

RAPPORT



RAPPORTSERIE FRA
SENTER FOR HELSEFREMMEDE FORSKNING
HIST/NTNU

RAPPORT 2011/2

Oldervoll LM & Lillefjell M

Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling Innherredsmodellen - Trinn 1

Kunnskapsoversikt

Trondheim, april 2011



Kunnskapen
du trenger



NTNU

Det skapende universitet

Oldervoll LM & Lillefjell M

Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling Innherredsmodellen - Trinn 1

Kunnskapsoversikt



Kunnskapen
du trenger



NTNU

Det skapende universitet

Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU

© Oldervoll LM & Lillefjell M

ISBN 978-82-93158-01-1

ISSN 1892-6207

RAPPORT 2011/2

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
SAMMENDRAG	2
Bakgrunn for kunnskapsoversikten	2
Metode	2
Resultat	2
Konklusjon	3
INTRODUKSJON	5
Teoretisk referanseramme	6
METODE	8
Hvorfor viktig med evidensbaserte beslutninger - kunnskapsbasert folkehelsearbeid?	8
Kunnskapsoppsummering	9
RESULTATER	10
Organisering av fysisk aktivitet, kosthold og råd om røykeslutt i Frisklivssentralene	10
Hva kan fremme fysisk aktivitet i befolkningen?	11
Oversikt over vitenskapelige studier av modellene for fysisk trening på resept i Norge, Sverige og Danmark	13
Studier og evalueringer gjennomført i Norge	14
Studier og evalueringer gjennomført i Danmark	18
Studier og evalueringer gjennomført i Sverige	19
OPPSUMMERING KUNNSKAPSOVERSIKT	21
FORSLAG TIL TILTAK	22
REFERANSER	25

SAMMENDRAG

Bakgrunn for kunnskapsoversikten

”Resept for et sunnere Norge” (St.meld. nr 16; 2002-2003) retter søkelyset mot folkehelsearbeidet i Norge, med fokus på mer forebygging og mindre reparering. ”Samhandlingsreformen” (St.meld. nr 47; 2010-2011) peker videre på at det er behov for et tverrsektorielt folkehelsearbeid med økt helsefremmende innsats og tidlig intervensjon. Det er behov for å styrke de helsefremmende og forebyggende helsetjenestene i kommunene. Som ett ledd i dette arbeidet mener Helsedirektoratet at Frisklivssentralene (FLS) er og vil være et bidrag i dette arbeidet fremover og anbefaler opprettelse av FLS i alle kommuner i Norge. FLS skal i følge Helsedirektoratet ha tilbud som skaper flere leveår med god helse i befolkningen og mindre helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.

På oppdrag fra prosjektgruppa bestående av deltakere fra Verdal og Levanger kommune, HiNT, NAV Levanger, Helse Nord-Trøndelag Helseforetak ved prosjektleder Arne Okkenhaug har Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU utarbeidet en kunnskapsoversikt i forbindelse med prosjektet Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling – Innherredsmodellen. Hovedmålet med kunnskapsoversikten er å gi en oversikt over hva som per i dag er ”beste praksis” for organisering og innholdet i en FLS basert på tilgjengelige informasjon og resultater fra upubliserte og publiserte rapporter og studier.

Metode

Materialet er hentet og sammenstilt fra gjennomgang av søk i relevant databaser, rapporter, hjemmesider, kommunikasjon med eksperter og vitenskapelige studier med fagfellesvurderinger (refereeordning). Formålet er å gi en oversikt over studier og evalueringer gjort innenfor feltet ”exercise on prescription” eller trening på resept som inkluderer en kombinasjon av intervensjoner for å øke fysisk aktivitetsnivå, bedre kosthold og fokus på røykeslutt. Vi har i all hovedsak fokusert på tilgjengelig litteratur fra Norge, Sverige og Danmark fordi det skal være mest mulig generaliserbart til norske forhold.

Resultat

I evaluering av arbeidsmetoden med Frisklivssresepten i Norge fant man at det er viktig med et tett samspill mellom regionalt og lokalt nivå. Det er viktig med forankring lokalt, spesielt hos kommunelege 1. Kommunelege 1 har en nøkkelfunksjon for å få de andre legene med på

ordningen. Kjennskapen til, kunnskapen om og bruken av ordninga er avhengig av *kontinuerlig informasjon*.

Rapporter fra flere studier viser at 2/3 av deltakerne i ”trening på resept” er kvinner, gjennomsnittsalderen ligger rundt 50 år og gjennomsnittlig kroppsmasseindeks ligger rundt 30. Data med henblikk på sosial status til deltakerne er mer usikre. Noen studier viser at man treffer deltakere med lav sosial status, mens andre studier peker i andre retninger. Per i dag finnes ingen vitenskapelige artikler på effekter av frisklivssentraler på pasientnivå publisert i tidsskrift med fagfellesvurdering fra Norge, men en studie er nylig avsluttet og resultatene er innsendt til tidsskrift. En studie med 90 deltakere viser at ”trening på resept” i tre måneder førte til redusert vekt, økt fysisk kapasitet (styrke og kondisjon) og bedret selvrapportert helse. Ved 12 måneders oppfølging etter avsluttet tilbud ble nivået delvis opprettholdt. En mastergradsoppgave fra Norges Idrettshøyskole viser at de risikofaktorer og diagnosene som oftest fører til henvisning er overvekt, diabetes type 2, fysisk inaktivitet, muskel-skjelettlidelser, hjerte-karsykdommer, kronisk obstruktiv lungesykdom og psykiske lidelser.

I Sverige og Danmark har flere doktorgradsavhandlinger og studier de siste 5 årene vært koblet til de svenske og danske modellene av ”fysisk aktivitet på resept”. Kort oppsummert viser studiene at deltakelse i ”trening på resept” fører til at pasientene øker sitt aktivitetsnivå og får bedre fysisk form, og at det opprettholdes ved 6 og 12 måneders oppfølging. Ulike helseøkonomiske studier med kobling til ”trening på resept” er også gjennomført og viser at det er samfunnsøkonomisk gunstig. Mer intensiv intervensjon med trening i gruppe 3 ganger per uke og kostråd hos pasienter med moderat til høy risiko for utvikling av hjerte-karsykdom fører til økt fysisk aktivitetsnivå umiddelbart etter intervensjonen, og også tre år etter sammenliknet med kontrollgruppen som får standard behandling. Det å ha det *artig* når man trener ser ut til å være av betydning for om man fortsetter med fysisk aktivitet på sikt.

Konklusjon

Hovedkonklusjonen er at ”trening på resept” har en effekt på kort og mellomlang sikt. Langtidseffekten vet vi foreløpig lite om. Det er trolig viktig med individuell tilpasning og den fysiske treningen må tilpasses inn i folks hverdag hvis det skal bli en rutine. Selv om data fra flere studier viser positive funn er det stor mangel på evidens på mange områder. Vi vet lite om hvem som benytter tilbudene i forhold til sosial status, hvem faller fra underveis og hvem er de som ikke velger å delta tilbudet. Primært har det vært fokus på å måle effekt på

fysisk form og fysisk aktivitetsnivå. Der i liten grad brukt målemetoder som måler individets evne til mestring og deltakelse i arbeidslivet eller samfunnet for øvrig f. eks kulturdeltakelse. En sentralt og viktig utfordring for målgruppene for henvisning til frisklivssentralen er hvordan man kan øke aktiviteten i hverdagen. En annen utfordring er hvordan man får folk til å fortsette med egenaktivitet etter at de er ferdig med reseptperioden.

Det er et utstrakt behov for kunnskapsbaserte tiltak som er rettet både mot personer og grupper i befolkningen som har behov for hjelp til å endre helseatferd. Ved opprettelse av nye frisklivssentraler i Norge anbefales det derfor at forskning og utviklingsarbeid vektlegges og at det settes fokus på forskningsprosessen allerede i planleggingsfasen. Videre bør man forsøke å etablere et nasjonalt samarbeid hva gjelder bruk av evalueringsverktøy. Dette med tanke på å utvikle en kunnskapsdatabase som gir mulighet for evaluering av effekten av anbefalte tiltak over tid, kunne sammenligne effekt av ulike tilbud og ikke minst bidra til kunnskapsutvikling på fagområdet.

INTRODUKSJON

Kroniske ikke-smittsomme sykdommer utgjør en betydelig helseutfordring i Norge i dag.

