2008;18(3):288-97.

39. Bredahl TVG. Adherence to physical activity– Psychological aspects in "Prescribed Exercise" and "Motivational counselling". Doctoral thesis. : University of Southern Denmark; 2010.
40. Aittasalo M. Promoting physical activity of working aged adults with selected personal approaches in primary health care. Feasibility, effectiveness and an example of nationwide dissemination. Doctoral Thesis. Jyväskylä: University of Jyväskylä; 2008.
41. Aittasalo M, Miilunpalo S, Stahl T, Kukkonen-Harjula K. From innovation to practice: initiation, implementation and evaluation of a physician-based physical activity promotion programme in Finland. Health Promot Int. 2007 March 1, 2007;22(1):19-27.
42. Aittasalo M, Miilunpalo S, Kukkonen-Harjula K, Pasanen M. A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. Prev Med. 2006;42(1):40-6.
43. Helgerud J, Eithun G. Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune Nordland fylke 2010.
44. Bringedal B, Aasland OG. Legers bruk og vurdering av grønn resept. Tidsskr Nor Lægeforen 2006;126(8):1036-8.
45. Bringedal B, Aasland OG. Legers bruk og vurdering av Grønn resept ordningen: Legeforeningens Forskningsinstitutt 2005 Contract No.: 8.
46. Båtevik FO, Tønnesen A, Barstad J, Bergem R, Aarflot U. Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald. Volda: Møreforsking 2008. Report No.: Arbeidsrapport nr. 225.
47. Blom EE. Trening på Resept [Master thesis]. Oslo: Norges idrettshøgskole; 2008.
48. Kallings LV. Physical Activity on Prescription -Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors. Doctoral Thesis. Stockholm: Karolinska Institutet; 2008. http://diss.kib.ki.se/2008/978-91-7409-111-3/.
49. Leijon M. Activating People -Physical activity in the general population and referral schemes among primary health care patients in a Swedish county. Linköping Linköping University Medical Dissertations No. 1096; 2009.
50. Kallings LV, Leijon M, Hellenius ML, Stahle A. Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. Scand J Med Sci Sports. 2008;18(2):154-61.
51. Leijon ME, Bendtsen P, Nilsen P, Ekberg K, Stahle A. Physical activity referrals in Swedish primary health care - prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions, and prescribed activities. BMC Health Serv Res. 2008;8(1):201.
52. Leijon ME, Bendtsen P, Nilsen P, Festin K, Ståhle A. Does a physical activity referral scheme improve the physical activity among routine primary health care patients? Scand J Med Sci Sports. 2009;19(5):627-36.
53. Kallings LV, Leijon ME, Kowalski J, Hellenius ML, Stahle A. Self-Reported Adherence: A Method for Evaluating Prescribed Physical Activity in Primary Health Care Patients. J Phys Act Health. 2009;6:483-92.
54. Kallings LV, Sierra Johnson J, Fisher RM, de Faire U, Stahle A, Hemmingsson E, et al. Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body composition and cardiometabolic risk factors: results from a randomized controlled trial. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2009;16(1):80-4.
55. Hagberg LA, Lindholm L. Is promotion of physical activity a wise use of societal resources? Issues of cost-effectiveness and equity in health. Scand J Med Sci Sports. 2005;15(5):304-12.
56. Hagberg L. Cost-effectiveness of the promotion of physical activity in health care. Doctoral thesis. Umeå: Umeå University; 2007.

57. Romé Å, Persson U, Ekdahl C, Gard G. Physical activity on prescription (PAP): Costs and consequences of a randomized, controlled trial in primary healthcare. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2009;27(4):216-22.
58. Romé Å, Persson U, Ekdahl C, Gard G. Willingness to pay for health improvements of physical activity on prescription. Scand J Public Health. 2010;38(2):151-9.
59. Eriksson KM. A 3-year lifestyle intervention in primary health care: effects on physical activity, cardiovascular risk factors, quality of life and cost-effectiveness. Doctoral Thesis. Umeå: Umeå universitet; 2010.
60. Eriksson KM, Westborg C-J, Eliasson MCE. A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. Scand J Public Health. 2006;34(5):453 - 61.
61. Eriksson MK, Franks PW, Eliasson M. A 3-Year Randomized Trial of Lifestyle Intervention for Cardiovascular Risk Reduction in the Primary Care Setting: The Swedish Björknäs Study. PLoS ONE. 2009;4(4):e5195.

Bilaga 1. Medverkande personer

Författare till rapporten är Lena Kallings, Med Dr, gästlärare vid Uppsala Universitet och affilierad post doc forskare vid Karolinska Institutet, Sverige. Lena Kallings står för materialet från Sverige, har bearbetat underlagsmaterial från övriga länder och analyserat allt material. Kontakt lena.kallings@pubcare.uu.se

Följande personer har bidragit till rapporten med underlagstexter och/eller synpunkter:
Från Danmark:
Arne Gårn, Specialkonsulent, Region Syddanmark
Peter Aagaard, Projektledare, Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse

Från Finland:
Katriina Kukkonen-Harjula, docent, MD, UKK-institutet för hälsofrämjande (UKK Institute for Health Promotion Research).
Minna Aittasalo, PhD., UKK-institutet för hälsofrämjande (UKK Institute for Health Promotion Research).
Per Lindroos, programchef för Livsstilsfrågor, Folkhälsans förbund.

Från Norge:
Ellen Blom, rådgivare, Helsedirektoratet.
Geir Lærum, rådgivare FYSAK, Nordland fylkeskommune.

