

Veileder

IS-xxxx

Veileder for kommunale frisklivssentraler
Etablering og organisering

Heftets tittel: Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering.

Utgitt: måned/år, eks. xx/xxxx

Bestillingsnummer: IS-xxxx
[fås av Trykksaksteamet, tlf. 24 16 33 68]

ISBN-nr. xx-xxxx-xxx-x [fås av Trykksaksteamet]

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-xxxx

Forfattere: Fornavn Etternavn (linjeskift mellom flere)

Illustrasjon: Fornavn Etternavn (linjeskift mellom flere)

Utgitt i samarbeid med:
Firmanavn eller logo Firmanavn eller logo Firmanavn eller logo

Forord

Kommer senere

Innhold

Forord	3
Innledning	7
Sammendrag	9
1 Definisjoner, begrepsavklaringer	12
1.1 Frisklivstilbud	12
1.2 Frisklivssentral (FLS)	12
1.3 Frisklivsresept/henvisning	12
1.4 Helseatferd	12
1.5 Folkehelsearbeid	12
1.6 Helsefremmende arbeid	12
1.7 Sykdomsforebyggende arbeid	13
1.8 Habilitering/ Rehabilitering	13
1.9 Lavterskeltilbud	13
2 Formål med veilederen	14
3 Hvorfor trenger vi kommunale frisklivssentraler?	15
3.1 Et gruppe- og individrettet tiltak for å møte helseutfordringene i Norge	15
3.1.1 Status kroniske ikke-smittsomme sykdommer og helseatferd	15
3.1.2 Sosiale helseforskjeller	16
3.1.3 Sykefravær og trygd	16
3.2 Samfunnsøkonomiske gevinster	16
3.3 Samhandlingsreformen	17
3.4 Dokumentasjon for frisklivssentraler	17
4 Frisklivssentraler i dag og i framtiden	19
5 Etablering og organisering	22
5.1 Konkretisering og praktisk gjennomføring	22
6 Forankring	25
7 Finansiering	26
8 Målgrupper for frisklivsresept	27
8.1 Hvordan nå spesifikke målgrupper	28
9 Henvisningsrutiner	29

10	Samarbeidspartnere	30
11	Informasjonsarbeid	31
12	Tiltak	33
	12.1 Frisklivssamtalen	34
	12.2 Frisklivstrening	36
	12.3 Individuell veiledning i fysisk aktivitet	36
	12.4 "Bra mat for bedre helse" kostholdskurs	36
	12.5 Røykesluttkurs	37
	12.6 Brukermedvirkning og brukerstyrte tiltak	37
	12.7 Frisklivssamtale 2	38
	12.8 Aktuelle oppfølgings/ utslusingstiltak	38
	12.9 Mulige utviklingsområder for frisklivssentraler	39
	12.9.1 Tiltak for mestring av psykiske vansker	39
	12.9.2 Oppfølging av risiko alkoholkonsum	41
	12.9.3 Tilbud for barn og unge med overvektsproblematikk	42
	12.9.4 Utstyrssentraler	42
13	Kompetanse	43
	13.1 Formell kompetanse	43
	13.2 Generell kompetanse	43
	13.3 Annen kompetanse	43
14	Rapportering/ epikrise	44
15	Dokumentasjonsarbeid	46
16	Verktøykassen	49
	16.1 Frisklivssamtalen	49
	16.2 Bra mat for bedre helse	50
	16.3 Oversikt over røykeslutt-tiltak	51
	16.3.1 Røykesluttkurs	51
	16.3.2 Røyketelefonen	51
	16.3.3 Nettsiden slutta.no	51
	16.4 COOP/Wonca skjemaet	51
	16.5 Test av kondisjon	52
	16.6 Treningsprinsipper og metoder	53
	16.7 Ti råd for bedre søvn	53
	16.8 Oppfølgingstiltak på lengre sikt	54
	16.9 Registreringsverktøy	54
	16.10 Resept/henvisningsblankett	54
	16.11 Rapportering til henvisende instans	55
	16.12 Eksempler på kommuner som har etablert frisklivssentral	55
	16.12.1 Alstahaug kommune	55
	16.12.2 Drammen kommune	57
	16.12.3 Gjøvik kommune	58
	16.12.4 Gol kommune	60
	16.12.5 Gran kommune	61
	16.12.6 Hamarøy kommune	62
	16.12.7 Modum kommune	64
	16.12.8 Tønsberg kommune	65