Hjerte/kar- og kreftsykdommer er de vanligste dødsårsakene. Sentrale risikofaktorer for disse sykdommene er blant annet fysisk inaktivitet, tobakksbruk og usunt kosthold. Sosiale forhold påvirker helse og det eksisterer klare sosiale ulikheter i helse i Norge (Sund og Krokstad, 2005; Elstad et al., 2007).

Til tross for tilgjengelig kunnskap om at fysisk aktivitet er bra for helsa går samfunnsutviklingen i retning av en mer stillesittende livsstil. Utilstrekkelig fysisk aktivitetsnivå i befolkningen er en stor helseutfordring. 4 av fem voksne i Norge er ikke tilstrekkelig fysisk aktive til å oppnå vesentlige helseeffekter. Samtidig ser man at forekomsten av fedme og overvekt øker (Helsedirektoratet, 2009). I følge en fersk rapport fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag finner man en økning av overvekt og fedme i nesten alle aldersgrupper (Krokstad og Knutsen, 2011). Det er mest uttalt hos de unge voksne, og betydelig mer hos menn enn hos kvinner. Gledelig er det imidlertid at det har vært en betydelig reduksjon av antall røykere i Norge i løpet av de siste årtier. Reduksjonen kom først hos menn, men fra slutten av 90-tallet rapporteres det også reduksjon blant kvinner (Krokstad og Knutsen, 2011). Det er imidlertid verdt å merke seg er at det er store sosiale skjevheter. 25 % av alle med høyere utdanning tilfredstiller anbefalinger om fysisk aktivitet mens bare 16 % av dem med grunnskoleutdanning gjør det. Forekomst av røykere er tre ganger høyere hos de med lav utdanning enn blant de med høyskoleutdanning eller mer. Man finner også at personer med lav utdanning har mer usunt kosthold enn de med høy utdanning (Folkehelseinstituttet, 2010).

Sykefraværet i Norge er høyt. I 2009 lå det på 7.7 % og 11 % av den yrkesaktive befolkning mottok uføreytelser. Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser er de vanligste årsakene til trygdeytelser (Helsedirektoratet, 2010). Utfordringene hos disse målgruppene må gjerne ses i sammenheng, da muskel- og skjelettlidelser assosieres med negative emosjoner som depresjon, sinne, og angst (Lillefjell, Krokstad & Espnes, 2007). Betydningen av psykososiale faktorer i forhold til funksjon antas generelt også å være sterkere hos personer med diffuse smertetilstander i muskel- og skjelett sammenliknet med befolkningen for øvrig (Lillefjell, Jakobsen & Krokstad, 2010).

”Resept for et sunnere Norge” (St.meld. nr 16, 2002-2003) retter søkelyset mot folkehelsearbeidet i Norge, med fokus på mer forebygging og mindre reparering. ”Samhandlingsreformen” (St.meld. nr 47, 2010-2011) peker blant annet videre på at det er behov for et tverrsektorielt folkehelsearbeid med økt helsefremmende innsats og tidlig intervensjon. Det er behov for å styrke de helsefremmende og forebyggende helsetjenestene i kommunene.

Helsedirektoratet mener at frisklivssentralene (FLSene) er og vil være et bidrag i dette arbeidet fremover og anbefaler opprettelse av FLSer i alle kommuner i Norge. FLSene skal i følge Helsedirektoratet ha tilbud som skaper flere leveår med god helse i befolkningen og mindre helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. Ved organisering av kommunale FLSer er målsettingen å bidra til kontinuitet og kvalitet i tilbudene. Tilbudet ved FLSene skal være individuelt tilpasset og samtidig gi deltakerne en følelse av å delta i et fellesskap. I tråd med dette tilbyr sentralene gjerne individuell veiledning og motivasjonssamtaler sammen med gruppetilbud for fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt (Martins, 2009). Videre fremheves viktigheten av at Frisklivssentralene skal fungerer som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen.

På oppdrag fra prosjektgruppa bestående av deltakere fra Verdal og Levanger kommune, HiNT, NAV Levanger, Helse Nord-Trøndelag Helseforetak ved prosjektleder Arne Okkenhaug har Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU utarbeidet en kunnskapsoversikt. Hovedmålet med kunnskapsoversikten er å gi en oversikt over hva som per i dag er ”beste praksis” for organisering og innholdet i en frisklivssentral basert på tilgjengelige informasjon og resultater fra upubliserte og publiserte rapporter og studier.

Teoretisk referanseramme

Folkehelsepolitikkenes overordnende mål er flere leveår med god helse i befolkningen og reduserte sosiale helseforskjeller (Høringsnotat; Forslag til ny folkehelselov, 2010).

Det internasjonale begrepet ”health promotion” ble for alvor etablert med Ottawa-charteret (WHO, 1986). ”Health promotion” dekker det vi gjerne benevner som folkehelsearbeid, og omfatter både det helsefremmende og forebyggende arbeidet. I det helsefremmende arbeidet dreier det seg primært om å styrke helsen blant folk, altså en salutogen tilnærming som først

og fremst vektlegger positive ressurser for helse (Antonovsky, 1987; Eriksson, 2007). Logisk nok må folkehelsearbeidet også inkludere innsatser for å motvirke at helsen svekkes. Når det gjelder mål og innsatsområder er ikke skillet mellom det helsefremmende og det forebyggende arbeidet så tydelig, men derimot er det klare forskjeller i ideologi, arbeidsmåter og valg av virkemidler (Mæland, 2005).

En utvidet definisjon av helse, jfr. WHO (1986) gir i langt større grad plass for tiltak som ikke bare har til formål å forhindre sykdom og skade, men også å fremme trivsel og livskvalitet. Helsefremmende arbeid er definert som ”den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse” (Ottawa-charteret, WHO 1986). Selv om Ottawa-charteret må betegnes som et utgangspunkt, og ikke en endelig definisjon, har idègrunlaget fått internasjonalt gjennomslag og stimulert til nytenkning rundt gjennomføringen av det helsefremmende og forebyggende arbeidet som viktige komplementære strategier. På mange måter kan man si at Ottawa-charteret la grunnlaget for et paradigmeskifte i folkehelsearbeidet med sitt brede samfunnsperspektiv på helse og fordeling av helse (Helsedirektoratet, 2010). Dette innebærer en økende forståelse for at folkehelsearbeidet må ta utgangspunkt i faktorer som påvirker helsen (helsedeterminanter). Eksempel på slike helsedeterminanter kan være utdanning, arbeid, inntekt, bo- og nærmiljø, sosial inkludering, tilgang til tjenester, tilgang til friskfaktorer som ren luft, naturområder, gang- og sykkelstier med mer.

Begrepet ”empowerment” står sentralt i folkehelsearbeidet (Høringsnotat; Forslag til ny folkehelselov, 2010). ”Empowerment” benevnes gjerne som synonymt med begrep som myndiggjøring og mestring, og handler om å styrke egenskapene hos enkeltmennesket, det å kunne påvirke strukturelle forhold og livsbetingelser, samt å legge til rette for at den enkelte skal kunne delta i prosesser som har betydning for å kunne ta kontroll over eget liv og helse (Mæland, 2005; Borge, 2007; Engeset, 2010). Med andre ord fordrer en helsefremmende tilnærming et fokus på tiltak for å bedre livskvaliteten for enkeltindividet, i lokalmiljøet og i samfunnet (Raphael, 2010). Dette er i tråd med den salutogene orienteringen som fremhever at det ultimate fokuset i det helsefremmende arbeidet er aktiviteter/tiltak som muliggjør et godt liv, og hvor opplevd god helse betraktes som en sentral determinant for livskvalitet (Lindsstöm & Eriksson, 2010). Et viktig utgangspunkt og fundament også i frisklivssatsningen.

METODE

Hvorfor viktig med evidensbaserte beslutninger - kunnskapsbasert folkehelsearbeid?

Målet med evidensbaserte beslutningsprosesser i folkehelsearbeidet er å sørge for at beslutninger er basert på best tilgjengelig kunnskap. Når man skal benytte evidensbaserte beslutningsprosesser må man først vurdere hva som utgjør evidens (dvs hvilke kriterier legges til grunn, og hva er det viktig å fremskaffe kunnskap om) i forhold til konkrete helsefremmende tiltak, men også i forhold til beslutningsprosesser på organisatorisk eller politisk nivå (Raphael, 2010).

Ny folkehelselov tydeliggjør kravet om at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert. Helsefremming og folkehelsearbeid handler gjerne om tilpassede prosesser og aktiviteter som i en gitt situasjon forventes å gi de mest positive effektene på helse (Best practice i folkhälsoarbete, Karolinska Institutet, 2011). Dette er prosesser og aktiviteter som i hovedsak er basert på erfaringer. Den erfaringsbaserte kunnskapen er viktig, men kravet om evidensbasert folkehelsearbeid forutsetter også at man fremskaffer forskningsbasert kunnskap om effekt av tiltak, metoder og verktøy på folkehelseområdet.

