



## Hvordan legge til rette for mer fysisk aktivitet som forebygging i helsetjenesten?

**27. September 2024**

Exercise is Medicine Norge:

Stian E. Lobben<sup>1</sup>, Kristian Holm<sup>2</sup>, Kirsti Krohn Garnæs<sup>3</sup>, Ole Holst Dalene<sup>4</sup>, Anne Marit Bredalen<sup>5</sup>, Elisabeth Edvardsen<sup>6</sup>, Aina Emaus<sup>7</sup>, Elin Kolle<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Fastlege Nytorget Legesenter, Stavanger

<sup>2</sup> Overlege Barne- og ungdomsavdelingen, SI Lillehammer

<sup>3</sup> Spesialist i idrettsfysioterapi, PhD, Byåsen IL, Trondheim Idrettsklinikk

<sup>4</sup> BSc, Helse- og treningsfysiolog Norges idrettshøgskole

<sup>5</sup> Fysioterapeut

<sup>6</sup> Fysiolog og forsker, PhD, Norges idrettshøgskole og Lungemedisinsk avdeling, Ullevål, Oslo universitetssykehus

<sup>7</sup> Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, PhD, Nimi Volvat

<sup>8</sup> Professor fysisk aktivitet og helse, Norges idrettshøgskole

# Sammendrag

Denne rapporten, utarbeidet av Exercise is Medicine Norge, presenterer en rekke evidensbaserte forslag for å integrere fysisk aktivitet som et forebyggende og terapeutisk verktøy i den norske helsetjenesten. Hovedmålet er å flytte fokuset fra behandling til forebygging, og dermed adressere de økende helseutgiftene, en aldrende befolkning og den voksende byrden av kroniske sykdommer.

Rapporten skisserer syv ulike tiltak:

1. **Nasjonal digital aktivitetsparameter:** Implementere et system som måler pasientens fysiske aktivitetsnivå ved hjelp av det validerte verktøyet Personlig Aktivitetsintelligens (PAI). Denne målingen, integrert i elektroniske pasientjournaler, gjør det mulig for helsepersonell å overvåke og fremme fysisk aktivitet på en systematisk måte.
2. **Opplæring av helsepersonell:** Styrking av utdanningen for nåværende og fremtidig helsepersonell om helsefordelene ved fysisk aktivitet. Dette inkluderer opplæring i motiverende intervju-teknikker, som er bevist å øke pasientens etterlevelse og engasjement i fysisk aktivitet.
3. **Nye samarbeidsmodeller:** Oppmuntre til tverrfaglig samarbeid mellom fastleger, fysioterapeuter, helse- og treningsfysiologer og andre helsepersonell for å skape en helhetlig tilnærming til å fremme fysisk aktivitet. Dette støttes av økonomiske og organisatoriske insentiver.
4. **Gruppebaserte livsstilsintervensjoner og digital oppfølging:** Kombinere fysisk aktivitet med mental helse og kostholdsrådgivning. Disse kan leveres digitalt eller i grupper for bedre kontinuitet. Intervensjonene er rettet mot å fremme langvarige atferdsendringer og sosial støtte.
5. **Programmer for psykisk helse og smertebehandling:** Øke bruken av fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser og kroniske smerter, hvor forskning viser at det kan være like effektivt som medikamentell behandling eller samtaleterapi.
6. **Fysisk aktivitet i eldreomsorgen:** Etablere styrketreningsprogrammer for eldre for å opprettholde funksjonell helse og redusere risikoen for fall. Disse programmene tilbys på sykehjem og gjennom lokale treningssentre for eldre.
7. **Insentiver for å fremme fysisk aktivitet:** Innføre økonomiske insentiver for pasienter, helsepersonell og arbeidsgivere for å øke fysisk aktivitet, inkludert skattelettelser for bedrifter som tilrettelegger for fysisk aktivitet for sine ansatte.

Vi har identifisert flere barrierer som hindrer implementeringen av fysisk aktivitet som en integrert del av helsetjenesten. Disse inkluderer økonomiske utfordringer, som kostnader knyttet til treningsutstyr og aktivitetsprogrammer, samt manglende kunnskap og bevissthet blant pasienter og helsepersonell om de helsemessige fordelene ved fysisk aktivitet. Tekniske utfordringer ved integrering av digitale verktøy i helsesystemet og manglende politisk vilje og prioritering av fysisk aktivitet som en forebyggende behandling er også sentrale hindringer.

For å lykkes med tiltakene, er det avgjørende med klare retningslinjer, tilstrekkelige ressurser og tilpasning til eksisterende strukturer i helsetjenesten. Kontinuerlig opplæring av helsepersonell

og grundig evaluering av tiltakene vil være nødvendig for å måle effekten og justere strategiene etter behov.

Rapporten understreker betydningen av politisk støtte, samarbeid på tvers av sektorer og en helhetlig tilnærming for å oppnå langsiktige kostnadsbesparelser og helseforbedringer gjennom økt fysisk aktivitet. Dette kan bidra til å forebygge og håndtere kroniske sykdommer, samtidig som livskvaliteten forbedres for alle aldersgrupper.

# Innholdsliste

Sammendrag .....	ii
Innholdsliste.....	iv
1.0 Bakgrunn .....	1
1.1 Oppdraget .....	1
1.2 Implementering av fysisk aktivitet som forebygging i helsetjenesten: Innspill fra Exercise is Medicine Norge .....	1
1.3 Forslag til tiltak.....	2
2.0 Tiltak .....	2
2.1 Nasjonal digital aktivitetsparameter .....	3
2.2 Opplæring av helsepersonell.....	5
2.3 Nye samarbeidsformer .....	7
2.4 Gruppebaserte livsstilsintervensjoner og digital oppfølging .....	9
2.5 Tiltak for psykiske lidelser og smertebehandling .....	11
2.6 Fysisk aktivitet i eldreomsorgen .....	13
2.7 Insentiver for å fremme fysisk aktivitet .....	14
3.0 Diskusjon .....	16
4.0 Konklusjon .....	17
Referanser .....	18
Vedlegg.....	22

# 1.0 Bakgrunn

## 1.1 Oppdraget

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede hvordan helsetjenesten kan omstilles til å fokusere mer på forebygging. Dette oppdraget kommer som følge av de økende helseutgiftene og det forventede presset på helsetjenestene i årene fremover, spesielt grunnet en aldrende befolkning. Fysisk aktivitet spiller en viktig rolle i forebygging av sykdom og funksjonsfall, og det er godt dokumentert at økt fysisk aktivitet kan ha betydelige positive helseeffekter i alle aldersgrupper. I lys av dette er det nødvendig å undersøke hvordan fysisk aktivitet som forebyggende tiltak kan implementeres mer effektivt i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Målet med oppdraget er å utvikle et system som kan støtte og evaluere overgangen til en mer forebyggende helsetjeneste. Dette innebærer blant annet å identifisere virkemidler som kan fremme fysisk aktivitet, og hvordan disse kan brukes fra systemnivå til direkte kontakt mellom helsepersonell og pasienter.

## 1.2 Implementering av fysisk aktivitet som forebygging i helsetjenesten: Innspill fra Exercise is Medicine Norge

Exercise is medicine Norge (EIM) er en frivillig organisasjon som ble etablert i 2010, og er en del av et internasjonalt samarbeid mellom 50 land. Det globale målet er å øke fysisk aktivitet i samfunnet. Formålet i Norge er at helsetjenesten i økt grad bruker fysisk aktivitet i forebygging og behandling av livsstilssykdommer. EIM består i dag av representanter fra Norsk forening for idrettsmedisin og fysisk aktivitet, Faggruppen for idrettsfysioterapi og aktivitetsmedisin og Norges idrettshøgskole.

EIM takker for muligheten til å komme med innspill til Helsedirektoratet i deres arbeid med tiltak i helsetjenesten for økt bruk av fysisk aktivitet i behandling og forebygging. Dette er et omfattende initiativ som involverer alle deler av helsetjenesten, fra primærhelsetjeneste til spesialisthelsetjenesten, men også NAV og HELFO som finansierer og regulerer arbeid og insentiver både for pasienter og behandlere. Det krever struktur, samarbeid og dedikasjon for å gjennomføre tiltak som kan ha vesentlig effekt.