Från Sverige:
Lillemor Nyberg, läkare Örebro läns landsting, doktorand Karolinska Institutet.
Eva Söderberg, utredare fysisk aktivitet, Statens folkhälsoinstitut

Peer-review granskning av rapporten:
Jes Bak Sørensen, PhD, Århus Kommune, Danmark

Bilaga 2. Strukturella förutsättningar för fysisk aktivitet på recept i de olika länderna

	Danmark	Finland	Norge	Sverige
Centrala aktörer				
Nationell nivå	Ingen national koordinering, utveckling eller samordning	Social- och hälsovårdsministeriet; Institutet för hälsa och välfärd (THL)	Helsedirektoratet stöttar utveckling och arbetar för en nationell modell "Frisklivsresept"	Samordning. Statens folkhälsoinstitut, SKL, YFA, nätverket HFS, Hälso- och sjukvårdens nationella nätverk för FaR, Riksidrottsförbundet/SISU idrottsutbildarna
Landsting/region/fylke	Förskrivning (allmänläkarna är organiserade under regionerna)	Nej	Fylkeskommuner ger ekonomiskt stöd och både fylkeskommunen och fylkesmannen ger sakkunnigt och till de kommunala frisklivssentralerna.	Ansvariga. Varje landsting har självbestämmande om hur FaR ska utformas i just det landstinget. De flesta landsting finns minst en tjänsteman som är ansvarig för att samordna FaR-arbetet.
Kommuner	Ansvarar för MpR. Kommunerna håller i träningsgrupper.	Huvudansvariga, via primärvården	Kommuner avgör om/hur de ska arbeta med Frisklivssentral. Frisklivssentraler har hälsosamtal och uppföljande samtal med patienter, erbjuder gruppbaserad fysisk aktivitet, matkurser, rökavvänjningskurser och samarbetar med lag/föreningar/kommersiellt utbud	Nej

Aktivitetsarrangörer/ frivilliga aktörer	Nej	Genom service kedja från hälso- och sjukvården till träningsinstruktörer anställda av samhället (mestadels av kommuner), den privata sektorn eller av patientföreningar.	Ja, genom uppföljning eller utslussning till frivilligsektorn eller kommersiella aktörer. Sker i samarbete med frisklivssentralen	Ja, viktiga aktörer för att stötta individer som fått FaR till ökad aktivitet. I de flesta landsting/regioner (12/21 har upprätta speciella avtal med Distriktidrottsförbunden) finns en part utsedd att sammanställa aktivitetslistor med lämpliga aktiviteter för FaR-patienter dessutom ansvarar denna part för att arrangera FaR-ledarutbildningar riktade till dem som leder FaR-aktiviteterna.
Läkemedelskommitté	Ingen samordning	Nej	Nej	Många landsting har samarbete med sin regionala läkemedelskommitté
Övriga			Rehabilitering/ habilitering (både i specialistvården och i kommunehelsetjenste). NAV (den norske Arbeids- og velferdsforvaltningen). Rehabiliteringsverksamhet.	
Styrande dokument				
Nationell nivå	Nej	Regeringens program för hälsofrämjande, Nationellt program för prevention av typ 2 diabetes, kliniska riktlinjer (fysisk aktivitet av God medicinsk praxis)	Stortingsmelding 16 (2002-2003), Resept for et sunnere Norge. Stortingsmedlding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen; Nationella handlingsplaner for fysisk aktivitet och bättre matvanor.	Folkhälsopropositionen, Hälso- och sjukvårdslagen, Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vården

Landsting/region	Nej	Nej	Fylkesplan; handlingsplan for folkhälsoarbete (län/fylkesnivå)	De flesta landsting har folkhälsoplaner, riktlinjer eller motsvarande, vårdplaner, läkemedelskommitté
Kommuner	Har sin egen hälsopolitik, där MpR ofta ingår	Lokala hälsostrategier inkluderar ofta hur fysisk aktiviteten ska främjas i befolkningen	Kommunplan, och under den handlingsplan for folkhälsa och handlingsplan for fysisk aktivitet och naturupplevelser	
Aktivitetsarrangörer/ frivilliga aktörer	Frivilliga idrottsförbund vill ha en starkare folkhälsoprofil, men har inget landstäckande strukturerat samarbete med kommunerna		Nej	Riksidrottsförbundet verksamhetsplan ”Idrotten vill” och ”Idrott hela livet”. Många distriktidrottsförbund och föreningar har inskrivit i sina verksamhetsplaner.
Vårdnivå				
Primärvård	Ja - allmänläkare hänvisar till kommunens MpR utbud	Ja (inkluderar även företagshälsovård), primärvård är kommunens ansvar	Ja (se punkt om kommunal vård)	Ja
Specialistvård (sjukhus)	Nej	Möjlig	Ja, i mindre grad, under utveckling i vissa kommuner	Ja
Kommunal vård	Ja	Primärvård är kommunens ansvar	Ja, Frisklivssentralen är en del av kommunehelsetjensten. Primärvård och kommunal vård = kommunehelsetjeneste i Norge	Försöksverksamhet