Hva innebærer det?

Kunnskapsbaserte beslutninger handler om:

1. Benytte best tilgjengelig kunnskap/evidens i alle stadier av politikk og program/ tiltaksutvikling
2. Tydeliggjøre kriterier for inkludering eller ekskludering av evidens
3. Benytte et variert datagrunnlag (bred samfunnsvitenskapelig tilnærming)
4. Generere data gjennom ulike forskningsmetodiske tilnærminger
5. Identifisere og vurdere effektive intervensjoner
6. Formidle forskningsresultater og tilrettelegge for at disse skal gjøres tilgjengelig politisk for beslutningstakere

Kunnskap om helsestatus, helsedeterminanter og effektive intervensjoner er nødvendig for å vurdere helse, identifisere viktige prioriteringer og ikke minst utvikle strategier som fremmer

helse i befolkningen (Strategic Policy Directorate of the Population and Public Health Branch, Canada, 2001; Raphael, 2010).

Kunnskapsoppsummering

Kunnskapsoppsummeringen har til hensikt å vurdere og å oppsummere tilgjengelig kunnskap på fagområdet. Dette for å gi et mest mulig helhetlig bilde av kunnskapsstatus, bidra til eventuell ny kunnskap, men også kunne peke på eventuelle kunnskapshull og vise vei for videre forskning.

For å lage gode kunnskapsoversikter forutsettes det at fagområdet er klart definert og avgrenset, og at man har klare utvalgsriterier. Dette er spesielt utfordrende innen folkehelseområdet. For ikke å ekskludere viktig kunnskap på folkehelseområdet, kreves en bred samfunnsvitenskapelig tilnærming, hvor kvalitative og kvantitative tilnærminger sidestilles.

For å systematisere og favne kunnskapstilfanget på folkehelseområdet og i tilknytning til etablering av Frisklivssentraler har Senter for Helsefremmende forskning HiST/NTNU valgt å definere kunnskapen ut i fra ulike nivå av evidens; nivå 1 (lavest evidens) - nivå 4 (høyest evidens).

- 1. Oversikt over sentrale føringer, styringsdokumenter og lovverk på området**
- 2. Upubliserte rapporter/oversikter i kommunene, egne rapporter på ulike type folkehelse tiltak**
- 3. Publiserte og tilgjengelige rapporter, bøker med mer**
- 4. Vitenskapelige artikler publisert i fagfellevurderte norske og internasjonale tidsskrift**

Denne inndeling har vært utgangspunktet for innhenting av materialet i kunnskapsoversikten. Materialet i denne kunnskapsrapporten er hentet og sammenstilt fra gjennomgang av søk i relevant databaser, rapporter, hjemmesider, kommunikasjon med eksperter og vitenskapelige studier med fagfellesvurderinger (refereeordning). Vi har i all hovedsak fokusert på tilgjengelig litteratur fra Norge, Sverige og Danmark fordi det skal være mest mulig generaliserbart til norske forhold.

RESULTATER

Organisering av fysisk aktivitet, kosthold og råd om røykeslutt i Frisklivssentralene

I februar 2011 ga Helsedirektoratet ut ”Veileder for kommunale frisklivssentraler – etablering og organisering” som beskriver hvordan kommunene bør etablere en Frisklivssentral og hvordan arbeidet med Frisklivsresept organiseres (Helsedirektoratet, 2011). Det skal også utvikles en verktøykasse for gode målemetoder, denne ventes ferdig i løpet av våren 2011.

Ved Frisklivsreseptordningen er det først og fremst leger som henviser, men også annet autorisert helsepersonell i primær-, bedrifts- og spesialisthelsetjenesten kan henvise. Alle pasienter/personer med behov for fysisk aktivitet som forebygging eller behandling kan få en Frisklivsresept. Resepten kan også omhandle råd til endring av matvaner eller røykeavvenning. En kopi av resepten sendes til Frisklivssentralen, pasienten tar selv kontakt med frisklivssentralen og avtaler og bestemmer tid for første helsesamtale. Helsesamtalen eller et såkalt motiverende intervju er en sentral komponent i modellen. Motiverende intervju er en individuell samtale og brukes i dag for å hjelpe mennesker med å endre livsstil og levevaner. Metoden ble opprinnelig utviklet i forbindelse med rådgivning til alkoholikere. Motiverende intervju er en metode som kan brukes i profesjonelle samtaler om skadelig bruk av alkohol og tobakk, samt fremme økt fysisk aktivitet og gode kostvaner eller forhindre overvekt. Metoden passer i sammenhenger der man vil stimulere en annen person til å endre atferd uten å vekke motstand. Motiverende intervju kan brukes som en selvstendig intervensjon for å skape interesse og motivasjon og forberede og hjelpe pasienten/brukeren i gang med endring. Motiverende intervju kan også integreres i annen behandling, noe som ser ut til å forbedre effekten av behandlingen. Metoden er dokumentert å være effektiv for å endre helseatferd (Hetteima et al., 2005; Martins et al., 2009).

I følge veilederen skal aktiviteten være gruppebasert, men likevel individuelt tilpasset den enkelte deltaker. Organiseringen av tilbudet og aktiviteten kan foregå forskjellig i de ulike kommunene. Ved mange eksisterende FLS organiserer man egne aktivitetsgrupper ledet av treningspedagog eller fysioterapeut ved sentralen. En annen måte å organisere seg på er å samarbeide med frivillige og private lag og organisasjoner. Trolig vil en kombinasjon være det aller beste, slik at man kan fange opp individuelle behov hos deltakerne. Målet må være å

finne aktiviteter og tilbud som vil være lett tilgjengelig, som deltaker trives med og som gjør at de ønsker å fortsette etter avsluttet reseptperiode.

Hva kan fremme fysisk aktivitet i befolkningen?

I 2003 gjennomførte Senter for Medisinsk Metodevurdering en litteraturgjennomgang av artikler for å vurdere effekten av ulike virkemidler for å påvirke pasienters levevaner, om økonomiske incentiver (faktor som motiverer, drivkraft) for å påvirke legeadferd med henblikk på rådgivning om levevaner, og om en takst i forhold til rådgivning om livsstil kan være kostnadseffektivt (Senter for medisinsk metodevurdering, 2003). Rapporten konkluderer med at:

- Det er mulig å påvirke legeadferd gjennom økonomiske incentiver, undervisningsbesøk på legens kontor, påminnelse via elektronisk journalsystem
- Det er mulig å endre pasienters levevaner ved rådgivning fra primærlege. Effekten ser ut til å bli bedre når man kombinerer muntlig og skriftlig informasjon
- Endring av levevaner gjennom endring av fysisk aktivitet og kosthold kan være kostnadseffektivt
- Intervensjoner som har til hensikt å endre levevaner kan redusere medikamentbruk, men det er uklart om det er kostnadseffektivt
- Få studier ser på effekt på levealder. Men det konkluderes med at varig endring av mosjons- og kostholdsvaner ikke gir noen endring i antall leveår utover noen få måneder

I Sverige har Statens beredning for medisinsk utvärdering (SBU) systematisk gjennomgått publisert internasjonal litteratur om effekter og kostnadmessige konsekvenser av ulike metoder for å fremme fysisk aktivitet (SBU, 2006). Studiene som inngår i rapporten hadde en oppfølgingstid på minimum seks måneder, en relevant kontrollgruppe og fysisk aktivitetsnivå som endepunkt. Rådgivning ved konsultasjon, teoribasert atferdsintervensjon, veiledet trening i gruppe samt individuelt tilpassede treningsprogram kunne identifiseres som effektive metoder. Barn og unge er nevnt som en spesielt viktig målgruppe.