16.12.9	Vefsn kommune	66
16.12.10	Vestre Slidre Kommune	68
16.12.11	Østre Toten kommune	69
16.12.12	Øvre og Nedre Eiker kommune	70
16.12.13	Åseral kommune	72
17	Referanser og aktuelle linker	74

Innledning

Kroniske ikke-smittsomme sykdommer utgjør en vesentlig del av helseutfordringene i Norge. Hjerter- og karsykdommer er den vanligste dødsårsaken (35% av alle dødsfall) og om lag 25 % av alle dødsfall skyldes kreftsykdommer. Sentrale risikofaktorer for disse sykdommene er fysisk inaktivitet, tobakksbruk og usunt kosthold. St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, peker på at helsetjenesten er god på behandling av sykdom og sen- komplikasjoner, men gjør for liten innsats for å forebygge sykdom og igangsette tidlig intervensjon.

Helseutfordringene preges videre av en sosial skjevfordeling, der helsetilstanden øker med høyere utdanning og inntekt. Videre vil en økt andel eldre i de nærmeste tiårene bidra til en økt andel som lever med kroniske sykdommer. For å møte disse utfordringene er det behov for å styrke helsefremmende og forebyggende innsats. Primærforebyggende bredt, tverrsektorielt folkehelsearbeid med strukturelle og andre befolkningsrettede tiltak vil kunne nå den største delen av befolkningen og bidra til å fremme levekår og redusere risikofaktorer for uhelse. I Norge er det imidlertid allerede en stor andel av befolkningen som har økt risiko for alvorlig sykdom. Anslagsvis 200 000 personer her til lands har diabetes, og forekomsten av type 2-diabetes har økt vesentlig de siste år¹. I tillegg er det over 50-70% av den voksne befolkningen som er overvektige eller har fedme og i 2009 ble det utskrevet medikamenter til over 760 000 personer for hypertensjon og 450 000 fikk kolesterolsenkende medikamenter. Dersom personer identifiseres med økt risiko for sykdom vil det være etisk riktig å informere om, og tilby, effektive tiltak som kan forebygge at de blir alvorlig syke. I følge Verdens helseorganisasjon, WHO, kan opp mot 80% av hjerter- og karsykdommer, slag og type 2-diabetes, samt over en tredjedel av alle krefttilfeller forebygges ved å redusere tobakksbruk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og risikofylt bruk av alkohol². I tillegg er det dokumentert at fysisk aktivitet, sunt kosthold og røykeslutt kan benyttes som del av behandling for disse sykdommene og flere andre³.

I Norge er fire av fem voksne ikke tilstrekkelig fysisk aktive for å oppnå vesentlige helseeffekter⁴, de fleste spiser ikke tilstrekkelig med frukt og grønnsaker og for mye sukker og mettet fett⁵. 21 % av den voksne befolkningen røyker⁶. Det er for mange av oss ikke enkelt å endre etablerte levevaner, og det er behov for tiltak som kan hjelpe dem som trenger og ønsker et "vennlig dytt" på veien til å endre helseatferd. Disse tilbudene må utformes kunnskapsbaserte og innrettes slik at de når grupper som er spesielt utsatte. Ofte er det slik at tilbud for fysisk aktivitet når dem som allerede er fysisk aktive⁷, og at dem med høy sosioøkonomisk status benytter seg av

¹ Folkehelseinstituttet 2010 og HUNT-data.

² WHO. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases

³ Aktivitetsboken, diabetesstudier, retningslinjer for røykeavvenning, flere retningslinjer

⁴ Helsedirektoratet. Kartlegging av fysisk aktivitet for voksne. 2009.

⁵ FHI rapporten 2010

⁶ Tall om tobakk. 2010

⁷ Referanse: se FA-bakgrunnsdokument.

etablerte tiltak. Det er behov for kommunale tilbud som når dem som trenger det aller mest.