Förskrivare				
Förskrivande professioner	Allmänläkare	Läkare (och sjukgymnaster, sjuksköterskor om lokalt överenskommet)	Grønn resept: Allmänläkare. I nya Frisklivsresept modellen: läkare, annan hälso- och sjukvårdspersonal og NAV (den norske Arbeids- og velferdsforvaltningen). På försök även rehabiliteringsföretag	All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har tillräcklig kunskap om hälsofrämjande fysisk aktivitet och patientens hälsostatus + kan även ske på delegation (icke legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan få rätt att förskriva) i vissa landsting
Journalföring				
	Nej	Ska journalföras	Ska journalföras.	Ska journalföras
Pappersjournal	Nej	Ja	Ingen egen journalmall for Frisklivsresept eller Grønn resept hos läkaren. Förs in i ordinarie journal	Ser olika ut mellan och inom olika landsting. Det finns stort antal olika elektroniska journalsystem bruk.
Elektronisk journal	(allmänläkare för alltid elektronisk journal, men inget specifikt för Motion på Recept)	Ett nationellt elektroniskt system håller på att utarbetas		
Receptblankett				
Enhetlig nationellt	Nej - ingen national samordning med speciell MpR-blankett. Eventuell speciell blankett utarbetas av respektive kommuns projekt.	Ja	Under utveckling	Nej. Respektive landsting har vidareutvecklat den tidigare nationella blanketten. Arbete pågår för att ta fram nytt enhetligt elektroniskt recept.
Pappersrecept	Nej. Ingen specifik för MpR	Ja	Ja	Ser olika ut mellan och inom olika landsting. Vissa landsting har enhetliga och andra har en pappersversion och en elektronisk
Finns elektronisk i journalsystemet		Nej, utveckling pågår	Ja, till viss del, ska utvecklas	

Patientgrupper				
Vuxna (18 år +)	Ja	Ja	Ja	Ja
Ungdomar	Nej	Ja	I liten grad	i liten omfattning
Barn	Nej	Ja (i princip)	Försöksverksamhet	Försöksverksamhet
Specifika grupper (ange vilka)	Varierar mellan kommuner, men vanligen metabolt syndrom, diabetes typ II och olika hjärtsjukdomar	Största patientgrupperna är: metabolt syndrom eller enstaka kardiovaskulära risk faktorer; muskuloskeletala symptom; psykisk ohälsa	Grønn resept: högt blodtryck eller diabetes typ 2 utan medikamentell behandling	Nej
Alla med behov av ökad FA	Nej - diagnosspecifikt. Men i princip alla vuxna patienter som är fysiskt inaktiva och har, eller riskerar att utveckla inaktivitetsrelaterad livsstilssjukdom	Ja	I nya Frisklivsresept modellen (jmf. råd i Aktivitetshåndboken)	Ja
Finansiering				
Specifik ersättning till förskrivare	Nej, ingen specifik för MpR. Allmänläkare får dock högre arvode för förebyggande konsultationer, till vilka hänvisning till MpR kan räknas	Nej	Grønn resept: Speciell Grønn resept taxa (200 NOK). I nya Frisklivsresept modellen - ingen, annat än ordinarie tidstaxa	Nej
Ersättning till vårdenhet	Kommunen finansierar själv sitt utbud	Nej	I några fylker har man fått etableringsstöd	I vissa landsting
Patientavgift	Ingen avgift för konsultationen hos allmänläkare	Nej	200 kr pr termin för att delta i Frisklivsreseptordningen. 200-500 kr för att delta efter receptperioden	Ordinarie patientavgift vid förskrivning

Avgift för aktiviteten	Ser olika ut, i vissa projekt en deltagaravgift på ca 750 Dkr	Oftast ja (liten avgift)	Pat betalar ordinarie avgift för aktivitet utanför Frisklivssentralen, vissa aktivitetsarrangörer ger rabatt om Frisklivsresept	Pat betalar ordinarie avgift för aktivitet, vissa aktivitetsarrangörer ger rabatt om FaR
Utdata				
(dvs. vilka data kan tas ut från journalsystem eller på annat sätt)	Inga systematiska data om Motion på Recept, eftersom det inte handlar om ett landstäckande standardiserat tjänst hos allmänläkare	De flesta primärvårdsenheter har ett elektroniskt journalsystem, varifrån data kan inhämtas.	Antal Grønn resept från receptregister och journalsystem från frisklivssentral: ålder, kön, motivationsgrad, funktion, självupplevd hälsa, självrapporterad fysisk aktivitetsnivå, ibland fysisk kapacitet	Ser i dagsläget olika ut mellan olika landsting. De flesta kan få fram; antal recept, kön och ålder hos den som fått FaR samt profession på förskrivare. Några kan få fram förskrivningsorsak, typ av aktivitet, dosering mm.
Antal recept utfärdade per år	Inga data	Inga data – antagligen mycket få	Grønn resept 30 000 år 2008, Antal hänvisningar till frisklivsresept per fylke (baserat på 5 testfylker) 2 500-3 000 recept 2008	Stark ökning. 2007 ca 17 000 och 2009 ca 30 000

Bilaga 3. Organisering av fysisk aktivitet på recept

Land	Modellens namn	Hänvisning/förskrivning sker av	Motiverande samtal/hälsosamtal sker av
Danmark	Motion på recept (MPR)	Allmänläkare	Kommunalt anknutna tränigsinstruktörer, oftast sjukgymnast# (kan även vara delegerat till privat sjukgymnast)
	MPR med motionsvejleder	Allmänläkare	Kommunalt anknutna sjukgymnaster eller en sepciell motionsvägledare
	Motionskonsortier	Allmänläkare	sjukgymnast eller annan hälso- och sjukvårdspersonal
	Motion på opfordring	(Allmänläkare rekommenderar)	sker inte
Finland	Recept för fysisk aktivitet (Liikkumisresepti)	Läkare (och sjukgymanster, sjuksköterskor om loklat överenskommet)	Inleds av förskrivande läkare och forsätts av sjukgymnast eller träningsinstruktör
	Recept för fysisk aktivitet: Gruppfyllning i Söder Österbotten	Läkare (en grupp av potentiella patienter samlas ihop av sjuksköterska för att lyssna på läkares instruktion)	Läkare (eller sjukgymnast, sjuksköterska)
	Fysiotek	Läkare	Fysiotekarie (sjukgymnast)
Norge	Grønn resept	Allmänläkare (i primärvård)	Ingen
	Frisklivsresept	Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, NAV (den norske Arbeids- og velferdsforvaltningen)	Person med MI-kompetans på Frisklivssentral
	Fysiotek	Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, NAV (den norske Arbeids- og velferdsforvaltningen)	Person med MI-kompetans på Fysiotek
Sverige	Fysisk aktivitet på recept (FaR)	Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	den som ordinerar FaR
	FaR med lotsning inom vården	Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	Annan vårdpersonal (FaR samordnare/FaR-lots)
	FaR med lotsning utanför vården	Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	Den som ordinerar FaR samt extra stöd av lots som landstinget har avtal med, oftast det regionala idrottsförbundet