Rapporten konkluderer med at rådgivning fører til:

- Rådgivning til pasienter under legekonsultasjon fører til 12-50 % økt aktivitetsnivå 6 måneder etter konsultasjonen
- Økt frekvens og intensitet ved gjentatte kontakter over flere måneder gir ytterlig aktivitetsøkning
- Rådgivning sammen med f. eks ”trening på resept”, aktivitetsdagbok, skrittellere eller informasjonsmateriell fører til ytterligere økning av fysisk aktivitetsnivå

Veiledet trening i gruppe og individuelt tilpasset trening:

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

Teoribasert adferdsintervensjon:

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

Metoder rettet mot barn og unge:

- Utvikling av temaet idrett og helse, for eksempel gjennom satsing på helseundervisning, informasjonsmateriell og utdanning av lærere fører til 5-25 % økt aktivitet i kroppsøvingstimene, dette gjelder i større grad for gutter enn for jenter
- Skolebaserte intervensjoner som omfatter flere elementer som for eksempel kompetansetiltak for lærere, tilpasning av læreplanen, ekstra aktivitetsøkter i løpet av skoledagen, satsing på helseopplysning, støtte til atferdsendring og involvering av foreldre har positiv effekt på aktivitetsnivået i løpet av skoledagen og delvis også i fritid

- Skolebaserte intervensjoner rettet mot grupper med økt risiko for hjerte-karsykdom fører til ca 10 % økning i aktivitetsnivå

De anser imidlertid grunnlaget for å si noe kostnadmessige konsekvenser av ulike metoder og intervensjoner for svakt til å trekke konklusjoner.

Oversikt over vitenskapelige studier av modellene for fysisk trening på resept i Norge, Sverige og Danmark

I 2006 publiserte Sørensen og medarbeidere en systematisk oversiktsartikkel på temaet ”trening på resept” (Sørensen JB et al., 2006). Forfatterne hadde følgende forskningsspørsmål: 1) Fører ”trening på resept” til økning i fysisk aktivitetsnivå eller fysisk form og er mer intensiv ”trening på resept” mer effektivt enn mindre intensiv ”trening på resept”? 2) Er ”trening på resept” gjennomførbart i generell praksis? 3) Er ”trening på resept” akseptabelt og gjennomførbart hos stillesittende/ikke fysisk aktive pasienter? 4) Er trening på resept kostnadseffektivt?

Totalt ble 22 studier inkludert i oversiktsartikkelen. Det ble funnet en signifikant økning i fysisk aktivitetsnivå for pasienter som deltok i ”trening på resept” i halvparten av studiene som så på effekter av fysisk aktivitetsnivå (6 av 12 studier). Fysisk form ble målt i tre av studiene og det ble funnet 5 -10 % økning i aerob kapasitet hos pasienter som deltok i ”trening på resept” sammenliknet med kontrollgruppe som ikke fikk tilbud om trening. Men det er foreløpig ikke data som kan si noe om effekt på livsstilsendringer utover ett år. Bare et fåtall av studiene hadde studert forholdet mellom en intensiv intervensjon kontra mindre intensiv intervensjoner. I en studie fant man en større økning av aerob kapasitet i den intensive intervensjonen, mens i en annen studie fant man ingen klare forskjeller. Det kan imidlertid se ut som det kan være kjønnsforskjeller. Hos kvinner var en intervensjon som var omfattende assosiert med best effekt, mens hos menn var en intervensjon som hadde moderat intensitet mer effektivt enn både lavintensitet og høyintensitetsintervensjoner (Sørensen JB et al., 2006).

Primærleger som er villig til å delta i ”trening på resept” prosjekter er stort sett positive, men det er få studier som har involvert et tilfeldig utvalg av primærleger og kritisk evaluert gjennomførbarhet. Det er derfor vanskelig å overføre resultatene til alle primærleger.

Deltakere som fullfører ”trening på resept” har en positiv effekt av opplegget, men vi vet altfor lite om de som faller fra underveis og de som ikke velger å delta i opplegget. En av studiene så på helseøkonomi knyttet til ”trening på resept”. De fant at det var kostnadseffektivt, men det er ikke gjort sammenlikninger med andre type intervensjoner.

Forfatterne konkluderer med at selv om dataene fra studiene viser positive funn er det stor mangel på evidens på mange områder. Det pekes spesielt på at det er mangel på studier av høy kvalitet som evaluerer gjennomførbart i hverdagen til pasienten på sikt (Sørensen JB et al., 2006).

De siste årene er det publisert flere vitenskapelige artikler som har studert de ulike nordiske modellene for ”fysisk aktivitet på resept”. Studiene er gjort klinikknært i de respektive landene og resultatene kan således anvendes i det videre utviklingsarbeidet av ”beste praksis” av fysisk aktivitet på resept i Norden (Helgerud & Eithun, 2010; Kallings, 2008; Leijon, 2009; Sørensen, JB, 2008; Sørensen J, 2010; Blom, 2008; Båtevik et al., 2008; Eriksson MK et al., 2010; Lerdal & Celius, 2011).

Studier og evalueringer gjennomført i Norge

Ferske data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viser at fedme og overvekt øker i alle aldergrupper, men det er mest uttalt hos de unge voksne, og betydelig mer hos menn enn hos kvinner. Samtidig viser data at 2/3 av deltakerne ved Frisklivssentralene er kvinner (Krokstad og Knutsen 2011; Båtevik 2008).

I Norge har det vært mest fokus på prosessutredningen av Grønn resept/Frisklivsresept. Det finnes per i dag ingen publiserte vitenskapelige artikler som ser på effekter av arbeidsmetodene på pasientnivå. Helgerud og Eithun har utgitt en rapport på evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune (Helgerud & Eithun, 2010). En annen studie gjennomført i Drammen er nylig avsluttet og en artikkel fra arbeidet er inne til fagfellesvurdering (Lerdal & Celius, 2011).

I 2005 bevilget Helsedirektoratet midler til Båtevik og medarbeidere, Høyskolen i Volda og Møreforskning for å evaluere modeller for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthold. Dette resulterte i en rapport som ble utgitt fra Møreforskning i 2008 ”*Ein resept å gå for?*”

Evaluering av modeller for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthold". De har evaluert modeller for å legge til rette for ordninger som skulle gi oppfølging til grupper som faller utenfor eksisterende tilbud om trening og veiledning med tanke på endring av levevaner i 32 kommuner og 5 fylker i Norge (Båtevik et al., 2008). I arbeidet med evalueringene er følgende problemstillinger besvart:

- Hvilke faktorer er viktig i forhold til å lykkes med å organisere, forankre og implementere de aktuelle modellene lokalt?
- I hvilken grad setter deltakelse i ordningen i gang endringsprosesser hos de som blir knyttet til tiltaket?
- Hvilke pasienter får trening på resept, gjennomfører de treningen og fortsetter de etter endt behandlingsperiode?

Kort oppsummert konkluderer rapporten med at legene har en nøkkelrolle for å få på plass reseptordningen som har vært under utprøving. Det er viktig med et tett samspill mellom regionalt og lokalt nivå. Forankring lokalt, spesielt hos kommunelege 1 er vesentlig i forhold til rekruttering av deltakere. Det fremheves også at kommunelege 1 har en nøkkelrolle for å få de andre legene med på ordningen. Videre er det viktig med *kontinuerlig informasjon* om tilbudet. Kjennskapen til og kunnskapen om bruken av ordninga er vesentlig.

Reseptbrukerne er i stor grad fornøyd med den oppfølginga de får gjennom helsesamtale og reseptperioden og rapporter at det har vært viktig for å komme i gang med fysisk aktivitet. De lokale ordningene har så langt vært preget av at man har lagt til rette for å få brukerne til å komme i gang med fysisk aktivitet. Tiltak knyttet til røykeslutt og endring i kostvaner har så langt i mindre grad vært integrert i tilbudet. Ansatte knyttet til tilbudene har så langt hatt mindre kompetanse på røykeslutt og endring av kostvaner.

Rapporten peker på spørsmålet om hvem som er målgruppa for ordningen og hvor godt man treffer i forhold til de aktuelle målgruppene. Et problem er at målgruppa ofte ikke er godt nok definert. En del av de som starter i ordningen er mer fysisk aktive enn hva en skulle forvente. Det kan også se ut som at ordninga har overrekruttert de ressurssterke, om vi legger utdanningsnivå til grunn for en slik vurdering. Ordningen rekrutterer langt flere kvinner enn menn. I tillegg er det en utfordring at den i liten grad fanger opp personer med minoritetsbakgrunn. Det er større frafall hos personer med overvekt og hos de med psykisk

sykdom (Båtevik et al., 2008). Funnene fra denne rapporten er viktig å ta med seg i planleggingen av fremtidige Frisklivssentraler.

Helgerud & Eithun har gjennomført en evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune (Helgerud & Eithun, 2010). 90 deltakere som var henvist til ”trening på resept” ble randomisert til enten ordinær frisklivstrening (n = 45) eller 4 x 4 intervalltrening 2 dager per uke over 12 uker. I tillegg til trening ble det holdt informasjonsmøte om kost, drikke og utveksling av erfaringer ukentlig.