Som svar på oppdraget legger vi frem kunnskapsbaserte tiltak. Vi mener at en ny plan for dette arbeidet krever offensivitet, dristighet og en vilje til å prøve nye løsninger for å skape fremdrift i et område som lenge har stått stille. Våre forslag bygger på omfattende erfaring og innsikt fra mange års arbeid med fysisk aktivitet, helse og motivasjon, samt forskning på dette feltet. Vi fokuserer spesielt på diagnosegrupper og problemstillinger med stort potensial, der vi i dag i liten grad lykkes med å skape reell endring, men hvor det er sannsynlig at man kan oppnå store økonomiske besparelser kombinert med bedre helse. Dette gjelder spesielt pasienter med livsstilssykdommer, kroniske sykdommer, muskel- og skjelettplager samt psykiske lidelser, som

utgjør en stor del av det nasjonale lidelsestrykket med tilhørende store utgifter til behandling og trygd. Vi beskriver hvordan man ved å kombinere nye samarbeidsmåter mellom ulike deler av helsetjenesten kombinert med bedre struktur og økt kunnskap rundt endrings- og motivasjonsarbeid kan oppnå økte effekter av fysisk aktivitet som virkemiddel for bedre helse. I tillegg forklarer vi hvordan bevisst bruk av insentiver, ulike faggrupper, målemetoder og dosering av fysisk aktivitet kan bidra til økt fysisk aktivitet, effektiv behandling og samfunnsøkonomiske besparelser. Vi foreslår også gruppebaserte tiltak som kombinerer fysisk aktivitet med tiltak for mental helse og kosthold, da disse har en synergistisk effekt. Får man til kostholdsendring, vektnedgang eller røykeslutt øker sannsynligheten for at man også klarer å øke sitt fysiske aktivitetsnivå. Får man bedre mental helse og mindre stress, øker sannsynligheten for å gjøre gode valg og gode prioriteringer ellers i livet.

### 1.3 Forslag til tiltak

Basert på oppdragsbeskrivelsen har vi syv forslag til tiltak:

1. Innføring av nasjonal digital aktivitetsparameter
2. Opplæring av helsepersonell i helseeffektene av fysisk aktivitet og motiverende intervju
3. Øke samarbeidet mellom helsetjenester og faggrupper ved å implementere nye samarbeidsformer for å integrere fysisk aktivitet som en sentral del i pasientbehandlingen
4. Gruppebaserte livsstilsintervensjoner som kombinerer fysisk aktivitet, tiltak for å fremme mental helse og kostholdsrådgivning
5. Integrere fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser og smertebehandling
6. Fysisk aktivitet i eldreomsorgen med vekt på styrketrening
7. Insentiver og krav for fremme fysisk aktivitet i befolkningen

De ulike forslagene omtales i detalj under hovedpunktene som følger i dokumentet. Vi antar at noen forslag vil være kontroversielle, og vi stiller oss selvsagt til disposisjon for oppfølgingssamtaler og diskusjon dersom det er ønskelig. Vi er klare til å bidra med vår erfaring og kunnskap i oppfølgingen av disse forslagene.

## 2.0 Tiltak

De syv foreslåtte tiltakene for å få til økt fysisk aktivitet presenteres i teksten under.

For hvert tiltak har vi fulgt en systematisk oppbygging som sikrer at de er gjennomførbare og forankret i både faglig skjønn og erfaringsbasert kunnskap. Hvert forslag vil bli presentert med følgende struktur basert på oppdragsteksten:

- Hvilket tiltak foreslår vi?  
Her beskriver vi det konkrete tiltaket som svarer på spørsmålet om hvordan fysisk aktivitet kan integreres i helsetjenesten for å fremme helse og forebygge sykdom.
- Hvordan skal tiltaket gjennomføres?  
Vi foreslår hvordan tiltaket kan implementeres, med særlig vekt på bruk av relevante

virkemidler – finansielle, juridiske, organisatoriske, pedagogiske og digitale – for å sikre vellykket gjennomføring.

- Kan vi spille på eksisterende strukturer?  
Vi vurderer om eksisterende strukturer innen helse- og omsorgstjenesten, som fastlegeordningen, frisklivssentraler og andre relevante aktører, kan utnyttes. Der det er behov for nye strukturer, identifiserer vi disse.
- Eksempler på lignende tiltak som har vært gjennomført?  
For hvert tiltak trekker vi inn kunnskap, erfaringer og suksessfaktorer fra lignende initiativer, både nasjonalt og internasjonalt, og diskuterer eventuelle barrierer.
- Hva må til?  
Vi definerer hva som skal til for å sikre tilstrekkelig gjennomføringskraft for hvert tiltak, med fokus på organisatoriske, økonomiske og strukturelle forutsetninger.
- Evaluering  
Til slutt diskuterer vi hvordan måloppnåelse for hvert tiltak kan måles, og foreslår evalueringmetoder for å sikre at tiltakene bidrar til å oppnå ønsket effekt.

## 2.1 Nasjonal digital aktivitetsparameter

### Hvilket tiltak er det vi foreslår?

Vi foreslår å innføre en nasjonal digital aktivitetsparameter, PAI (Personlig Aktivitets-intelligens), for å implementere bruk av fysisk aktivitet som medisin i alle deler av helsetjenesten. Dette inkluderer både primær- og spesialisthelsetjenesten, samt NAV, for å forbedre kvaliteten på behandlingen og forskningen relatert til fysisk aktivitet som medisinsk behandling. PAI er et validert og forskningsbasert verktøy som måler fysisk aktivitet basert på hjerterefrekvens, og gir en poengsum som reflekterer aktivitetsnivået over tid [1]. En PAI-score på 100 eller mer er assosiert med redusert risiko for å dø av hjerte- og karsykdommer [2-4], og scoren gir brukeren et konkret, individuelt mål for helsefremmende aktivitet. Tidlige studier som har benyttet aktivitetsmålere viser dessuten at slik bruk motiverer til målrettet fysisk aktivitet for personer med fedme, diabetes type 2 og etablert hjerte- og karsykdom [5-7].<sup>1</sup>

### Hvordan tenker vi dette tiltaket skal gjennomføres?

Tiltaket kan gjennomføres ved å integrere PAI som en del av EPJ og helseplattformen Helsenorge.no. Med en slik parameter integrert i EPJ får både pasient og lege et konkret og individspesifikt aktivitetsmål som er enkelt å måle og validert med tanke på helseeffekt, mens fastlegene får kontinuerlig tilgang til pasientenes aktivitetsdata og mulighet til å gi rask og skreddersydd oppfølging i henhold til pasientens behandlingsmål. For å sikre gjennomføring bør flere virkemidler tas i bruk:

---

<sup>1</sup> I september 2024 bytter PAI navn til AQ (Activity Quotient) i forbindelse med en større oppdatering av algoritmen i tråd med nyervervede forskningsfunn siden den opprinnelige algoritmen ble utviklet.

- Finansielle virkemidler: Offentlig finansiering av integrasjon i helsevesenet, og subsidiering av aktivitetsmålere for pasienter.
- Juridiske virkemidler: PAI-teknologien er utviklet i Norge og er allerede forvaltet i henhold til norske lover og regler. Dette gir en fordel når det gjelder personvern, datasikkerhet og regulatoriske krav, noe som vil lette implementeringen i helsesystemet.
- Organisatoriske virkemidler: Ledelse i helsevesenet må understøtte implementeringen og sørge for opplæring av helsepersonell
- Pedagogiske virkemidler: Leger og annet helsepersonell må trenes i bruk av verktøyet, og pasientene må informeres om fordelene ved fysisk aktivitet og hva man kan gjøre for å øke sin PAI-score
- Digitale virkemidler: Integrasjon i EPJ og Helsenorge.no vil gjøre det enkelt for både pasienter og behandlere å følge med på pasientens aktivitetsnivå og helseeffekter.

### **Kan vi spille på eksisterende struktur?**

Vi kan bygge på allerede eksisterende struktur som fastlegeordningen, frisklivssentraler og spesialisthelsetjenesten. Det er viktig å integrere PAI-verktøyet i disse strukturene for å utnytte allerede etablerte relasjoner og infrastrukturer. Videre kan NAV bruke PAI i oppfølging av pasienter som er på sykemelding eller mottar arbeidsavklaringspenger.

### **Eksempler på lignende tiltak som har vært gjennomført?**

EIM har brukt PAI i en pilotstudie blant diabetespasienter i norsk allmennlegepraksis, hvor både pasienter og leger rapporterte positive erfaringer med å bruke verktøyet (vedlegg 1). En viktig barriere er manglende kjennskap til verktøyet blant både pasienter og helsepersonell, samt manglende teknisk integrasjon i EPJ og Helsenorge.no. Økonomi er en annen barriere. Mange pasienter har ikke råd til å kjøpe aktivitetsmålere, og i fravær av offentlig støtte kan kostnadene knyttet til utstyr og teknologi hindre bred bruk. I tillegg opplever leger at de mangler økonomiske insentiver og offentlig finansiering for å integrere fysisk aktivitet som behandling i deres praksis. Disse økonomiske utfordringene kan imidlertid reduseres med tydelige anbefalinger fra helsemyndighetene og offentlig finansiering av både teknologien og implementeringen i helsetjenesten.

### **Hva må til?**

For å sikre gjennomføringskraft må myndighetene gi en entydig anbefaling om bruk av PAI, samt sørge for at verktøyet blir teknisk integrert i helsevesenet. Økonomiske insentiver, offentlig finansiering og opplysningsarbeid vil være avgjørende for å redusere barrierene og øke bruken av fysisk aktivitet som medisin.