Land	Modellens namn	Aktiviteten sker i form av	Aktiviteten sker inom vården	Aktiviteten sker utanför vården
Danmark	Motion på recept (MPR)	Organsierad, strukturerad träning arrangerat av kommunen + egen aktivitet	Ja	Nej
	MPR med motionsvejleder	Organsierad, strukturerad träning arrangerat av kommunen + egen aktivitet	Ja	Nej
	Motionskonsortier	Organsierad, strukturerad träning arrangerat av konsortium av hälso- och sjukvårdspersonal och frivilligorganisationer	Ja - delvis	Ja - delvis
	Motion på opfordring	frivilligorganisationer, idrottsföreningar	Nej	Ja
Finland	Recept för fysisk aktivitet (Liikkumisresepti)	Egen aktivitet och/eller organiserad gruppaktivitet	Nej (eller sällsynta fall)	Ja
	Recept för fysisk aktivitet: Gruppfyllning i Söder Österbotten	Egen aktivitet och/eller organiserad gruppaktivitet	Nej (eller sällsynta fall)	Ja
	Fysiotek	Egen aktivitet och/eller organiserad aktivitet	nej	Ja
Norge	Grønn resept	Egen aktivitet/patienten väljer själv	nej	ja
	Frisklivsresept	Egen aktivitet och/eller organiserad aktivitet	ja	beror på vad patienten önskar
	Fysiotek	Egen aktivitet och/eller organiserad aktivitet	nej	ja
Sverige	Fysisk aktivitet på recept (FaR)	Egen aktivitet och/eller organiserad aktivitet	nej	ja
	FaR med lotsning inom vården	Egen aktivitet och/eller organiserad aktivitet	nej	ja
	FaR med lotsning utanför vården	Egen aktivitet och/eller organiserad aktivitet	nej	ja

Land	Modellens namn	Hur länge pågår den ordinerade aktiviteten?	Fortsatt aktivitet sker i
Danmark	Motion på recept (MPR)	Vanligen i 4 månader	Egen aktivitet och/eller frivillorganisationer/kommerciella aktörer
	MPR med motionsvejleder	Vanligen i 4 månader	Egen aktivitet och/eller frivillorganisationer/kommerciella aktörer
	Motionskonsortier	Vanligen i 4 månader	Egen aktivitet och/eller frivillorganisationer/kommerciella aktörer
	Motion på opfordring	Ingen tidsbegränsad period	Idrottsförening
Finland	Recept för fysisk aktivitet (Liikkumisresepti)	Individuellt anpassat	antingen förnyad FaR om patienten behöver, annars är det patientens eget ansvar
	Recept för fysisk aktivitet: Gruppfyllning i Söder Österbotten	Individuellt anpassat	antingen förnyad FaR om patienten behöver, annars är det patientens eget ansvar
	Fysiotek	3 månader	antingen förnyad FaR om patienten behöver, annars är det patientens eget ansvar
Norge	Grønn resept	Individuelt anpassat, så länge patienten vill	antingen förnyad Grønn resept om patienten behöver (max 2 gånger per år och patient), annars är det patientens eget ansvar
	Frisklivsresept	3 månaders uppföljningsperiod med möjlighet till flera perioder	antingen förnyad Frisklivsresept om patienten behöver, eller i regi av andre lag/foreninger, annars är det patientens eget ansvar
	Fysiotek	3 månaders uppföljningsperiod med möjlighet till flera perioder	antingen förnyad FaR om patienten behöver, annars är det patientens eget ansvar
Sverige	Fysisk aktivitet på recept (FaR)	Individuellt anpassat	antingen förnyad FaR om patienten behöver, annars är det patientens eget ansvar
	FaR med lotsning inom vården	Individuellt anpassat	antingen förnyad FaR om patienten behöver, annars är det patientens eget ansvar
	FaR med lotsning utanför vården	Individuellt anpassat	antingen förnyad FaR om patienten behöver, annars är det patientens eget ansvar

Land	Modellens namn	Uppföljning av aktiviteten sker av	Medicinsk uppföljning sker av
Danmark	Motion på recept (MPR)	Hälsosamtal av träningsinstruktören (sjukgymanst)	Icke systematiskt, men allmänläkren kan följa upp
	MPR med motionsvejleder	Flere hälsosamtal hos motionsvägledaren	Icke systematiskt, men allmänläkren kan följa upp
	Motionskonsortier	Hälsosamtal av träningsinstruktören (sjukgymanst)	Icke systematiskt, men allmänläkren kan följa upp
	Motion på opfordring	Nej	Icke systematiskt, men allmänläkren kan följa upp
Finland	Recept för fysisk aktivitet (Liikkumisresepti)	Förskrivande läkare och/eller sjukgymnast eller träningsinstruktör	Förskrivande läkare
	Recept för fysisk aktivitet: Gruppfyllning i Söder Österbotten	Förskrivande läkare och/eller sjukgymnast eller träningsinstruktör	Förskrivande läkare
	Fysiotek	fysiotekarien	den som ordinerat
Norge	Grønn resept	Den som ordinerat (läkaren)	Den som ordinerat (läkaren)
	Frisklivsresept	Frisklivssentralen	Den som ordinerat (läkaren eller den hälso- och sjukvårdspersonal som ordinerade)
	Fysiotek	Fysioteket	Den som ordinerat (läkaren eller den hälso- och sjukvårdspersonal som ordinerade)
Sverige	Fysisk aktivitet på recept (FaR)	den som ordinerat	den som ordinerat
	FaR med lotsning inom vården	Av FaR-samordnaren/ lotsen som återrapporterar till förskrivaren	den som ordinerat
	FaR med lotsning utanför vården	Av lotsen som återrapporterar till förskrivaren	den som ordinerat