Frisklivssentraler skal være et slikt individ- og grupperettet tilbud. Tilbudet skal være forankret i helsetjenesten, og kan således ansees som et av helsetjenestens bidrag til folkehelsearbeidet. Samtidig skal frisklivssentralen være en "bro" fra medisinsk behandling og det lokale tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Denne veilederen er laget for å bidra til kvalitetssikring av frisklivssentraler slik at de kan tilby effektive tiltak ut fra best tilgjengelige kunnskap. Den beskriver hvordan man kan gå fram for å etablere en frisklivssentral og hvilke tiltak man bør tilby. Veilederen inneholder en "verktøykasse" med skjema og verktøy som kan brukes i daglig arbeid med oppfølging av deltakere.

Veilederen er skrevet for kommuner og fylker som ønsker å etablere en frisklivssentral, eller som ønsker å videreutvikle sitt eksisterende tilbud. Målgruppen er utøvende personell ved sentralene, helsepersonell og folkehelsearbeidere samt beslutningstakere på kommunalt og regionalt nivå.

Veilederen bygger på dokumentasjon fra studier og evalueringer nasjonalt og internasjonalt, samt nasjonale faglige retningslinjer for røykeavvenning, forebygging og behandling av diabetes, overvekt og hjerte- og karsykdom. Frisklivssentraler er et relativt nytt tilbud, og under stadig utvikling. Denne veilederen er utarbeidet med bakgrunn i den kunnskap vi innehar per i dag. Det er behov for følgeevalueringer, forskning og videre utvikling av frisklivstilbud. Veilederen vil bli revidert og oppdatert fortløpende etter gjeldende kunnskap, anbefalinger og lover. Første revidering vil bli gjort når ny helse- og omsorgslov og ny folkehelselov er vedtatt, etter planen i 2012.

Sammendrag

Helsedirektoratet anbefaler etablering av frisklivssentraler i alle landets kommuner, alternativt gjennom interkommunale samarbeid.

Hensikten med veilederen er å beskrive kvalitetskrav og anbefalinger for etablering og organisering av frisklivssentraler. Frisklivssentraler bør være forankret i kommunehelsetjenesten og skal ha et strukturert og kvalitetssikret tilbud til mennesker som trenger veiledning og oppfølging for å endre helseatferd. For å sikre kvalitet bør oppfølgingen baseres på dokumentert effektive kommunikasjonsmetoder for endring av atferd. Frisklivssentralen bør tilby individuell veiledning og gruppetilbud for fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt basert på gjeldende nasjonale anbefalinger. Tilbudet må tilpasses for å nå dem som ikke nås av eksisterende lokale tilbud, og bidra til å utjevne sosiale ulikheter i helse. Frisklivssentralen bør organiseres ut i fra en kommunes utfordringer og behov og forankres i kommunale planer og budsjett. Tilbudet skal organiseres ut i fra best tilgjengelig dokumentasjon om effektive tiltak.

En frisklivssentral defineres i denne veilederen som et kommunalt kompetansesenter for veiledning og oppfølging primært innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen har strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer som har behov for endring av helseatferd. Sentralen kan i tillegg fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen.

Evalueringer har vist at frisklivssentraler rekrutterer personer fra lave sosioøkonomiske grupper⁸, og at tilbudene er godt tilpasset deltakerne. Leger som har henvist til frisklivssentraler mener dette er gode tilbud for å nå dem som ikke kommer i gang med fysisk aktivitet på egen hånd. Studier indikerer at tilbudene kan gi økt fysisk form, redusert vekt og økt selvpålevd helse, samt opprettholdt framgang også ett år etter oppfølging⁹.

Basistilbudet ved frisklivssentralen er "Frisklivsresepten"; mottak og oppfølging av pasienter som er henvist fra lege, annet helsepersonell eller Nav. Målet med oppfølgingen skal være å bidra til å fremme god helseatferd og å bygge opp deltakerens mestringfølelse, kapasitet og funksjon slik at han kan takle hverdagens krav. Oppfølgingen kan være en del av behandling for tilstander og sykdom som kan relateres til helseatferd. Frisklivstilbudet har fokus på friskfaktorer knyttet til helseatferd. Leger og andre medisinske ansvarlige har ansvar for oppfølging av sykdommer eller tilstander som krever dette.