### **Evaluerings**

For å evaluere måloppnåelse kan vi bruke PAI til å måle endringer i pasienters aktivitetsnivå og helsetilstand over tid. Dette vil gi oss objektive data om hvordan fysisk aktivitet påvirker helseutfall som redusert risiko for sykdommer, forbedret livskvalitet og potensielt redusert medikamentforbruk. Redusert medisinbruk vil ikke bare bidra til bedre helse for pasientene, men også gi økonomiske besparelser for helsetjenesten, noe som kan redusere helseutgiftene totalt sett.

Ved å innføre PAI i helsetjenesten vil vi også kunne samle inn store mengder data som kan brukes til klinisk forskning på effektene av fysisk aktivitet som medisin. PAI kan muliggjøre både tverrsnitts- og longitudinelle studier ved å følge aktivitetsnivåer hos pasienter med ulike helsetilstander, og analysere effekten av fysisk aktivitet på spesifikke sykdomsforløp. Fordi PAI er validert gjennom omfattende forskning, kan dataene som samles inn gjennom dette systemet være en verdifull ressurs for fremtidig forskning på fysisk aktivitet og helse, samt for å evaluere og justere behandlingsmål i klinisk praksis.

## 2.2 Opplæring av helsepersonell

### Hvilke tiltak er det vi foreslår?

Vi foreslår å legge økt vekt på opplæring av helsepersonell, både i grunnutdanningen og som en del av deres videre utvikling som aktivt utøvende helsearbeidere. Dette tiltaket vil sikre at de har nødvendig kunnskap om de omfattende helseeffektene av fysisk aktivitet. Helsepersonell som har en solid forståelse av hvordan fysisk aktivitet påvirker helsen vil være bedre rustet til å veilede og støtte pasienter i å integrere mer aktivitet i sin hverdag. Videre anbefaler vi en systematisk innføring av opplæring i motiverende intervju (MI) for studenter, leger, sykepleiere, fysioterapeuter, psykologer og andre helsearbeidere. Motiverende intervju er et verktøy som har vist seg effektivt i å fremme pasientens motivasjon og etterlevelse i behandling [8-12]. Siden pasienters etterlevelse av behandling er avgjørende for helseutfallet, bør MI brukes i alle aspekter av behandler-pasientrelasjonen.

### Hvordan tenker vi dette tiltaket skal gjennomføres?

- Utdanning:

I dag er aktivitetsmedisin svært lite vektlagt i studieplaner for leger, sykepleiere, psykologer og andre helseprofesjoner. Ved UiO får medisinstudentene kun 2x45 minutters forelesning om temaet gjennom hele studiet, og det er heller ikke en del av eksamenspensum. Aktivitetsmedisin og kunnskapen om fysisk aktivitets helsefremmende virkning må i langt større grad innlemmes i pensum, og også være en del av det studentene møter på eksamen. Det er viktig å sikre at alle helsearbeidere får en gjennomgående og grunnleggende kunnskap om den helsefremmende effekten av fysisk aktivitet. En mulighet er å utvikle tverrprofesjonsbasert undervisning, noe som på sikt kan fremme samarbeid mellom ulike faggrupper (jf. pkt 2.3).

Kunnskap om fysisk aktivitets helsefremmende virkning må også integreres i etterutdanning og spesialistutdanning for ulike helseprofesjoner. For leger spesielt bør det være en del av obligatoriske kurs for å bli for eksempel allmennpraktiserende lege eller legespesialist, samt en del av kurstilbudet for ferdig utdannede spesialister.

- Motiverende intervju (MI):

Etterlevelse er en utfordring for både lege og pasient, uansett behandlingsintervensjon, til tross for at begge parter er klar over at manglende etterlevelse fører til dårligere helse. Den viktigste årsaken til dette er ofte mangel på motivasjon, prioritering og støttende verktøy, både for behandler og pasient. MI fokuserer på å styrke en persons motivasjon

for endring ved å utforske personens egne grunner for endringen i en atmosfære preget av aksept og omsorg [13]. Denne metoden inkluderer sentrale kommunikasjonsferdigheter som å stille åpne spørsmål, bekrefte, reflektere, oppsummere, samt gi informasjon og råd, alltid med pasientens samtykke. Trenings- og livsstilsintervensjoner viser gjennomgående betydelige effekter på en rekke utfallsmål, både knyttet til sykdomsrelaterte behandlingsmål og generell helse. En stor utfordring er imidlertid at mange pasienter har en tendens til å falle tilbake til gamle vaner etter endt intervensjon. Vedlikehold over tid er nøkkelen da fysisk aktivitet som medisin virker kun så lenge den utføres. MI har vist seg å ha en klar og målbar effekt på etterlevelse, og opplæring i denne metoden allerede under studietiden vil gi helsearbeidere et verdifullt verktøy som kan styrke alle behandler-pasientrelasjoner [9-12]. Kurstilbud til utøvende helsearbeidere vil selvsagt gi samme og en dog bedre effekt pga. etablerte erfaringer som behandler. Utdanning i MI må derfor inn i både studieplaner og etterutdanning for helsearbeidere.

### **Kan vi spille på eksisterende strukturer?**

Fysioterapiutdanningen i Norge har generelt et sterkere fokus på fysisk aktivitet som behandlingsverktøy enn andre helseutdanninger. Likevel varierer dette fokuset mellom ulike utdanningsinstitusjoner. Ved en utvidelse av fokuset på fysisk aktivitet og helse i utdanningene, kan man bygge videre på eksisterende praksis innen fysioterapiutdanningen. Flere høyskoler og universiteter tilbyr utdanning for helse- og treningsfysiologer, der samtaleteknikk blir vektlagt både teoretisk og praktisk gjennom studieløpet. Dette kan være et nyttig utgangspunkt, da denne yrkesgruppen allerede har omfattende kompetanse i bruk av trening som behandlingsmetode for personer med funksjonsnedsettelse, ikke-smittsomme sykdommer og andre helsemessige utfordringer.

### **Eksempler på lignende tiltak som har vært gjennomført?**

EIM har i mange år tilbudt opplæring i systematisk motivasjonsarbeid basert på MI-metoden for å adressere disse utfordringene. Metoden, som har sin opprinnelse i rusomsorgen, har vist seg effektiv i å bidra til endring blant pasientgrupper hvor det erfaringsmessig er enda vanskeligere enn ved livsstilsrelaterte helseplager.

Vi foreslår at systematisk opplæring av studenter, leger, sykepleiere, fysioterapeuter, psykologer og andre helsearbeidere i disse metodene videreføres og utvikles i tråd med metodene beskrevet i prosjektet «Fysisk aktivitet som forebygging og behandling i helsetjenesten» (vedlegg 2).

### **Hva må til?**

Dette vil kreve et omfattende samarbeid mellom Helsedirektoratet, utdanningsinstitusjoner og fagforeninger, som for eksempel Legeforeningen. De ulike fagforeningene for helsearbeidere og utdanningsinstitusjonene må samkjøre sine utdanningsprogrammer for å sikre at dette tillegget til eksisterende utdanning blir minst mulig ressurskrevende, samtidig som det legger til rette for fremtidig tverrfaglig samarbeid. Dette vil gi de beste forutsetningene for en vellykket implementering i helsevesenet.

## Evaluering

For å sikre at tiltakene har ønsket effekt, må det etableres klare evalueringsrammer som måler både kortsiktige og langsiktige resultater. Dette kan inkludere følgende metoder:

- Kartlegging av kunnskapsnivå: Gjennomføring av før- og ettertester for å måle helsepersonells kunnskap om fysisk aktivitets helsefremmende effekter og bruken av MI. Dette kan inkludere evaluering i forbindelse med eksamener i grunnutdanningen og etterutdanning.
- Etterlevelse av MI-metoden: Implementer systemer for å evaluere hvordan MI brukes i klinisk praksis. Dette kan måles ved hjelp av observasjonsstudier, pasienttilbakemeldinger, eller selvevalueringsverktøy blant helsepersonell.
- Tverrfaglig samarbeid: Evaluere hvorvidt tverrfaglig samarbeid mellom helseprofesjoner har økt gjennom spørreundersøkelser blant helsearbeidere, samt gjennom analyser av samhandlingen i kliniske miljøer. Dette kan gjøres ved å måle antall interaktive læringsaktiviteter eller samarbeidsprosjekter på tvers av faggrupper.
- Langsiktig implementering: For å sikre varig implementering i helsetjenesten, kan man overvåke hvorvidt undervisningen om fysisk aktivitet og MI videreføres i utdanningsplanene og blir en fast del av studieprogrammer og etterutdanningskurs.

## 2.3 Nye samarbeidsformer

### Hvilket tiltak er det vi foreslår?

Vi foreslår å øke samarbeidet mellom helsetjenester og faggrupper ved å implementere nye samarbeidsformer for å integrere fysisk aktivitet som en sentral del i pasientbehandlingen. En sikker og effektiv veksling er nødvendig når ansvaret for oppfølging av pasienten flyttes mellom fastlege, sykehus, fysioterapeuter, og frisklivssentraler. Vi opplever at aktørene som skal være med i denne vekslingen i dag ikke vet om hverandre, i enkelte tilfeller er fastlegekontoret og fysioterapeutene lokalisert nær hverandre, men de har ingen kontakt. Endrede vaner for fysisk aktivitet krever tett oppfølging over tid, og det er helt avgjørende at ulike helseaktører samarbeider rundt enkeltpasienter. Vi foreslår også implementering av digital helseveiledning som en del av denne løsningen. Digitale tjenester kan øke tilgjengeligheten for pasienter som ikke har eller ikke ønsker å delta på fysiske tilbud.