Förteckning över NHV-rapporter

1983

1983:1 Hälsa för alla i Norden år 2000. Föredrag presenterade på en konferens vid Nordiska hälsovårdshögskolan 7–10 september 1982.

1983:2 Methods and Experience in Planning for Family Health – Report from a seminar. Harald Heijbel & Lennart Köhler (eds).

1983:3 Accident Prevention – Report from a seminar. Ragnar Berfenstam & Lennart Köhler (eds).

1983:4 Självmord i Stockholm – en epidemiologisk studie av 686 konsekutiva fall. Thomas Hjortsjö. Avhandling.

1984

1984:1 Långvarigt sjuka barn – sjukvårdens effekter på barn och familj. Andersson, Harwe, Hellberg & Syréhn. (FoU-rapport/shstf:14). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.

1984:2 Intersectoral Action for Health – Report from an International Workshop. Lennart Köhler & John Martin (eds).

1984:3 Barns hälsotillstånd i Norden. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.

1985

1985:1 Hälsa för äldre i Norden år 2000. Mårten Lagergren (red).

1985:2 Socialt stöd åt handikappade barn i Norden. Mats Eriksson & Lennart Köhler. Distribueras av Allmänna Barnhuset, Box 26006, SE-100 41 Stockholm.

1985:3 Promotion of Mental Health. Per-Olof Brogren.

1985:4 Training Health Workers for Primary Health Care. John Martin (ed).

1985:5 Inequalities in Health and Health Care. Lennart Köhler & John Martin (eds).

1986

1986:1 Prevention i primärvården. Rapport från konferens. Harald Siem & Hans Wedel (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.

1986:2 Management of Primary Health Care. John Martin (ed).

1986:3 Health Implications of Family Breakdown. Lennart Köhler, Bengt Lindström, Keith Barnard & Houda Itani.

1986:4 Epidemiologi i tandvården. Dorthe Holst & Jostein Rise (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.

1986:5 Training Course in Social Pediatrics. Part I. Lennart Köhler & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

1987

1987:1 Children's Health and Well-being in the Nordic Countries. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Ingår i serien Clinics in Developmental Medicine, No 98 och distribueras av Blackwell Scientific Publications Ltd, Oxford. ISBN (UK) 0 632 01797X.

1987:2 Traffic and Children's Health. Lennart Köhler & Hugh Jackson (eds).

1987:3 Methods and Experience in Planning for Health. Essential Drugs. Frants Staugård (ed).

1987:4 Traditional midwives. Sandra Anderson & Frants Staugård.

1987:5 Nordiska hälsovårdshögskolan. En historik inför invigningen av lokalerna på Nya Varvet i Göteborg den 29 augusti 1987. Lennart Köhler (red).

1987:6 Equity and Intersectoral Action for Health. Keith Barnard, Anna Ritsatakis & Per-Gunnar Svensson.

1987:7 In the Right Direction. Health Promotion Learning Programmes. Keith Barnard (ed).

1988

1988:1 Infant Mortality – the Swedish Experience. Lennart Köhler.

1988:2 Familjen i välfärdsstaten. En undersökning av levnadsförhållanden och deras fördelning bland barnfamiljer i Finland och övriga nordiska länder. Gunborg Jakobsson. Avhandling.

1988:3 Aids i Norden. Birgit Westphal Christensen, Allan Krasnik, Jakob Bjørner & Bo Eriksson.

1988:4 Methods and Experience in Planning for Health – the Role of Health Systems Research. Frants Staugård (ed).

1988:5 Training Course in Social Pediatrics. Part II. Perinatal and neonatal period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).

1988:6 Äldretandvård. Jostein Rise & Dorthe Holst (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.

1989

1989:1 Rights, Roles and Responsibilities. A view on Youth and Health from the Nordic countries. Keith Barnard.

1989:2 Folkhälsovetenskap. Ett nordiskt perspektiv. Lennart Köhler (red).

1989:3 Training Course in Social Pediatrics. Part III. Pre-School Period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

1989:4 Traditional Medicine in Botswana. Traditional Medicinal Plants. Inga Hedberg & Frants Staugård.

1989:5 Forsknings- och utvecklingsverksamhet vid Nordiska hälsovårdshögskolan. Rapport till Nordiska Socialpolitiska kommittén.

1989:6 Omstridda mödrar. En studie av mödrar som förtecknats som förståndshandikappade. Evy Kollberg. Avhandling.

1989:7 Traditional Medicine in a transitional society. Botswana moving towards the year 2000. Frants Staugård.

1989:8 Rapport fra Den 2. Nordiske Konferanse om Helseopplysning. Bergen 4–7 juni 1989. Svein Hindal, Kjell Haug, Leif Edvard Aarø & Carl-Gunnar Eriksson.