Ordinær frisklivstrening besto av leikbasert trening med turer og stafetter samt tradisjonell styrketrening. 4x4 intervalltrening besto av gange i motbakke med og uten staver hvor intensiteten var 85-95 % av maksimal hjerterefrekvens med 3-4 minutter aktive pauser på ca 70 % av maks hjerterefrekvens. I tillegg ble det gjennomført maksimal styrketrening for beina i et beinpressapparat. Intensiteten ble kontrollert med pulsklokke ved begge intervensjonene.

Uavhengig av hvilken gruppe deltakerne var randomisert til ble deltakerne henvist fra lege til helsesamtale med kvalifisert idrettspedagog eller annet helsepersonell. Samtalen hadde som mål å kartlegge livsstil og sette mål for reseptperioden. Følgende forskningsspørsmål ble stilt:

- Hvilke pasienter får trening på resept, gjennomfører de treningen og fortsetter de etter tilbudet er avsluttet?
- Virker ”dagens resept” (dagens FYSAK-trening) på utholdenhet og styrke?
- Kan den fysiske treningen effektiviseres med intervalltrening (4x4 trening) og hvilke følger får dette for frafallet?
- Hvordan påvirker trening på resept deltakerens selvrapporterte fysiske, psykiske og sosiale helse?

Oppsummert viser denne evalueringen at det er flest kvinner som blir henvist til trening på resept (av totalt 90 var 31 menn, og 59 kvinner, dvs 2/3 av materialet er kvinner), gjennomsnittsalder er 50 år og 13 % var røykere. Gjennomsnittlig kroppsmasseindeks var 30, som tilsier at de ligger i grenseland for helseskadelig overvekt. Det rapporteres ikke om arbeidsstatus eller utdanningsnivå i denne undersøkelsen, som ville vært interessant i forhold til å få oversikt over hvem som benytter seg av tilbudet. Det er heller ingen oversikt over hvor

mange deltakere som har sagt nei til å delta. Dette hadde vært interessant å få oversikt over i forhold til å kunne vurdere generaliserbarheten av resultatene. Er de som deltar lik de som sier nei eller ikke ønsker å benytte seg av tilbudet?

78 av 90 deltakere fullfører treningsperioden på 3 måneder (87 %) og 74 deltakere (82 %) deltar ved 12 måneders oppfølging etter oppstart. Dette er lovende resultater, men studien har en del metodiske svakheter som begrenser muligheten til å dra sikre konklusjoner. Materialet er lite, det er ikke gjort styrkeberegninger før opptart av studien og vi vet ikke hvem som har sagt ”nei” og hvem som er rekruttert inn i studien.

Resultatene fra endring i utholdenhet (målt med maksimalt oksygenopptak) viser signifikante forbedring i begge gruppene, men endringen var signifikant bedre i gruppen som trente 4 x 4 intervall. Dette er ikke overraskende, da det intervalltrening er en treningsmetode som påvirker oksygenopptaket mer direkte enn trening med lavere intensitet. Resultatene viser også at etter ett år ligger de signifikant høyere enn de som deltok i ordinær frisklivstrening. Det er her likevel viktig å være klar over at for disse deltakerne er det også andre faktorer som er av betydning, og at det ikke bør bli for mye fokus på endring i oksygenopptaket. Varig endring av livsstil, bedret fysisk og psykisk velvære og økt deltakelse i samfunnet er like viktig. Fokus bør være på endring av livsstil som innebærer mye mer enn bare fysisk trening og fokus på endring i fysisk form. Økt fysisk form er ett element i endring av livsstil, men like viktig er evne til mestring og ta kontroll over eget liv. Her vil vi trenge andre måleverktøy for å fange opp dette i fremtidige studier. Vi mener derfor det ikke er mulig å dra konklusjoner om at intervalltrening er mer effektivt enn ordinær ”frisklivstrening” ut fra dataene i denne studien.

Resultatene fra studien til Lerdal og Celius ble nylig presentert på Frisklivskonferansen i Ålesund februar 2011. En artikkel fra studien er innsendt til tidsskrift for fagfellesvurdering. Vi gir en oppsummering av studien ut fra presentasjonen som ble gitt i Ålesund. Hensikten med studien var å:

- Beskrive den sosiodemografiske bakgrunnen til deltakerne
- Beskrive hvem som faller fra og hvem gjennomfører treningsopplegget
- Sammenlikne deltakernes kondisjon og helse relatert livskvalitet (HRLK) ved oppstart og etter gjennomføring

- Sammenlikne deltakernes HRLK ved oppstart med skåringer etter ett år.

Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Drammen kommune, Buskerud idrettskrets og Drammen idrettsråd. Deltakerne som ble rekruttert i perioden mellom januar 2007 og juni 2008.

Deltakerne fikk en helsesamtale før oppstart, gjennomførte en enkel gangtest før og etter en aktivitetsperiode, og deltok i en aktivitetsperiode på 12 uker. Aktiviteten var i hovedsak gruppeaktivitet som foregikk utendørs, tilbud om å delta på temaundervisning hver uke og til slutt ny helsesamtale etter aktivitetsperioden. Deretter ble resultatet rapportert til primærlegen.

Av 163 som møtte til ”trening på resept” gjennomførte 127 gangtesten (78 %). 78 av 127 (61%) gjennomførte gangtesten i etterkant av treningsperioden. Femtisju deltakere (35 %) svarte på spørreskjema etter ett år. De preliminare konklusjonene fra disse tallene er at frafallet er stort og representerer en betydelig utfordring når man skal tolke effektene av tiltaket. Kort oppsummert var funnene fra studien at deltakerne fikk klinisk signifikante effekter i livskvalitet og bedret kondisjonen etter 12 uker. De som deltok på ettårsoppfølgingen rapporterte bedre livskvalitet enn ved oppstart. Unge deltakere hadde en tendens til å slutte underveis (de som fullførte var signifikant eldre enn de som avbrøt) og relativt få menn deltok (Annars Lerdal, Lovisenberg diakonale høyskole og spesialfysioterapeut Elin Hannevig Celius, Fysioteket, Drammen). Vi avventer den første publikasjonen og endelig resultater fra den første studien gjennomført på ”trening på resept” fra norske forhold (Lerdal og Celius, 2011).

Studier og evalueringer gjennomført i Danmark

I Danmark har en doktorgradsavhandling av Jes Bak Sørensen studert det danske modellen av ”trening på resept” (Sørensen JB, 2008). I en randomisert kontrollert studie ble pasienter som var henvist til ”trening på resept” trukket til enten å få rådgivning (lavintensitet) eller rådgivning og veiledet trening (høyintensitet). Gruppen som fikk høyintensitetstilbud fikk 4 måneder med gruppetrening og deltok i 5 motiverende rådgivningstimer. Lavintensitetsgruppen fikk fire timer med motiverende veiledning. Primært endepunkt var

maksimalt oksygenopptak (VO_{2max}). 327 pasienter ble henvist og 52 (16 %) var villig til å delta i studien. Begge gruppene økte sitt fysiske aktivitetsnivå og resultatene viste ingen forskjeller mellom de to intervensjonene i fysisk aktivitetsnivå eller VO_{2max} verken på kort eller lang sikt (1, 4, 7 og 10 måneder) (Sørensen JB et al, 2007; Sørensen JB et al, 2008).

I en annen dansk studie undersøkte Jan Sørensen og medarbeidere effekten på endring i fysisk aktivitetsnivå og helse relatert livskvalitet hos 449 deltakere i ”trening på resept” (Sørensen J et al., 2011). Intervensjonen besto der av trening i gruppe 2 ganger per uke i 2 måneder, deretter 1 gang i uken i ytterlige 2 måneder kombinert med 4-5 timer med motiverende veiledning. Selvrappørterte spørreskjema ble besvart ved oppstart, etter 4, 10 og 16 måneder. Designet var ”pre-post follow-up design” uten kontrollgruppe. 449 deltakere var villig til å delta. Men frafallet var betydelig hhv $n = 123$ (27 %); $n = 231$ (52 %); $n = 297$ (66 %) etter 4, 10 og 16 måneder. Med andre ord var det 73 % som fullførte selve intervensjonen. Resultatene viser at som gjennomførte økte sitt fysiske aktivitetsnivå og forbedret helse relatert livskvalitet fra start til 4 måneder og opprettholdt aktivitetsnivået gjennom observasjonsperioden. Det er imidlertid betenkelig at så mange som 66 % falt fra studien i løpet av observasjonsperioden (Sørensen J et al., 2011).