### Hvordan tenker vi at dette tiltaket skal gjennomføres?

Tiltaket kan gjennomføres gjennom flere strategier:

- Finansielle virkemidler: Vi foreslår endringer i finansieringsmodellen for helsetjenesten som fasiliterer samlokalisering og samhandling rundt livsstilsendring, og gir muligheter for å delegerer oppgaver til egnet personell, som fysioterapeuter, helse- og treningsfysiologer og ernæringsfysiologer. Innføring av en nasjonal digital aktivitetsparameter vil også lette samarbeid og sørge for at alle involverte behandlere snakker samme språk og har tilgang til relevant informasjon om aktivitetsnivå.

- Organisatoriske virkemidler: Det bør gjennomføres organisatoriske endringer som fremmer tettere samarbeid mellom helseaktørene. For eksempel kan oppstart av livsstilsgrupper ved frisklivssentralene skje i samarbeid med fastleger, og samlokalisering av helsepersonell kan gjøre det enklere å følge opp pasienter.
- Informasjon: Vi foreslår at oversikten som finnes over Frisklivssentraler ([Oversikt over kommuner med frisklivssentral - Helsedirektoratet](#)) kan utvides slik at den inneholder alle aktuelle samarbeidspartnere. For å forankre at alle fastleger får informasjon om arbeid innen 'Trening som medisin' bør vi i større grad involvere bydelsoverleger/ kommuneoverleger for å spre informasjon.
- Digitale virkemidler: Digitale løsninger som helseveiledning kan benyttes for å gi pasientene mulighet til å få oppfølging uten at de må møte opp fysisk. Dette kan gjøre tilbudet mer tilgjengelig for flere pasientgrupper og sikre kontinuerlig oppfølging.

### **Kan vi spille på eksisterende strukturer?**

Vi kan bygge på eksisterende strukturer som fastlegekontorene, som allerede har en sentral rolle i pasientoppfølging. For å integrere fysisk aktivitet som en del av behandlingen, er det imidlertid nødvendig å inkludere andre yrkesgrupper, som helse- og treningsfysiologer og fysioterapeuter, i teamet på fastlegekontorene. Per i dag er slike fagpersoner sjelden representert i primærhelsetjenesten, men de kan gi verdifull støtte til fastlegene ved å fokusere på pasientenes fysiske aktivitetsnivå og tilby målrettet trening som en del av behandlingen. Ved å utvide teamet på fastlegekontorene kan vi sørge for mer spesialisert oppfølging av pasientene, og sikre at fysisk aktivitet blir en integrert del av behandlingsforløpet. Dette vil dermed kunne lette fastlegenes arbeidsbyrde og øke kvaliteten på pasientbehandlingen.

Den digitale infrastrukturen må integreres med eksisterende arbeids- og kontaktflater, slik at den blir intuitiv og lett tilgjengelig for både helsepersonell og pasienter. Verktøyene må effektivisere arbeidet, redusere tids- og ressursbruk, og oppleves som meningsfulle i legenes hverdag.

### **Eksempler på lignende tiltak som har vært gjennomført**

Tidligere erfaringer fra andre land, som Tyskland og Korea, viser at tverrfaglig samarbeid er effektivt for å fremme fysisk aktivitet [14, 15]. En casestudie i Tyskland viste at politisk støtte og økonomiske ressurser var avgjørende for vellykket implementering av fysisk aktivitetsprogrammer på samfunnsnivå [16]. Barrierene for slike programmer har inkludert mangel på økonomiske insentiver og organisatorisk støtte, noe som må vurderes i den norske konteksten.

### **Hva må til?**

For å sikre tilstrekkelig gjennomføringskraft må det etableres klare insentiver for samarbeid mellom ulike helseaktører. Dette kan oppnås gjennom endringer i finansieringsmodellen som gir økonomiske fordeler ved tverrfaglig samarbeid, samt endringer i taksten for bruk av fysisk aktivitet i behandling av sykdom. I tillegg er det viktig med klare retningslinjer og organisatorisk støtte for å fremme integrasjon av fysisk aktivitet i behandlingen. Myndighetene må også støtte opp under tiltakene ved å sikre nødvendig juridisk rammeverk og politisk støtte.

## Evaluering

Evalueringen av tiltaket kan gjøres ved hjelp av flere metoder:

- Brukertilfredshet: Spørreundersøkelser eller intervjuer med pasienter og helsepersonell for å vurdere deres erfaringer med de nye samarbeidsformene og de digitale verktøyene.
- Økonomisk evaluering: Vurdere tiltakets kostnadseffektivitet gjennom kost-nytte-analyser, med fokus på redusert sykdomsbyrde og lavere bruk av medisinske tjenester og medikamentell behandling.
- Samarbeidseffektivitet: Analysere hvordan samarbeidet mellom ulike helseaktører fungerer i praksis, og om deling av informasjon og oppfølging av pasienter har blitt forbedret.
- Pasientadferd: Vurdere om pasientene har endret sine fysiske aktivitetsvaner over tid og om de har klart å oppnå og opprettholde de aktivitetsmålene de har satt seg.
- Bruk av digitale løsninger: Måle hvor effektive de digitale løsningene har vært i å støtte opp under behandlingsforløpene og pasientoppfølgingen.

## 2.4 Gruppebaserte livsstilsintervensjoner og digital oppfølging

### Hvilket tiltak er det vi foreslår?

Vi foreslår å øke fokuset på gruppebaserte livsstilsintervensjoner som kombinerer fysisk aktivitet, tiltak for å fremme mental helse (gjennom mindfulness-basert kognitiv terapi selvhjelp, MBCT-SH) og kostholdsrådgivning. Kombinasjonen av MBCT-SH, fysisk aktivitet og kostholdsrådgivning kan gi helhetlige fordeler som adresserer både fysisk og mental helse [17-19]. Mindfulness-trening kan øke selvbevissthet og selvregulering, noe som potensielt kan føre til bedre etterlevelse av anbefalinger for fysisk aktivitet og kosthold, og forsterke effektene av kognitiv terapi. Forbedret mental helse gjennom mindfulness kan øke motivasjon og energi for fysisk aktivitet, sunnere spisevaner og muligheten for å ta bevisste valg i hverdagen [8-11]. Mindfulness har også vist direkte kliniske effekter på angst, stress, depresjon, hypertensjon og glykemisk kontroll [20-23]. Vi foreslår at slike intervensjoner tilbys som en del av primærhelsetjenesten, i tillegg til digitale oppfølgingstilbud for å sikre kontinuitet i behandlingen. Gruppebaserte tiltak tilfører en verdifull sosial interaksjon som er viktig for opplevelse av mening og mestring, motivasjon og generell helse.

### Hvordan tenker vi dette tiltaket skal gjennomføres?

Tiltaket kan gjennomføres gjennom flere strategier:

- Opplæring og utdanning: Helsepersonell som fastleger, sykepleiere, helse- og treningsfysiologer, fysioterapeuter og ernæringsfysiologer bør få opplæring i å levere MBCT-SH, fysisk aktivitet og kostholdsrådgivning. Denne opplæringen bør inkludere teknikker for motiverende intervju for å øke pasientengasjement og etterlevelse. Pasientene kan få tilgang til dokumenterte selvhjelpsverktøy for å støtte sin egen

deltakelse. Studenter innen helseprofesjoner bør få tilsvarende opplæring i sine grunnstudier.

- Strukturelle og organisatoriske endringer: Gruppebaserte økter kan organiseres på fastlegekontorer, i lokalsamfunn, i idrettslag eller på arbeidsplasser for å gi sosial støtte og øke motivasjonen blant pasientene. Tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell bør fremmes for å sikre integrert omsorg.
- Digitale løsninger: Digitale oppfølgingstilbud kan brukes for å redusere kostnader og sikre kontinuitet over tid. Dette kan også øke tilgjengeligheten for pasienter som har utfordringer med å delta fysisk på gruppetilbud. Valgfrihet for pasientene, fysisk nærhet og/eller digital tilgang til tilbudene vil øke sannsynligheten for å lykkes.