1990

1990:1 Barn och barnfamiljer i Norden. En studie av välfärd, hälsa och livskvalitet. Lennart Köhler (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.

1990:2 Barn och barnfamiljer i Norden. Teknisk del. Lennart Köhler (red).

1990:3 Methods and Experience in Planning for Health. The Role of Women in Health Development. Frants Staugård (ed).

1990:4 Coffee and Coronary Heart Disease, Special Emphasis on the Coffee – Blood Lipids Relationship. Dag S. Thelle & Gerrit van der Stegen (eds).

1991

1991:1 Barns hälsa i Sverige. Kunskapsunderlag till 1991 års Folkhälsorapport. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).

1991:2 Health Policy Assessment – Proceedings of an International Workshop in Göteborg, Sweden, February 26 – March 1, 1990. Carl-Gunnar Eriksson (ed). Distributed by Almqvist & Wiksell International, Box 638, SE-101 28 Stockholm.

1991:3 Children's health in Sweden. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Distributed by Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).

1991:4 Poliklinikker og dagkururgi. Virksomhetsbeskrivelse for ambulent helsetjeneste. Monrad Aas.

1991:5 Growth and Social Conditions. Height and weight of Stockholm schoolchildren in a public health context. Lars Cernerud. Avhandling.

1991:6 Aids in a caring society – practice and policy. Birgit Westphal Victor. Avhandling

1991:7 Resultat, kvalitet, valfrihet. Nordisk hälsopolitik på 90-talet. Mats Brommels (red). Distribueras av nomesko, Sejrøgade 11, DK-2100 København.

Förteckning över NHV-rapporter

1992

1992:1 Forskning om psykiatrisk vårdorganisation – ett nordiskt komparativt perspektiv. Mats Brommels, Lars-Olof Ljungberg & Claes-Göran Westin (red). sou 1992:4. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna förlaget).

1992:2 Hepatitis virus and human immunodeficiency virus infection in dental care: occupational risk versus patient care. Flemming Scheutz. Avhandling.

1992:3 Att leda vård – utveckling i nordiskt perspektiv. Inga-Maja Rydholm. Distribueras av shstf-material, Box 49023, SE-100 28 Stockholm.

1992:4 Aktion mot alkohol och narkotika 1989–1991. Utvärderingsrapport. Athena. Ulla Marklund.

1992:5 Abortion from cultural, social and individual aspects. A comparative study, Italy – Sweden. Marianne Bengtsson Agostino. Avhandling.

1993

1993:1 Kronisk syke og funksjonshemmede barn. Mot en bedre fremtid? Arvid Heiberg (red). Distribueras av Tano Forlag, Stortorget 10, NO-0155 Oslo.

1993:2 3 Nordiske Konference om Sundhedsfremme i Aalborg 13 – 16 september 1992. Carl-Gunnar Eriksson (red).

1993:3 Reumatikernas situation i Norden. Kartläggning och rapport från en konferens på Nordiska hälsovårdshögskolan 9 – 10 november 1992. Bjarne Jansson & Dag S. Thelle (red).

1993:4 Peace, Health and Development. A Nobel seminar held in Göteborg, Sweden, December 5, 1991. Jointly organized by the Nordic School of Public Health and the University of Göteborg with financial support from SAREC. Lennart Köhler & Lars-Åke Hansson (eds).

1993:5 Hälsopolitiska jämlikhetsmål. Diskussionsunderlag utarbetat av WHOs regionkontor för Europa i Köpenhamn. Göran Dahlgren & Margret Whitehead. Distribueras gratis.

1994

1994:1 Innovation in Primary Health Care of Elderly People in Denmark. – Two Action Research Projects. Lis Wagner. Avhandling.

1994:2 Psychological stress and coping in hospitalized chronically ill elderly. Mary Kalfoss. Avhandling.

1994:3 The Essence of Existence. On the Quality of Life of Children in the Nordic countries. Theory and Pracitice. Bengt Lindström. Avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

1995

1995:1 Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid. Jan Kåre Hummelvoll. Avhandling.

1995:2 Child Health in a Swedish City – Mortality and birth weight as indicators of health and social inequality. Håkan Elmén. Avhandling.

1995:3 Forebyggende arbeid for eldre – om screening, funn, kostnader og opplevd verdi. Grethe Johansen. Avhandling.

1995:4 Clinical Nursing Supervision in Health Care. Elisabeth Severinsson. Avhandling.

1995:5 Prioriteringsarbete inom hälso- och sjukvården i Sverige och i andra länder. Stefan Holmström & Johan Calltorp. Spri 1995. Distribueras av Spris förlag, Box 70487, SE-107 26 Stockholm.

1996

1996:1 Socialt stöd, livskontroll och hälsa. Raili Peltonen. Socialpolitiska institutionen, Åbo Akademi, Åbo, 1996.

1996:2 Recurrent Pains – A Public Health Concern in School – Age Children. An Investigation of Headache, Stomach Pain and Back Pain. Gudrún Kristjánsdóttir. Avhandling.

1996:3 AIDS and the Grassroots. Frants Staugård, David Pitt & Claudia Cabrera (red).

1996:4 Postgraduate public health training in the Nordic countries. Proceedings of seminar held at The Nordic School of Public Health, Göteborg, January 11 – 12, 1996.

1997

1997:1 Victims of Crime in a Public Health Perspective – some typologies and tentative explanatory models (Brottsoffer i ett folkhälsoperspektiv – några typologier och förklaringsmodeller). Barbro Renck. Avhandling. (Utges både på engelska och svenska.)

1997:2 Kön och ohälsa. Rapport från seminarium på Nordiska hälsovårdshögskolan den 30 januari 1997. Gunilla Krantz (red).