En nylig publisert doktorgradavhandling av Thomas Viskum Gjelstrup Bredahl har studert ”adherence” til fysisk aktivitet (Bredahl, 2010). Funnene fra hans studier viser at en positiv holdning eller interesse for fysisk aktivitet ser ut til å være en sterkere prediktor for ”adherence” enn ”self-efficacy” og ”stages of change”. Andre viktige faktorer er sosiale relasjoner som familie, venner, treningsveilederen og andre gruppedeltakere. Bredahl foreslår at for å øke den livslange motivasjon for fysisk aktivitet er en metode å utvikle en modell som flytter fokus fra behandling og helse over på motivasjon og tilfredshet (Bredahl, 2010).

Studier og evalueringer gjennomført i Sverige

To doktorgrader i Sverige har fokusert på den svenske modellen for fysisk aktivitet på resept (FaR)(Kallings, 2008; Leijon 2009). To ukontrollerte kliniske studier har undersøkt om metoden FaR fungerer i den kliniske hverdagen på pasienter i primærhelsetjenesten (Kallings et al., 2008; Leijon et al., 2008; Leijon et al., 2009). Leger, sykepleiere og fysioterapeuter bestemte sammen med pasientene hvem som hadde behov for å øke sitt fysiske aktivitetsnivå

og hvem som fikk tilbud om FaR. Dette innebar at det var stor variasjon i diagnoser, hvorfor pasientene ble henvist og hvilken type aktivitet som ble foreskrevet. Studiene viser at FaR fungerer i klinisk hverdag og fører til økt fysisk aktivitetsnivå og forbedret livskvalitet. Studiene viser også at 60-70 % av deltakerne følger rådene om fysisk aktivitet etter 6 og 12 måneder. En randomisert kontrollert studie hvor en gruppe eldre (gjennomsnittsalder 68) med overvekt ble fordelt til FaR eller til kun råd om fysisk aktivitet. Deltakerne i FaR fikk signifikant forbedret sine metabolske risikofaktorer og kroppssammensetning. Sammenliknet med kontrollgruppen ble flere metabolske risikofaktorer (vekt, bukfett, kolesterol og blodsukker) påvirket signifikant mer i FaR (Kallings et al., 2009). På denne studien gjøres det nå en helseøkonomisk studie av stipendiat Anna Ringborg. I tillegg har Lars Hagberg og Åsa Rome gjort ulike helseøkonomiske studier koblet mot FaR (Hagberg 2007; Hagberg et al., 2005; Rome et al., 2009; Rome et al., 2010)

Margareta Eriksson har i sin avhandling studert en mer intensiv intervensjon enn FaR (Eriksson, 2010). 151 pasienter med moderat til høy risiko for kardiovaskulær sykdom (alder 18-65 år) ble randomisert til aktiv intervensjon eller vanlig standard behandling. Den aktive intervensjonen var gruppetrening ledet av fysioterapeut 3 ganger per uke og kostholdsråd i 3 måneder, fulgt av jevnlig gruppemøter over tre år. Kontrollgruppen fikk standard behandling. Hovedfunnet er at en livsstilsintervensjon med fysisk aktivitet og kostråd bedret kondisjon, midjemål, blodtrykk og helserelatert livskvalitet signifikant sammenliknet med standard behandling hos pasienter med høy risiko for utvikling av hjerte og karsykdom (Eriksson et al., 2009). Det var kostnadseffektivt med en netto innsparing på 47 dollar per deltaker. Langtidsoppfølging etter 3 år viser at den aktive gruppen har færre besøk hos fastlegen (Eriksson et al., 2010).

Tabell 1 i vedlegg viser oversikt over arbeidene omtalt i dette kapitlet fordelt på år, land, type studie, type publisering, publiseringstidspunkt, antall pasienter i studien og evidensnivå

OPPSUMMERING KUNNSKAPSOVERSIKT

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen peker på at det er behov for et tverrsektorielt folkehelsearbeid, økt helsefremmende innsats og tidlig intervensjon. Med utgangspunkt i behovet for å styrke de helsefremmende og forebyggende helsetjenestene i kommunene, mener Helsedirektoratet at frisklivssentraler er og vil være et viktig bidrag i dette arbeidet fremover. I tråd med veilederen skal frisklivssentralene ha et tilbud som bidrar til flere leveår med god helse i befolkningen og mindre helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. Innen for disse rammene tilbyr frisklivssentralene gjerne individuell veiledning og motivasjonssamtaler sammen med gruppetilbud for fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt.

Helsedirektoratet sier videre at på frisklivssentralene skal deltakerne få hjelp til endring av helseadferd gjennom metoder som har dokumentert effekt. Det er relativt godt dokumentert at røyking, inaktivitet og usunt kosthold fører til kronisk sykdom og for tidlig død, og begrunnelsen for valg av disse fokusområdene i frisklivssatsningen er med det godt forankret i forskningen. Når det gjelder prosesser knyttet til atferdsendring og effekt av tiltak innenfor frisklivstilbudene så er imidlertid bildet mer sammensatt.

Hovedkonklusjonen er at "trening på resept" har en effekt på kort og mellomlang sikt. Langtidseffekten vet vi foreløpig lite om. Frafallet ved oppfølging utover reseptperioden er til dels høyt i de studiene som er gjennomført. Fokuset på fysisk trening er gjennomgående i frisklivssatsningen, det finnes imidlertid lite dokumentasjon på effekten av fysisk trening utover endring i fysisk kapasitet og til dels noe på selvrapportert helserelatert livskvalitet. Sammenhengen mellom økt oksygenopptak og mestring og livskvalitet er i denne sammenhengen foreløpig uklar. I tillegg må det tas høyde for en rekke metodiske svakheter i flere av studiene som det refereres til ved valg av tiltak. Det er derfor nødvendig å påpeke at når man snakker om livsstilsendring, som er en hovedmålsetning i frisklivssatsningen, er fysisk form, kost og røyk, kun enkeltelementer i en kompleks prosess. Livsstilsendring handler om sammensatte prosesser hvor forskning blant annet viser at kunnskap, evne til mestring og det å kunne ta kontroll over eget liv er viktige forutsetninger for livsstilsendring. Forskning viser også at for å lykkes med adferdsendring hos grupper med lav sosial status, er koordinerte prosesser mellom de ulike samarbeidsaktører som NAV, primærlege, kommunehelsetjeneste, arbeidsgiver, private- og frivillige organisasjoner helt sentralt.

I veilederen fra Helsedirektoratet fremheves det at Frisklivssentralene kan fungerer som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen. Ut i fra kunnskapsgrunnlaget kan man gå langt i å antyde at Frisklivssentralen bør/skal ha en oversikt- og koordineringsfunksjon i forhold til hva som foregår av ulike folkehelse tilbud i kommunens regi, og gjerne i samarbeid med andre private aktører og frivillige organisasjoner.

Gruppen som er skissert som målgruppen for FLsene er en utfordrende og kompleks gruppe. Intervalltrening og måling av fysisk kapasitet er viktig i noen konkrete settinger, men for å kunne si noe om effekten av Frisklivssentralene og hvorvidt man har lyktes i denne delen av folkehelsearbeidet er man avhengig av andre tilnærminger og andre måleverktøy i fremtidige studier. Kunnskapsgjennomgangen viser at det er et utstrakt behov for kunnskapsbaserte tiltak som rettes både mot personer og grupper i befolkningen som har behov for hjelp til å endre helseatferd. Videre synliggjør kunnskapsgjennomgangen behovet for en bredere og mer systematisk oppbygging av kunnskap innenfor frisklivssatsningen i Norge, og med et tydeligere fokus på helsefremming.

FORSLAG TIL TILTAK

Med bakgrunn i kunnskapsgjennomgangen er følgende punkter funnet viktig å følge opp i forbindelse med oppstart av Frisklivssentraler på Innherred:

- **Etablere et tett samspill mellom regionalt og lokalt nivå**

Dette innebærer blant annet:

- God forankring lokalt, spesielt god forankring til kommunelege 1
- Kontinuerlig informasjon om tilbudet til aktuelle samarbeidspartnere
- Klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, som er viktig for å forhindre feilhenvisinger

- **Frisklivssentralen bør fungere som en koordinerende enhet, det vil si:**

- Ha oversikt over relevante tilbud i privat, offentlig og frivillig regi
- Benytte seg av allerede gode eksisterende tilbud i kommunen
- Eventuelt opprette egne tilbud ved behov
- Sikre at tilbudet som gis til deltakerne er lett tilgjengelig

- **Utvikle klare strategier for rekruttering av deltakerne på tvers av sosioøkonomiske grupper**

Eksempelvis viser nylige publiserte data fra HUNT 3 viser at fedme og overvekt stiger mest hos menn og unge voksne. I og med at tall viser at majoriteten av deltakerne som rekrutteres i dag er kvinner (2/3 deler) er det viktig å ha fokus på rekruttering av menn og evt. unge voksne. Studiene viser også at det er få personer med minoritetsbakgrunn.