### **Kan vi spille på eksisterende strukturer?**

Vi kan bygge på eksisterende strukturer som fastlegekontorer og frisklivssentraler. Kompetansen som kreves for å veilede i et slikt arbeid vil variere. Noen pasientgrupper trenger mer fag-/diagnosespesifikk veiledning og bør derfor drives av personell med dertil egnet kompetanse. De fleste vil kunne få tilstrekkelig oppfølging på frisklivssentraler, fastlegekontoret, og hos andre fagpersoner eller i en ren digital oppfølging. Fastlegekontorene kan være en sentral arena for å tilby slike gruppebaserte intervensjoner, da de fleste pasienter allerede har et etablert forhold til sin fastlege og er kjent med lokalene. I områder hvor frisklivssentraler ikke er tilgjengelige, kan fastlegekontorer i samarbeid med andre fagpersoner supplere slike tilbud, for eksempel gjennom samarbeid med lokale idrettslag eller private helsesentre. Dette gir pasientene større valgfrihet og tilgjengelighet, noe som øker sannsynligheten for suksess.

### **Eksempler på lignende tiltak som har vært gjennomført?**

Internasjonale studier har vist at kombinasjonen av MBCT-SH, fysisk aktivitet og kostholdsrådgivning kan gi helhetlige fordeler for både fysisk og mental helse [17-19]. Mindfulness-trening har vist seg å være mer kostnadseffektiv enn tradisjonell kognitiv atferdsterapi (CBT) i behandling av depresjon [24], mens fysiske aktivitetsintervensjoner har vist seg effektive i primærhelsetjenesten for å øke aktivitetsnivået hos pasienter [25]. Kostholdsrådgivning, spesielt på arbeidsplasser, har også vist seg å forbedre helserelatert livskvalitet og redusere sykefravær [26].

### **Hva må til?**

For å lykkes med tiltaket må vi sikre tilstrekkelig politisk og økonomisk støtte, inkludert finansiering av opplæring for helsepersonell og gjennomføring av gruppebaserte intervensjoner. Økonomiske insentiver kan vurderes både for helsepersonell og pasienter for å stimulere til deltakelse. I tillegg er det viktig med tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell, samt muligheten for digitale oppfølgingstilbud som sikrer at pasientene får kontinuerlig støtte.

### **Evaluerings**

- Helseutfall: Måling av mental helse, fysisk aktivitetsnivå og kosthold før og etter intervensjonene for å vurdere forbedringer.

- **Kostnadseffektivitet:** Gjennomføring av kostnadseffektivitetsanalyser for å vurdere den økonomiske effekten av intervensjonene sammenlignet med standard behandling.
- **Langsiktige effekter:** Evaluere pasientenes generelle livskvalitet, helsestatus, funksjonsevne og arbeidsevne over tid.

## 2.5 Tiltak for psykiske lidelser og smertebehandling

### Hvilket tiltak er det vi foreslår?

Vi foreslår å integrere fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser i primær- og spesialisthelsetjeneste. Forskning viser at fysisk aktivitet har like stor, om ikke større, effekt enn medikamentell behandling og samtaleterapi på mange psykiske lidelser, inkludert angst og depresjon, kronisk smerte og sammensatte lidelser [27-32]. Derfor bør fysioterapeuter og helse- og treningsfysiologer være like integrert i behandlingsforløp for psykiske lidelser, rus og smertetilstander som psykologer og leger.

### Hvordan tenker vi dette tiltaket skal gjennomføres?

Tiltaket kan gjennomføres gjennom en rekke virkemidler:

- **Finansielle virkemidler:** Det kan innføres finansieringsmodeller som sikrer integrering av fysisk aktivitet i behandlingsforløp, både gjennom individuell behandling og gruppebaserte tilbud. Gruppebaserte behandlingssopplegg kan være spesielt kostnadseffektive, da de ikke bare fokuserer på fysisk aktivitet, men også gir sosiale og psykososiale fordeler som mestring og tilhørighet.
- **Juridiske virkemidler:** Myndighetene bør vedta retningslinjer som krever at fysisk aktivitet blir en del av standardbehandlingen for psykiske lidelser, med klare retningslinjer for hvordan fysioterapeuter og helse- og treningsfysiologer skal involveres.
- **Organisatoriske virkemidler:** For å gjennomføre dette på en effektiv måte, må det være tett samarbeid mellom ulike behandlingsgrupper, inkludert psykologer, leger, fysioterapeuter og helse- og treningsfysiologer. Gruppebaserte behandlingstilbud med fysisk aktivitet bør integreres med annen terapi og gi pasientene mulighet til både individuell oppfølging og gruppetilbud.
- **Pedagogiske virkemidler:** Helsepersonell må få opplæring i viktigheten av fysisk aktivitet for psykisk helse, slik at de aktivt kan motivere og støtte pasientene i å være fysisk aktive som en del av behandlingen.
- **Digitale virkemidler:** Digitale løsninger kan benyttes for å følge opp pasienter og gi dem veiledning om fysisk aktivitet. Dette kan bidra til å nå pasienter som av ulike grunner ikke kan delta fysisk, samtidig som det sikrer kontinuitet i behandlingen.

### Kan vi bygge på eksisterende strukturer?

Vi kan bygge på eksisterende strukturer innen psykisk helsevern, som allerede inkluderer enkelte gruppebaserte behandlingstilbud, og det nasjonale initiativet; trening som medisin for rusavhengige. Fysisk aktivitet som eget virkemiddel må bli en integrert del av pakkeforløpene innen psykisk helse som er etablert av Helsedirektoratet. For fysisk aktivitet kan antakelig

gruppene være større enn i tradisjonell gruppeterapi, og gruppene kan integreres med annen behandling, der pasientens deltakelse inkluderer både gruppebehandling og individuell behandling. Imidlertid må vi utvide disse tilbudene ved å integrere flere faggrupper, som fysioterapeuter og helse- og treningsfysiologer, som per i dag ikke er en naturlig del av behandlingen for psykiske lidelser. Som ellers er det viktig at dette integreres på overordnet nivå og at alle behandlergrupper har forståelse for og støtter opp om viktigheten av fysisk aktivitet, og samlet jobber for å motivere pasientene til å være fysisk aktive.

Innen psykisk helse har vi også en stor oversykkelighet og overdødelighet på grunn av livsstilssykdommer blant de alvorlige psykisk syke. Dette er et tilleggsargument for å integrere fysioterapeuter, helse- og treningsfysiologer og fysikalsk medisinere i behandlergruppene og behandlingsforløpene innen psykisk helsevern.

### **Eksempler på lignende tiltak som har vært gjennomført?**

Internasjonal forskning viser at fysisk aktivitet har en positiv effekt på psykiske lidelser, inkludert depresjon, angst og stress, samt på kroniske smerter. Gruppebaserte tilbud der fysisk aktivitet inngår, har vist seg å være både effektive og kostnadseffektive. I Norge er det allerede noen tilbud innen psykisk helse som inkluderer gruppebasert behandling, som Nasjonalt nettverk for høyintensitetstrening som medisin for rusavhengige, etablert av Rådet for psykisk helse og Rusfeltets hovedorganisasjon ([Høyintensitetstrening \(HIT\) som medisin | Rådet for psykisk helse](#)). Disse kan utvides og tilpasses slik at fysisk aktivitet blir en mer sentral del av behandlingsforløpet.

### **Hva må til?**

For å lykkes med å integrere fysisk aktivitet i behandlingen av psykiske lidelser, er det nødvendig med politisk vilje, økonomiske insentiver, og tydelige retningslinjer som sikrer tverrfaglig samarbeid. Det må også være støtte for at fysioterapeuter og helse- og treningsfysiologer kan være en del av behandlingsforløpene, på lik linje med psykologer og leger. I tillegg må det utvikles digitale løsninger som kan bidra til oppfølging og veiledning.

### **Evaluering**

Evalueringen kan inkludere en rekke faktorer:

- Brukertilfredshet: Spørreundersøkelser og intervjuer med pasienter kan kartlegge hvorvidt de opplever at fysisk aktivitet har hatt en positiv effekt på deres psykiske helse.
- Kliniske resultater: Måling av symptomer på depresjon, angst og kroniske smerter over tid kan gi innsikt i hvordan fysisk aktivitet påvirker pasientens psykiske tilstand.
- Økonomisk evaluering: Kost-nytte-analyser kan måle hvor kostnadseffektiv denne tilnærmingen er, spesielt med tanke på reduserte helseutgifter knyttet til medikamentbruk og behov for annen behandling.
- Samarbeidseffektivitet: Evaluere hvordan de ulike behandlingsgruppene, inkludert helse- og treningsfysiologer, fysioterapeuter og psykologer, samarbeider for å gi pasientene en helhetlig behandling.
- Langsiktige helsegevinster: På sikt kan man vurdere om tiltaket bidrar til reduksjon i livsstilssykdommer og andre somatiske sykdommer blant pasienter med psykiske

lidelser, noe som er spesielt viktig med tanke på den høye oversykeligheten i denne pasientgruppen

## 2.6 Fysisk aktivitet i eldreomsorgen

### Hvilket tiltak er det vi foreslår?

Vi foreslår å fremme fysisk aktivitet, spesielt styrketrening, som et sentralt tiltak i eldreomsorgen for å forbedre eldre menneskers funksjonelle helse og bidra til at flere kan bo hjemme lengre. Muskelstyrke er essensielt og viktigste begrensende faktor for eldre i gjennomføring av dagliglivets gjøremål. Redusert fysisk form er både en årsak til og en konsekvens av aldring og sykdom, og fysisk aktivitet, særlig styrketrening er essensielt for å opprettholde muskelstyrke, balanse og generell funksjonsevne hos eldre [33-35]. Dette tiltaket innebærer etablering av dedikerte treningsarenaer for eldre med kvalifisert personell, som fysioterapeuter og helse- og treningsfysiologer, samt integrering av treningsprogrammer på alders- og sykehjem.