1997:3 Edgar Borgenhammar – 65 år. Bengt Rosengren & Hans Wedel (red).

1998

1998:1 Protection and Promotion of Children's Health – experiences from the East and the West. Yimin Wang & Lennart Köhler (eds).

1998:2 EU and Public Health. Future effects on policy, teaching and research. Lennart Köhler & Keith Barnard (eds) 1998:3 Gender and Tuberculosis.
Vinod K. Diwan, Anna Thorson, Anna Winkvist (eds)

Förteckning över NHV-rapporter

Report from the workshop at the Nordic School of Public Health, May 24-26, 1998.

1999

1999:1 Tipping the Balance Towards Primary Healthcare Network. Proceedings of the 10th Anniversary Conference, 13-16 November 1997. Editor: Chris Buttanshaw.

1999:2 Health and Human Rights. Report from the European Conference held in Strasbourg 15-16 mars 1999. Editor: Dr. med. Stefan Winter.

1999:3 Learning about health: The pupils' and the school health nurses' assessment of the health dialogue. Ina Borup. DrPH-avhandling.

1999:4 The value of screening as an approach to cervical cancer control. A study based on the Icelandic and Nordic experience through 1995. Kristjan Sigurdsson. DrPH-avhandling.

2000

2000:1 Konsekvenser av urininkontinens sett i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. En studie om livskvalitet hos kvinner og helsepersonells holdninger. Anne G Vinsnes. DrPH-avhandling.

2000:2 A new public health in an old country. An EU-China conference in Wuhan, China, October 25-29, 1998. Proceedings from the conference. Lennart Köhler (ed)

2000:3 Med gemenskap som grund - psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Birgitta Hedelin. DrPH-avhandling.

2000:4 ASPHER Peer Review 1999. Review Team: Jacques Bury, ASPHER, Franco Cavallo, Torino and Charles Normand, London.

2000:5 Det kan bli bättre. Rapport från en konferens om barns hälsa och välfärd i Norden. 11-12 november 1999. Lennart Köhler. (red)

2000:6 Det är bra men kan bli bättre. En studie av barns hälsa och välfärd i de fem nordiska länderna, från 1984 till 1996. Lennart Köhler, (red)

2000:7 Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning – en delikat balansakt. Lilian Axelsson. DrPH-avhandling.

2000:8 Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996. Leeni Berntsson. DrPH-avhandling.

2000:9 Health Impact Assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Göteborg, 28 - 30 October 1999.

2001

2001:1 The Changing Public-Private Mix in Nordic Healthcare - An Analysis John Øvretveit.

Förteckning över NHV-rapporter

2001:2 Hälsokonsekvensbedömningar – från teori till praktik. Rapport från ett internationellt arbetsmöte på Nordiska hälsovårdshögskolan den 28-31 oktober 1999. Björn Olsson, (red)

2001:3 Children with asthma and their families. Coping, adjustment and quality of life. Kjell Reichenberg. DrPH-avhandling.

2001:4 Studier av bruket av dextropropoxifen ur ett folkhälsoperspektiv. Påverkan av ett regelverk. Ulf Jonasson. DrPH-avhandling.

2001:5 Protection – Prevention – Promotion. The development and future of Child Health Services. Proceedings from a conference. Lennart Köhler, Gunnar Norvenius, Jan Johansson, Göran Wennergren (eds).

2001:6 Ett pionjärarbete för ensamvargar
Enkät- och intervjuundersökning av nordiska folkhälsodoktorer examinerade vid Nordiska hälsovårdshögskolan under åren 1987 – 2000.
Lillemor Hallberg (red).

2002

2002:1 Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators. Per Rosén. DrPH-avhandling.

2002:2 Getting to cooperation: Conflict and conflict management in a Norwegian hospital. Morten Skjørshammer. DrPH-avhandling.

2002:3 Annual Research Report 2001. Lillemor Hallberg (ed).

2002:4 Health sector reforms: What about Hospitals? Pär Eriksson, Ingvar Karlberg, Vinod Diwan (ed).

2003

2003:1 Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet.
Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe.

2003:3 NHV 50 år (Festboken)

2003:4 Pain, Coping and Well-Being in Children with Chronic Arthritis.
Christina Sällfors. DrPH-avhandling.

2003:5 A Grounded Theory of Dental Treatments and Oral Health Related Quality of Life. Ulrika Trulsson. DrPH-avhandling.

2004

2004:1 Brimhealth: Baltic rim partnership for public health 1993-2003.
Susanna Bihari-Axelsson, Ina Borup, Eva Wimmerstedt (eds)

2004:2 Experienced quality of the intimate relationship in first-time parents – qualitative and quantitative studies. Tone Ahlborg. DrPH-avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

2005

2005:1 Kärlek och Hälsa – Par-behandling i ett folkhälsoperspektiv.
Ann-Marie Lundblad. DrPH-avhandling.