- Hvordan rekruttere flere menn?
- Personer med minoritetsbakgrunn?
- Unge voksne?

- **Klare rutiner for samarbeid og informasjonsflyt mellom regional og lokalt nivå vil være et viktig virkemiddel for å rekruttere på tvers av sosiale grupper**

- **Type fysisk aktivitet og oppfølging**

Behovet til deltakerne som rekrutteres kartlegges i helsesamtalen. Denne samtalen er utgangspunktet for tilbudet som deltakeren tilbys. Tilbudet til deltakerne må:

- Individualiseres
- Videre er det viktig at tilbudet som gis blir sett i sammenheng med aktiviteter i hverdagen for øvrig
- Tilbudet bør ha et tydelig helsefremmende fokus hvor varig livsstilsendring er målet, men hvor det også gis rom for bevisstgjøring rundt små og kortvarige effekter, som en motivasjon mot varig endring
- Med bakgrunn i kunnskap om kjønnsforskjeller når det gjelder fysisk aktivitet, kosthold og røyking, bør det vurderes om det også skal gis kjønnsespesifikke tilbud

- **Ansatte i Frisklivssentralen.** Det er viktig at de ansatte har bred tverrfaglig kompetanse både på individ og systemnivå.

- Personer med helsefaglig og helsepedagogisk bakgrunn, inklusive veilederkompetanse, innehar kompetanse som vil være viktig i etablering av en Frisklivssentral

- Videre vil personer med bred samfunnsfaglig kompetanse, med kjennskap til bakenforliggende faktorer og ulike sosiale forhold i samfunnet, kunne bidra med viktig utfyllende kompetanse
- **FoU-samarbeid er en forutsetning for å nå målet om å drive kunnskapsbasert.**
Dette innebærer:
 - Fokus på forskningsprosessen allerede i planleggingsfasen
 - Etablere samarbeid med kunnskapsbedrifter
 - Fokus på å finne relevante evalueringsverktøy og metodiske tilnærminger som fanger opp endring over tid. For å skape kontinuitet i forskningen og kunnskapsutviklingen innen Frisklivssatsningen, vil det å etablere gode kartleggingsrutiner som en del av den daglige driften ved Frisklivssentralen, være en forutsetning
 - Nasjonalt samarbeid om evalueringsverktøy og metodisk tilnærminger er viktig med tanke på å kunne sammenligne kortvarige og langvarige effekter av tiltak på tvers av Frisklivssentralene i Norge. Ideelt sett burde det etableres en nasjonal kunnskapsdatabase med tanke på å kunne følge utviklingen over tid, samt til en hver tid kunne fremskaffe både lokal og nasjonal kunnskap om om tilstand, årsaker og effekt av tiltak innenfor Frisklivssentralene

REFERANSER

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Blom, E. "Trening på resept". Evaluering av et kommunalt, tre måneders individuelt rettet oppfølgingsprogram for pasienter som er blitt henvist til "trening på resept". En prospektiv intervensjonsstudie med ett års oppfølging. Masteroppgave, Norges Idrettshøgskole, Oslo 2008.

Borge, L. (2007). *Det gode liv – som grunnlag for verdier og faglige utfordringer i Psykisk helse*. I *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Almvik & Borge 2007 (red.) 2. opplag. Fagbokforlaget, Bergen.

Bredahl TVG. Adherence to physical activity– Psychological aspects in "Prescribed Exercise" and "Motivational counseling". Doctoral thesis: University of Southern Denmark, 2010.

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. Høyskolen i Volda og Møreforskning Volda. Arbeidsrapport nr. 225, 2008.

Elstad, Hofoss og Dahl (2007): "Hva betyr de enkelte dødsårsaksgrupper for utdanningsforskjellene i dødelighet?" *Norsk epidemiologi* 17:37-42

Engeset, E. (2010). Psykisk helse i et folkehelseperspektiv. *Ergoterapeuten* nr 6.

Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale*. Akademisk avhandling, Folkhälsan Research Centre. Åbo Akademi, Turku.

Eriksson MK (2010). 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.

Eriksson MK, Franks PW, Eliasson M. (2009). A 3-Year Randomized Trial of Lifestyle Intervention for Cardiovascular Risk Reduction in the Primary Care Setting: The Swedish Björknäs Study. *PLoS ONE*,4(4):e5195.

Eriksson MK, Hagberg L, Malmgren-Olsson EB, Østerlund J, Eliasson M. (2010). Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. *Arch Intern Med.*,13;170(16):1470-9.

Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; Rapport 2010:2.

Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1846.

Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge: resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009. Oslo: Helsedirektoratet (2009) IS-1816.

Grønn resept – Effekt og kostnadseffektivitet. En forenklet litteraturgjennomgang. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering; 2003. Rapport nr. 7/2003.

Hagberg L. (2007). Cost-effectiveness of the promotion of physical activity in health care. Doctoral thesis. Umeå: Umeå University.

Hagberg LA, Lindahl B, Nyberg L, Hellénus ML (2009). Importance of enjoyment when promoting physical exercise. *Scand J Med Sci Sports*. 2009;19(5):740-7

Hagberg LA, Lindholm L. (2005). Is promotion of physical activity a wise use of societal resources? Issues of cost-effectiveness and equity in health. *Scand J Med Sci Sports*, 15(5):304-12

Health Canada Population and Public Health Branch Strategic Policy Directorate. The population Health Template: Key Elements and Actions That Define A population Health Approach. Report 2001, Canada.

Helgerud, J. og Eithun, G. Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune. Hokksund Rehabiliteringssenter/NTNU 2010.

Høringsnotat; Forslag til ny folkehelselov, samhandlingsreformen. Helse og omsorgsdepartementet, 2010.

Kallings LV. (2008). Physical Activity on Prescription -Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors. Doctoral Thesis. Stockholm: Karolinska Institutet; <http://diss.kib.ki.se/2008/978-91-7409-111-3/>

Kallings LV, Leijon M, Hellenius ML, Stahle A. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scand J Med Sci Sports*, 18(2):154-61.

Kallings LV, Leijon ME, Kowalski J, Hellenius ML, Stahle A. (2009). Self-Reported Adherence: A Method for Evaluating Prescribed Physical Activity in Primary Health Care Patients. *J Phys Act Health*,6:483-92.

Kallings LV, Sierra Johnson J, Fisher RM, de Faire U, Stahle A, Hemmingsson E, et al. (2009). 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*,16(1):80-4.

Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Bästa listan 2011- Best practice i folkhälsoarbete. En sammanställning av erfarenheter, metoder og verktøyg inom fohkhälsoarbete, 2011:1.

Krokstad S, Knudtsen MS (2011). Folkehelse i endring - Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08). HUNT forskningssenter/NTNU.

- Leijon M. (2009). 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.
- Leijon ME, Bendtsen P, Nilsen P, Ekberg K, Stahle A. (2008). Physical activity referrals in Swedish primary health care - prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions, and prescribed activities. *BMC Health Serv Res.*,8(1):201.
- Leijon ME, Bendtsen P, Nilsen P, Festin K, Ståhle A. (2009). Does a physical activity referral scheme improve the physical activity among routine primary health care patients? *Scand J Med Sci Sports*,19(5):627-36.
- Lerdal A og Celius EH. Studie av fysisk aktivitet og helse ved Fysioteket i Drammen. Presentasjon ved Frisklivskonferansen i Ålesund i februar 2011. Artikkel innsendt til tidsskrift (2011).
- Lillefjell, M., Krokstad, S., & Espnes, G. A. (2007). Prediction of function in daily life following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain; a prospective study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8:65 doi:10.1186/1471-2474-8-65.
- Lillefjell M, Jakobsen K, & Krokstad S. (2010). Utsatte grupper-karakteristika og utfordringer på arbeidsmarkedet. *Tidsskrift for velferdsforskning*,13:107-118.
- Lindsstöm, B. & Eriksson, M. The Hitchhiker`s guide to salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion. Turku print, Helsinki, 2010.
- Martins RK, McNeil DW. (2009). Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clin Psychol Rev.*,29(4):283-93.
- Metoder för att främja fysisk aktivitet – En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2006. Rapport nr. 181.
- Mæland, J. G. (2005). Forebyggende helsearbeid i teori og praksis. Universitetsforlaget, Oslo.
- Raphael, D. (2010). Health promotion and quality of life in Canada. Essential Readings. Canadian Scholar`s Press Inc. Toronto, Ontario, Canada.
- Romé Å, Persson U, Ekdahl C, Gard G. (2009). Physical activity on prescription (PAP): Costs and consequences of a randomized, controlled trial in primary healthcare. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*,27(4):216-22.
- Romé Å, Persson U, Ekdahl C, Gard G. (2010). Willingness to pay for health improvements of physical activity on prescription. *Scand J Public Health*, 38(2):151-9.
- Sund E, Krokstad S. (2005) Sosial ulikheter i helse i Norge. Sosial- og helsedirektoratet.