### Hvordan tenker vi at tiltaket skal gjennomføres?

Tiltaket kan gjennomføres gjennom flere strategier:

- Etablering av treningsentre for eldre: Opprette treningsentre eller tilpassede arenaer som fokuserer på eldre ( gjerne med nedre aldersgrense), der treningen kan utføres i trygge omgivelser under veiledning av kvalifisert personell. Dette kan også fungere som en sosial møteplass
- Trening på alders- og sykehjem: Det bør bli en standard at trening tilbys til alle beboere på alders- og sykehjem for å styrke deres muskelmasse og funksjonsevne, samt redusere risikoen for fall og skader.
- Økt opplæring og veiledning: Helsepersonell bør få opplæring i hvordan de kan tilrettelegge for styrketrening og annen fysisk aktivitet blant eldre, med spesielt fokus på riktig teknikk og tilpasset intensitet.

### Kan vi spille på eksisterende struktur?

Vi kan bygge på eksisterende strukturer som alders- og sykehjem samt lokalbaserte helse- og treningstilbud, men disse må tilpasses eldre målgrupper [36]. Mange eldre opplever at de ikke finner seg til rette på tradisjonelle treningsentre, og derfor må det utvikles egne arenaer som er tilpasset deres behov [37, 38]. Samtidig kan vi samarbeide med allerede etablerte helsepersonellressurser som helse- og treningsfysiologer og fysioterapeuter som allerede finnes i helsevesenet.

### Eksempler på lignende tiltak som har vært gjennomført?

Forskning viser styrketrening kan forbedre muskelstyrke, balanse og generell funksjonsevne hos eldre, noe som er avgjørende for å opprettholde selvstendighet og redusere risikoen for fall og skader [39, 40]. I tillegg har studier som har undersøkt effekten av fysisk aktivitet på eldre vist at regelmessig trening kan forbedre kognitiv funksjon og redusere symptomer på depresjon og angst [41, 42]. Det er imidlertid viktig at treningsprogrammer tilrettelegges for eldre [43] da slike

programmer kan bidra til bedre helseutfall og redusere helseutgifter på lang sikt. Disse funnene understøtter behovet for dedikerte treningsarenaer med kvalifisert personell for å fremme fysisk aktivitet blant eldre.

### **Hva må til for å lykkes?**

For å lykkes med dette tiltaket må vi sikre tilstrekkelig politisk og økonomisk støtte, inkludert finansiering av etablering av treningsentre for eldre og integrering av treningsprogrammer på sykehjem. Det bør også legges til rette for opplæring av helsepersonell, slik at de har kompetansen til å veilede eldre i fysisk aktivitet. Videre må det jobbes med å endre kulturen rundt styrketrening blant eldre, slik at de føler seg trygge og motiverte til å delta.

### **Evaluerings**

Evalueringsen kan omfatte flere områder:

- Funksjonell helse: Måle forbedringer i muskelstyrke, balanse og generell funksjonsevne før og etter deltagelse i treningsprogrammer.
- Kognitiv helse: Overvåke kognitiv funksjon og mentale helseparametere som depresjon og angst, som kan forbedres gjennom fysisk aktivitet.
- Sosiale effekter: Vurdere hvordan treningsentre fungerer som sosiale møteplasser for eldre, og hvilken effekt dette har på deres livskvalitet.
- Kostnadseffektivitet: Analysere hvordan tiltakene kan redusere helseutgifter ved å forhindre fall og skader, samt redusere behovet for sykehjemsopphold ved å gjøre det mulig for flere eldre å bo hjemme lengre.

## **2.7 Insentiver for å fremme fysisk aktivitet**

### **Hvilket tiltak er det vi foreslår?**

Vi foreslår økonomiske insentiver og krav for å øke aktivitetsnivået i befolkningen. Dette kan inkludere belønning av pasienter, sykemeldte, uføretrygdede, samt bedrifter og ansatte som aktivt forbedrer sitt aktivitetsnivå. Ved å følge opp tiltakene vil man kunne måle aktivitetsøkningen og beregne de tilhørende økonomiske besparelsene over tid. Økt fysisk aktivitet vil ikke bare redusere helseutgifter, men også gi en betydelig helsegevinst målt både i flere friske leveår (DALYs) og i økt forventet levealder. Dette er avgjørende for en bærekraftig fremtid, hvor eldre kan leve uavhengig lenger, og yngre generasjoner kan stå lengre i arbeid. Tiltaket vil også øke produktiviteten, redusere sykefraværet og bidra til høyere skatteinntekter, ettersom flere ansatte kan forbli i arbeidslivet og yte mer effektivt over tid ([Kalkulator for å beregne helseeffekter av fysisk aktivitet - Helsedirektoratet](#)).

### **Hvordan tenker vi at dette tiltaket skal gjennomføres?**

Tiltaket kan gjennomføres på flere måter:

- Individrettede tiltak: Pasienter og sykemeldte kan belønnes for å øke sitt fysiske aktivitetsnivå. Fysisk aktivitet kan bli en del av aktivitetskravet for å motta trygdeytelser som arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd.

- Arbeidsgiverrettede tiltak: Arbeidsgivere kan motta økonomiske insentiver for å oppmuntre ansatte til fysisk aktivitet, for eksempel gjennom bedriftshelseprogrammer eller tilrettelegging for aktiv pendling.
- Differensiert arbeidsgiveravgift: Vi foreslår å innføre en differensiert arbeidsgiveravgift for bedrifter som tilbyr fysisk aktivitet i arbeidstiden. Eksempelvis, kan bedrifter som lar ansatte trene inntil to timer i uken få en lavere arbeidsgiveravgift. Vi foreslår en ytterligere redusert avgift for arbeidsgivere som tilbyr tilrettelagt trening for ansatte med gradert sykemelding.
- Nasjonalt digital aktivitetsparameter: Dette verktøyet kan fasilitere implementeringen ved å måle og dokumentere fysisk aktivitetsnivå på individ- eller gruppenivå, og kan brukes for å følge opp krav eller belønninger.

### **Kan vi spille på eksisterende infrastruktur?**

Vi kan bygge på eksisterende strukturer via Skatteetaten, NAV og bedriftshelsetjenester. NAV har allerede et system for å stille aktivitetskrav til mottakere av arbeidsavklaringspenger, men dette kan utvides til å inkludere krav om fysisk aktivitet. Bedriftshelsetjenester kan også være en viktig aktør for å fremme fysisk aktivitet på arbeidsplassen gjennom ulike programmer. Offentlige etater burde samarbeide for å sørge for mekanismer som automatisk anvender den reduserte satsen for arbeidsgiveravgiften som kvalifiserer for insentivet.

### **Eksempler på lignende tiltak som er gjennomført?**

Flere internasjonale studier viser at økonomiske insentiver kan øke deltakelsen i fysisk aktivitet. En studie fra University Hospital Düsseldorf fant at økonomiske insentiver forbedret helseutfallene hos pasienter med koronarsykdom ved å øke deres fysiske aktivitetsnivå [44]. En annen studie fra London viste at insentiver som London Congestion Charge økte aktiv pendling som sykling og gåing, spesielt blant lavinntektsgrupper [45]. Disse studiene viser at økonomiske insentiver kan være en effektiv strategi for å fremme fysisk aktivitet.

### **Hva må til?**

For å implementere dette tiltaket må det sikres politisk og økonomisk støtte, inkludert finansiering for å belønne både individer og arbeidsgivere som fremmer fysisk aktivitet. Det er også viktig med klare retningslinjer for hvordan slike insentiver kan innføres og følges opp, spesielt gjennom integrering av digitale løsninger som kan måle og dokumentere aktivitetsnivået. Informasjon rettet mot arbeidsgivere og arbeidstakere vil også være viktig.

### **Evaluering**

Evalueringen kan inkludere:

- Helseutfall: Måling av forbedringer i fysisk aktivitetsnivå og helseutfall som følge av deltakelse i insentivprogrammene.
- Økonomisk effekt: Kost-nytte-analyser for å vurdere hvordan økonomiske insentiver påvirker helseutgifter, for eksempel ved å redusere behovet for medisinsk behandling og øke arbeidsdeltakelsen.

- Deltakelse: Vurdere hvor mange individer og arbeidsgivere som deltar i insentivprogrammene, samt hvordan tiltakene påvirker deres fysiske aktivitetsnivå og livskvalitet.