2005:2 1990 - 2000:A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries
- Why, and What Did we Learn?
Erik Blas. DrPH-avhandling

2005:3 Socio-economic Status and Health in Women
Population-based studies with emphasis on lifestyle and cardiovascular disease
Claudia Cabrera. DrPH-avhandling

2006

2006:1 "Säker Vård -patientskador, rapportering och prevention"
Synnöve Ödegård. DrPH-avhandling

2006:2 Interprofessional Collaboration in Residential Childcare
Elisabeth Willumsen. DrPH-avhandling

2006:3 Innkomst-CTG: En vurdering av testens prediktive verdier, reliabilitet og effekt. Betydning for jordmødre i deres daglige arbeide
Ellen Blix. DrPH-avhandling

2007

2007:1 Health reforms in Estonia - acceptability, satisfaction and impact
Kaja Pôlluste. DrPH-avhandling

2007:2 Creating Integrated Health Care
Bengt Åhgren. DrPH-avhandling

2007:3 Alkoholbruk i tilknyting til arbeid – Ein kvalitativ studie i eit folkehelsevitskapeleg perspektiv
Hildegunn Sagvaag. DrPH-avhandling

2007:4 Public Health Aspects of Pharmaceutical Prescription Patterns – Exemplified by Treatments for Prevention of Cardiovascular Disease
Louise Silwer. DrPH-avhandling

2007:5 Å fremme den eldre sykehuspasientens helse I lys av et folkehelse og holistisk-eksistensiellt sykepleieperspektiv
Geir V Berg. DrPH-avhandling

2008

2008:1 Diabetes in children and adolescents from non-western immigrant families – health education, support and collaboration
Lene Povlsen. DrPH-avhandling

Förteckning över NHV-rapporter

2008:2 Love that turns into terror: Intimate partner violence in Åland – nurses´ encounters with battered women in the context of a government-initiated policy programme
Anette Häggblom. DrPH-avhandling

2008:3 Oral hälsa hos personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar – ett dolt folkhälsoproblem? Ulrika Hallberg, Gunilla Klingberg

2008:4 School health nursing – Perceiving, recording and improving schoolchildren´s health
Eva K Clausson. DrPH-avhandling

2008:5 Helbredsrelateret livskvalitet efter apopleksi. Validering og anvendelse af SSQOL-DK, et diagnosespecifikt instrument til måling af helbredsrelateret livskvalitet blandt danske apopleksipatienter
Ingrid Muus. DrPH-avhandling

2008:6 Social integration for people with mental health problems: experiences, perspectives and practical changes
Arild Granerud. DrPH-avhandling

2008:7 Between death as escape and the dream of life. Psychosocial dimensions of health in young men living with substance abuse and suicidal behaviour
Stian Biong. DrPH-avhandling

2009

2009:1 Ut ur ensamheten. Hälsa och liv för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och som deltagit i självhjälpsgrupp
GullBritt Rahm. DrPH-avhandling

2009:2 Development of Interorganisational Integration – A Vocational Rehabilitation Project
Ulla Wihlman. DrPH-avhandling

2009:3 Hälso- och sjukvårdens roll som informationskälla för hälsoläget i befolkningen och uppföljning av dess folkhälsoinriktade insatser
Sirkka Elo. DrPH-avhandling

2009:4 Folkesundhed i børnehøjde - indikatorer for børns sundhed og velbefindende i Grønland
Birgit Niclasen. DrPH-avhandling

2009:5 Folkhälsoforskning i fem nordiska länder - kartläggning och analys
Stefan Thorpenberg

2009:6 Ledarskap och medarbetarskap vid strukturella förändringar i hälso- och sjukvården. Nyckelaktörers och medarbetares upplevelser
Agneta Kullén Engström. DrPH-avhandling

2009:7 Perspective of risk in childbirth, women's expressed wishes for mode of delivery and how they actually give birth
Tone Kringeland. DrPH-avhandling

Förteckning över NHV-rapporter

2009:8 Living with Juvenile Idiopathic Arthritis from childhood to adult life
An 18 year follow-up study from the perspective of young adults
Ingrid Landgraff Østlie. DrPH-avhandling

2009:9 Åldrande, hälsa, minoritet - äldre finlandssvenskar i Finland och Sverige
Gunilla Kulla. DrPH-avhandling

2010

2010:1 Att värdera vårdbehov - ett kliniskt dilemma. En studie av nyttjandet av ambulanssjukvård i olika geografiska områden
Lena Marie Beillon. DrPH-avhandling

2010:2 R Utvärdering av samverkansprojekt med remissgrupper och samverkansteam i Norra Dalsland

2010:3 R Utvärdering av verksamheten vid Enheten för Asyl- och flyktingfrågor, Västra Götalandsregionen

2010:4 R Utvärdering av försöksverksamhet med samverkansgrupper och coacher i Vänersborg och Mellerud

2010:5 R Utvärdering av projekt GEVALIS – Unga vuxna

2010:6 R Utvärdering av Program Sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen

2010:7 Perceptions of public health nursing practice - On borders and boundaries, visibility and voice
Anne Clancy. DrPH-avhandling

2010:8 Living with head and neck cancer: a health promotion perspective – A Qualitative Study
Margereth Björklund. DrPH-avhandling

2010:9 R Barnhälsoindex för stadsdelarna i nordöstra Göteborg
– Ett förslag till uppföljning av barns hälsa och välbefinnande
Lennart Köhler. NHV i samarbete med Västra Götalandsregionen, Angereds närsjukhus

2010:10 R Utvärdering med lärande ansats av pandemiplanering inklusive vaccinationsprogram i Västra Götalandsregionen
Lars Edgren, Stefan Thorpenberg, Bengt Åhgren

2010:11 R Psykiatrisk registerforskning i Norden. En beskrivelse af forskningsmuligheder i psykiatrirelevante registre i Danmark, Sverige og Finland
Thomas Munk Larsen, Merete Nordentoft, Mika Gissler, Jeanette Westman, Kristian Wahlbeck

Förteckning över NHV-rapporter

2010:12 R Fysisk aktivitet på recept i Norden – erfarenheter och rekommendationer. Lena V Kallings, på uppdrag av Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet

2010:12 R

ISBN 978-91-86739-03-4

ISSN 0283-1961

www.nhv.se/rapporter

Heftet kan bestilles hos:

Helsedirektoratet,
v/ Trykksakseksjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Ved bestiling, oppgi bestillingsnummer: IS-0303