Sørensen JB. (2008). 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.

Sørensen JB, Skovgaard T, Puggaard L. (2006). Exercise on prescription in general practice: a systematic review. *Scand J Prim Health Care*, Jun;24(2):69-74.

Sørensen JB, Kragstrup J, Kjær K, Puggaard L. (2007). Exercise on Prescription: trial protocol and evaluation of outcomes. *BMC Health Serv Res*, 7(36).

Sørensen JB, Kragstrup J, Skovgaard T, Puggaard L. (2008). Exercise on prescription: a randomized study on the effect of counseling vs counseling and supervised exercise. *Scand J Med Sci Sports*, 18(3):288-97

Sørensen J, Sørensen JB, Skovgaard T, Bredahl T, Puggaard L. (2011). Exercise on prescription: changes in physical activity and health-related quality of life in five Danish programmes. *Eur J Public Health*, Feb;21(1):56-62. Epub 2010 Apr 5.

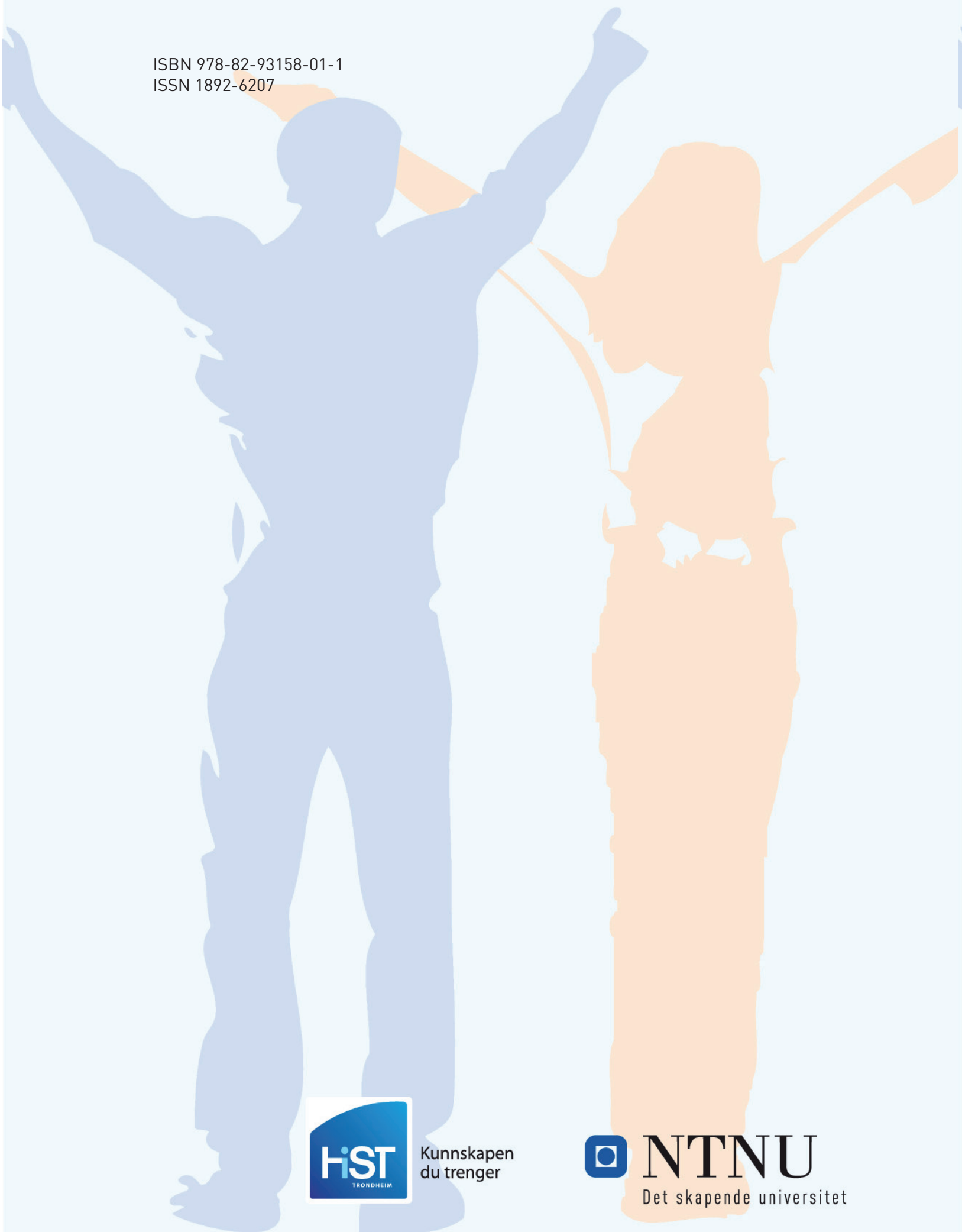
Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering. Oslo: Helsedirektoratet 2011. IS-1896.

World Health Organization (WHO) (1986); The Ottawa Charter for Health Promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>.

Tabell 1. Oversikt over rapporter, doktorgrader og vitenskapelige artikler (evidensnivå 3 og 4) omtalt i rapporten under studier og evalueringer i Norge, Sverige og Danmark

Forfattere	Land	Type publikasjon eller tidsskrift	Populasjon	Type studie	Evidensnivå
Blom, 2008	Norge	Masteroppgave, NIH	Deltakere i "trening på resept"	Ukontrollert pre-post studie	3
Båtevik et al., 2008	Norge	Tilgjengelig rapport	Deltakere i "trening på resept"	Kvantitativ og kvalitativ	3
Helgerud og Eithun, 2010	Norge	Tilgjengelig rapport	N = 90 deltakere i "trening på resept"	RCT	3
Lerdal og Celius, 2011	Norge	Artikkel innsendt til tidsskrift m/ fagfellesvurdering	N = 163	Ukontrollert pre-post studie	Til vurdering
Hagberg et al., 2007	Sverige	Doktorgradsavhandling			4
Kallings 2008	Sverige	Doktorgradsavhandling	"trening på resept"		4
Kallings et al, 2008	Sverige	Scand J Med Sci Sports	N = 481	Ukontrollert pre-post studie	4
Leijon et al, 2008;	Sverige	BMC	N = 6300	Tverrsnittstudie	4
Leijon et al 2009	Sverige	Scand J Med Sci Sports	N = 6300	Prospektiv studie	4
Leijon 2009	Sverige	Doktorgradsavhandling			4
Kallings et al., 2009	Sverige	Eur J Cardiovasc Prev Rehabil	N = 101 eldre med abdominal fedme	RCT	4
Rome et al., 2009	Sverige	J Prim Health Care 2009	Helseøkonomisk beregning	RCT	4
Eriksson et al, 2009	Sverige	Arch Intern Med	N = 151	RCT med tre års oppfølging	4
Eriksson et al 2009	Sverige	PLoS One	Samme som over		4
Eriksson et al 2010	Sverige	Lakartidningen	Samme som over		4
Eriksson, 2010	Sverige	Doktorgradsavhandling	Moderat/ høy risiko for hjerte/kar sykdom		4
Rome et al., 2010	Sverige	Scand J Public Health	"trening på resept"	Økonomisk beregning	4
Sørensen JB et al., 2006	Danmark	Scand J Prim Health Care	Deltakere i "exercise on prescription"	Systematisk review	4
Sørensen JB et al., 2008	Danmark	Med Sci Sports	N = 327	RCT	4
Sørensen JB, 2008	Danmark	Doktorgradavhandling			4
Sørensen J et al., 2010	Danmark	European Journal Public Health, 2010	N = 449	Ukontrollert pre-post studie	4
Bredahl, 2010	Danmark	Doktorgradavhandling		"Adherence" to exercise	4

ISBN 978-82-93158-01-1
ISSN 1892-6207



Kunnskapen
du trenger



NTNU

Det skapende universitet