## 3.0 Diskusjon

Tiltakene vi foreslår bygger på eksisterende strukturer, men samtidig må de være tilpasningsdyktige for å møte fremtidige behov. Et fokus på helhetlig oppfølging, der fysisk aktivitet, kosthold og mental helse sees i sammenheng, vil kunne bidra til mer robuste og bærekraftige løsninger. Videre bør vi ikke undervurdere verdien av å motivere både pasienter og helsepersonell gjennom godt tilrettelagte insentiver og opplæringsprogrammer. Evalueringene må sikre at vi får innsikt i hvordan tiltakene fungerer i praksis, slik at vi kan justere og forbedre dem over tid.

Tiltakene vi har foreslått har som mål å gjøre fysisk aktivitet til en naturlig og integrert del av forebygging og behandling i helsetjenesten. Fysisk aktivitet har veldokumenterte helsefordeler, både fysisk og psykisk, og kan bidra til å redusere risikoen for livsstilssykdommer og forbedre livskvaliteten til den enkelte. Gjennom en helhetlig tilnærming, som kombinerer økonomiske insentiver, opplæring av helsepersonell og økt tverrfaglig samarbeid, kan vi oppnå bedre helseutfall og samfunnsøkonomiske gevinster.

Innføring av en nasjonal digital aktivitetsparameter vil i tillegg legge til rette for forskning på effekter av fysisk aktivitet og effekter av tiltak rettet mot å øke bruken av fysisk aktivitet. Økonomi, faglige retningslinjer og digital infrastruktur er godt tilrettelagt for medikamentell behandling, mens vi mangler tilsvarende for fysisk aktivitet som behandling. Noe av bakgrunnen for dette er antakelig at forskning på medikamentell behandling er enklere i den forstand at det er lettere å gjennomføre vitenskapelig stringente studier. Mulighetene for å gjennomføre dobbeltblinde randomiserte studier på trening og fysisk aktivitet er ikke til stede. Det svekker fysisk aktivitets anseelse i medisinen og dets plass i faget. Det er ikke så lett å komme rundt dette problemet, men det å gjøre fysisk aktivitet mer objektivt og målbart er et steg i rett retning. I tillegg må man finansiere forskning på tiltak og effekter. Forskning på effekt av medikamentell behandling er godt finansiert av en økonomisk sterk legemiddelindustri. Dersom myndighetene ønsker å fremme mer helhetlige tilnærminger til helse i den medisinske kulturen, bør tildelingen av forskningsmidler vurderes. Videre må man vurdere hvordan denne typen forskning vektas i retningslinjearbeid, med tanke på at den vitenskapelig sett ofte ikke kan studeres med like robuste metoder som medikamentell behandling. Ved innføring av en nasjonal digital aktivitetsparameter anbefaler vi samtidig finansiering av overordnede forskningsprogrammer som kan følge utviklingen over tid og dokumentere effekten av tiltakene.

## 4.0 Konklusjon

Målet med oppdraget var å utvikle et system som kan støtte og evaluere overgangen til en mer forebyggende helsetjeneste. Dette innebærer blant annet å identifisere virkemidler som kan fremme fysisk aktivitet, og hvordan disse kan brukes fra systemnivå til direkte kontakt mellom helsepersonell og pasienter.

Dette er EIMs forslag:

- **Nasjonal digital aktivitetsparameter:** Dette verktøyet vil gi helsepersonell og pasienter en objektiv måte å måle og følge opp fysisk aktivitet på. Det vil også integreres i EPJ, noe som sikrer at fysisk aktivitet blir en naturlig del av behandlingsplanen.
- **Opplæring av helsepersonell:** Riktig opplæring er avgjørende for at helsepersonell skal kunne fremme fysisk aktivitet effektivt. Det er viktig at både grunnutdanning og videreutdanning inkluderer ferdigheter som motiverende intervju og veiledning i fysisk aktivitet.
- **Nye samarbeidsformer:** Økt samarbeid mellom ulike faggrupper i helsetjenesten, som fastleger, fysioterapeuter og helse- og treningsfysiologer, vil sikre at pasienter får en mer helhetlig oppfølging. Dette krever både organisatoriske og finansielle virkemidler for å tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid.
- **Gruppebaserte tiltak:** Fysisk aktivitet i kombinasjon med mental helse og kostholdsrådgivning har vist seg å ha synergistiske effekter. Gruppebaserte intervensjoner fremmer også sosial tilhørighet, mestring og motivasjon hos pasientene, noe som øker sjansen for langvarige positive endringer.
- **Tiltak for psykiske lidelser og smertebehandling:** Fysisk aktivitet bør integreres som en del av behandlingen for psykiske lidelser og kroniske smerter, da det har vist seg å være like effektivt som medikamentell behandling og samtaleterapi. Det bør utvikles treningsprogrammer spesifikt rettet mot denne pasientgruppen, og helsepersonell må få opplæring i hvordan fysisk aktivitet kan brukes som et verktøy i behandlingen.
- **Fysisk aktivitet i eldreomsorgen:** Fysisk aktivitet, særlig styrketrening, bør integreres som en standard i eldreomsorgen for å forbedre funksjonsevne og redusere risikoen for fall og skader. Treningsprogrammer kan tilbys på alders- og sykehjem, samt gjennom spesialiserte treningssentre for eldre. Helsepersonell må få opplæring i å tilrettelegge for trygg og effektiv trening for eldre.
- **Insentiver for å fremme fysisk aktivitet:** Økonomiske insentiver bør brukes for å motivere både individer og arbeidsgivere til å øke fysisk aktivitet. Dette kan inkludere belønninger for pasienter som oppfyller aktivitetskrav, samt insentiver til arbeidsgivere som fremmer fysisk aktivitet blant sine ansatte gjennom bedriftshelsetiltak.

For å lykkes er det flere faktorer som er viktige:

- Politisk støtte og økonomiske ressurser for å sikre implementering av tiltakene.
- Tilpasning til eksisterende strukturer i helsetjenesten, slik at tiltakene blir realistiske å gjennomføre.
- Opplæring av helsepersonell for å sikre at fysisk aktivitet blir en integrert del av behandlingen.

- Kontinuerlig evaluering for å måle effekten og justere tiltakene etter behov.

Vi har identifisert følgende *barrierer* for å få til en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste gjennom fysisk aktivitet:

- Økonomiske barrierer for pasienter, som kostnader knyttet til treningsutstyr eller deltakelse i aktivitetsprogrammer.
- Manglende kunnskap og bevissthet hos både pasienter og helsepersonell om effekten av fysisk aktivitet som behandling.
- Tekniske utfordringer knyttet til integrering av digitale verktøy i eksisterende helsesystemer
- Manglende politisk vilje til å prioritere penger til å bruke fysisk aktivitet i forebygging i helse- og omsorgstjenesten

Implementeringen av disse tiltakene krever en koordinert innsats fra helsetjenesten, politiske aktører og arbeidsgivere. Det er behov for klare retningslinjer, økonomisk støtte, og kontinuerlig opplæring av helsepersonell for å lykkes med å gjøre fysisk aktivitet til en integrert del av helsetjenesten. Ved å satse på fysisk aktivitet som forebygging og behandling kan vi oppnå bedre helse for individet, redusert sykefravær og betydelige samfunnsøkonomiske besparelser. Evalueringene vil sikre at tiltakene kan justeres og forbedres over tid, slik at vi kan sikre best mulig effekt for både individ og samfunn.

## Referanser

1. Nes BM, Gutvik CR, Lavie CJ, Nauman J, Wisløff U. Personalized Activity Intelligence (PAI) for Prevention of Cardiovascular Disease and Promotion of Physical Activity. *The American journal of medicine*. 2017;130;(3):328-36.
2. Kieffer SK, Zisko N, Coombes JS, Nauman J, Wisløff U. Personal Activity Intelligence and Mortality in Patients with Cardiovascular Disease: The HUNT Study. *Mayo Clinic proceedings*. 2018;93;(9):1191-201.
3. Zisko N, Skjerve KN, Tari AR, Sandbakk SB, Wisløff U, Nes BM, Nauman J. Personal Activity Intelligence (PAI), Sedentary Behavior and Cardiovascular Risk Factor Clustering - the HUNT Study. *Progress in cardiovascular diseases*. 2017;60;(1):89-95.
4. Nauman J, Nes BM, Zisko N, Revdal A, Myers J, Kaminsky LA, Wisløff U. Personal Activity Intelligence (PAI): A new standard in activity tracking for obtaining a healthy cardiorespiratory fitness level and low cardiovascular risk. *Progress in cardiovascular diseases*. 2019;62;(2):179-85.
5. van der Weegen S, Verwey R, Spreeuwenberg M, Tange H, van der Weijden T, de Witte L. It's LiFe! Mobile and Web-Based Monitoring and Feedback Tool Embedded in Primary Care Increases Physical Activity: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*. 2015;17;(7):e184.
6. Følling IS, Oldervoll LM, Hilmarsen C, Ersfjord EMI. Exploring use of activity monitors for patients with obesity during weight-loss treatment - a qualitative study. *BMC Sports Sci Med Rehabil*. 2021;13;(1):25.
7. Catellier DJ, Hannan PJ, Murray DM, Addy CL, Conway TL, Yang S, Rice JC. Imputation of missing data when measuring physical activity by accelerometry. *Med Sci Sports Exerc*. 2005;37;(11 Suppl):S555-S62.

8. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, Bernhardt J, Lannin N, Morris ME, Taylor NF. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation*. 2014;28;(12):1159-71.
9. Hardcastle SJ, Taylor AH, Bailey MP, Harley RA, Hagger MS. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2013;10:40.
10. Bennett JA, Lyons KS, Winters-Stone K, Nail LM, Scherer J. Motivational interviewing to increase physical activity in long-term cancer survivors: a randomized controlled trial. *Nursing research*. 2007;56;(1):18-27.
11. Brodie DA, Inoue A. Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of advanced nursing*. 2005;50;(5):518-27.
12. Hardcastle S, Blake N, Hagger MS. The effectiveness of a motivational interviewing primary-care based intervention on physical activity and predictors of change in a disadvantaged community. *J Behav Med*. 2012;35;(3):318-33.
13. Hardcastle SJ, Fortier M, Blake N, Hagger MS. Identifying content-based and relational techniques to change behaviour in motivational interviewing. *Health Psychol Rev*. 2017;11;(1):1-16.
14. Kang E. Intersectoral collaboration for physical activity in Korean Healthy Cities. *Health promotion international*. 2016;31;(3):551-61.
15. Rütten A, Abu-Omar K, Messing S, Weege M, Pfeifer K, Geidl W, Hartung V. How can the impact of national recommendations for physical activity be increased? Experiences from Germany. *Health research policy and systems*. 2018;16;(1):121.
16. Helsper N, Dippon L, Kohler S, Birkholz L, Weber P, Pfeifer K, Ruetten A, Semrau J. O.5.3-5 Existing structures for physical activity promotion: the role of resources, political support, intersectoral collaboration, and participation in six pilot communities - a comparative case study. *European Journal of Public Health*. 2023;33;(Supplement\_1).
17. Born CDC, Bhadra R, D'Souza G, Kremers SPJ, Sambashivaiah S, Schols A, Crutzen R, Beijers R, Consortium PO. Combined Lifestyle Interventions in the Prevention and Management of Asthma and COPD: A Systematic Review. *Nutrients*. 2024;16;(10).
18. Karageorgou A, Kokaridas D, Theodorakis Y, Goudas M, Krommidas C, Christodoulou E, Mousiolis S. THE EFFECT OF A COMBINED EXERCISE AND GOAL SETTING PROGRAM ON PHYSICAL ACTIVITY LEVELS, NUTRITIONAL HABITS AND SMOKING CESSATION OF GREEK PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS. *European Journal of Physical Education and Sport Science*; Vol 8, No 5 (2022)DO - 1046827/ejpev8i54344. 2022.
19. Thomas J, Thirlaway K, Bowes N, Meyers R. Effects of combining physical activity with psychotherapy on mental health and well-being: A systematic review. *Journal of affective disorders*. 2020;265:475-85.
20. Creswell JD, Lindsay EK, Villalba DK, Chin B. Mindfulness Training and Physical Health: Mechanisms and Outcomes. 2019;81;(3):224-32.
21. Zhang D, Lee EKP, Mak ECW, Ho CY, Wong SYS. Mindfulness-based interventions: an overall review. *British Medical Bulletin*. 2021;138;(1):41-57.
22. Hamasaki H. The Effects of Mindfulness on Glycemic Control in People with Diabetes: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses. 2023;10;(9):53.
23. Greeson JM, Chin GR. Mindfulness and physical disease: a concise review. *Current Opinion in Psychology*. 2019;28:204-10.
24. Strauss C, Bibby-Jones AM, Jones F, Byford S, Heslin M, Parry G, Barkham M, Lea L, Crane R, de Visser R *et al*. Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Supported Mindfulness-Based Cognitive Therapy Self-help Compared With Supported Cognitive

- Behavioral Therapy Self-help for Adults Experiencing Depression: The Low-Intensity Guided Help Through Mindfulness (LIGHTMind) Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*. 2023;80;(5):415-24.
25. Kettle VE, Madigan CD, Coombe A, Graham H, Thomas JJC, Chalkley AE, Daley AJ. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2022;376:e068465.
  26. Rachmah Q, Martiana T, Mulyono M, Paskarini I, Dwiyantri E, Widajati N, Ernawati M, Ardyanto YD, Tualeka AR, Haqi DN *et al*. The effectiveness of nutrition and health intervention in workplace setting: a systematic review. *J Public Health Res*. 2021;11;(1).
  27. Flemmen G, Unhjem R, Wang E. High-intensity interval training in patients with substance use disorder. *BioMed research international*. 2014;2014:616935.
  28. Unhjem R, Flemmen G, Hoff J, Wang E. Maximal strength training as physical rehabilitation for patients with substance use disorder; a randomized controlled trial. *BMC Sports Sci Med Rehabil*. 2016;8:7.
  29. Harvey SB, Øverland S, Hatch SL, Wessely S, Mykletun A, Hotopf M. Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study. *The American journal of psychiatry*. 2018;175;(1):28-36.
  30. Schuch FB, Vancampfort D. Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2021;43;(3):177-84.
  31. Noetel M, Sanders T, Gallardo-Gómez D, Taylor P, Del Pozo Cruz B, van den Hoek D, Smith JJ, Mahoney J, Spathis J, Moresi M *et al*. Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Bmj*. 2024;384:e075847.
  32. Puljak L, Arienti C. Can Physical Activity and Exercise Alleviate Chronic Pain in Adults?: A Cochrane Review Summary With Commentary. *Am J Phys Med Rehabil*. 2019;98;(6):526-7.
  33. Burton E, Farrier K, Lewin G, Pettigrew S, Hill AM, Airey P, Bainbridge L, Hill KD. Motivators and Barriers for Older People Participating in Resistance Training: A Systematic Review. *J Aging Phys Act*. 2017;25;(2):311-24.
  34. Khodadad Kashi S, Mirzazadeh ZS, Saatchian V. A Systematic Review and Meta-Analysis of Resistance Training on Quality of Life, Depression, Muscle Strength, and Functional Exercise Capacity in Older Adults Aged 60 Years or More. *Biological research for nursing*. 2023;25;(1):88-106.
  35. Grgic J, Garofolini A, Orazem J, Sabol F, Schoenfeld BJ, Pedisic Z. Effects of Resistance Training on Muscle Size and Strength in Very Elderly Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Sports Med*. 2020;50;(11):1983-99.
  36. Collado-Mateo D, Lavin-Perez AM, Penacoba C, Del Coso J, Leyton-Roman M, Luque-Casado A, Gasque P, Fernandez-Del-Olmo MA, Amado-Alonso D. Key Factors Associated with Adherence to Physical Exercise in Patients with Chronic Diseases and Older Adults: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18;(4).
  37. Cavill NA, Foster CEM. Enablers and barriers to older people's participation in strength and balance activities: A review of reviews. *Journal of frailty, sarcopenia and falls*. 2018;3;(2):105-13.
  38. Pettigrew S, Burton E, Farrier K, Hill AM, Bainbridge L, Lewin G, Airey P, Hill K. A Typology of Factors Influencing Seniors' Participation in Strength Training in Gyms and Fitness Centers. *J Aging Phys Act*. 2018;26;(3):492-8.
  39. Marsh AP, Miller ME, Rejeski WJ, Hutton SL, Kritchevsky SB. Lower extremity muscle function after strength or power training in older adults. *J Aging Phys Act*. 2009;17;(4):416-43.

40. Hazell T, Kenno K, Jakobi J. Functional benefit of power training for older adults. *J Aging Phys Act.* 2007;15;(3):349-59.
41. Goodarzi S, Teymouri Athar MM, Beiky M, Fathi H, Nakhaee Z, Omran SP, Shafiee A. Effect of physical activity for reducing anxiety symptoms in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Sports Sci Med Rehabil.* 2024;16;(1):153.
42. Xu L, Gu H, Cai X, Zhang Y, Hou X, Yu J, Sun T. The Effects of Exercise for Cognitive Function in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20;(2).
43. Delaire L, Courta y A, Humblot J, Aubertin-Leheudre M, Mourey F, Racine AN, Gilbert T, Niasse-Sy Z, Bonnefoy M. Implementation and Core Components of a Multimodal Program including Exercise and Nutrition in Prevention and Treatment of Frailty in Community-Dwelling Older Adults: A Narrative Review. *Nutrients.* 2023;15;(19).
44. Mohebbi D, Ogurtsova K, Dyczmons J, Dintsios CM, Kairies Schwarz N, Icks A. Incentives for physical activity in cardiac patients in Germany: pre-trial health economic modelling. *European Journal of Preventive Cardiology.* 2023;30;(Supplement\_1).
45. Nakamura R, Albanese A, Coombes E, Suhrcke M. Do Economic Incentives Promote Physical Activity? Evidence from the London Congestion Charge IZA Institute of Labor Economics: Discussion Paper Series. 2021;14957.

## Vedlegg