En oppfølgingssyklus (reseptperiode) går over 12 uker med intensiv oppfølging.

⁸ Blom 2008, Møreforskning 2009

⁹ Helgerud og Eithun 2010

Mange har imidlertid behov for lengre oppfølging for å oppnå langvarig endring av atferd, og en viss oppfølging i 6-12 måneder anbefales. Et viktig moment i oppfølgingen er å bidra til å "sluse" deltakerne ut til lokalmiljøets tilbud og aktiviteter. Gjennom samarbeid med frivillig og kommersiell sektor kan frisklivssentralen ha oversikt over, og være et kontaktpunkt for aktuelle lavterskeltilbud for ulike målgrupper.

Frisklivssentralen kan bygges opp til å bli et kommunalt kompetansesenter for individ- og grupperettede tiltak innen mestring og endring av helseatferd. Sentralene kan i tillegg til eget basis oppfølgingstilbud også ha fokus på muligheter for å styrke det øvrige helsefremmende arbeidet i kommunen. Frisklivssentralen kan med tilstrekkelige ressurser gi tilbud for oppfølging av risikofylt alkoholkonsum, kurs i mestring av psykiske plager/vansker, tilbud for barn og unge med behov for ekstra oppfølging og tilbud for andre grupper med ressurskrevende behov for oppfølging.

Beslutning om å etablere en frisklivssentral er et kommunalt anliggende som må baseres på administrativ utredning og saksbehandling, og resultere i et politisk vedtak.

Frisklivssentraler er et helsetilbud som yter helsefremmende og forebyggende arbeid. Man kan anse frisklivssentraler som et bidrag til folkehelsearbeidet forankret i helsetjenesten. Kommunen har et lovhemlet ansvar for at helsetjenestene som ytes ved frisklivssentralene er faglig forsvarlige. Fylkesmannen har en myndighetsrolle for helsetilbud, herunder tilsyn og fortolkning av regelverk. Fylkeskommunen har en pådriverrolle, rolle i å forvalte midler og å bygge nettverk innen folkehelsearbeid.

Noen sentrale faktorer i planlegging av etablering og organisering av en frisklivssentral

Gjennom evalueringer og erfaringer er det identifisert noen suksessfaktorer for etablering og organisering av en kommunal frisklivssentral:

- Gjennomføre oppstartsmøte med aktuelle beslutningstakere og samarbeidspartnere for å drøfte muligheter og utfordringer knyttet til etablering. Møtet må avklare intensjonen med etablering samt gjensidige forpliktelser og forventninger
- Forankre frisklivssentralen i kommunehelsetjenesten for å sikre helsefaglig kvalitet og kontinuitet i tilbudet
- Sikre nødvendig tverrfaglig kompetanse
- Involvere kommunelege (medisinskfaglig ansvarlig) og fastleger i etableringsfase
- Skaffe oversikt over aktuelle helsefremmende og forebyggende tilbud i kommunen. Avklare hvordan man kan bygge på, og samarbeide med eksisterende tilbud
- For enkelte kommuner kan det være naturlig å samarbeide med andre kommuner om en felles frisklivssentral. Små kommuner kan ha nytte av å dele kompetanse og ressurser. Geografiske hensyn og avstander må tas hensyn til ved utforming av tiltak
- Det er opp til kommunene å finansiere frisklivssentraler. I forbindelse med implementering av Samhandlingsreformen er kommunenes rammetilskudd økt i 2010 og 2011. Helsedirektoratet har anbefalt bruk av disse midlene til

blant annet frisklivssentraler. Kommunale tilskuddsmidler til frisklivsutvikling er foreslått over statsbudsjettet for 2011. Disse forvaltes av Helsedirektoratet.

- Innføre lave egenandeler for å nå lavere sosioøkonomiske grupper
- Benytte lett tilgjengelige lokaler som kan være utgangspunkt for aktiviteter og tiltak
- Etablere rutiner for gjennomføring av individuelle samtaler (*frisklivssamtaler*), og andre tiltak i samsvar med helsepersonelloven
- Basere oppfølging av deltakerne på endringsfokusert veiledning/motiverende samtale og mestringsoppbyggende tiltak basert på best tilgjengelige dokumentasjon om effekt og helsemyndighetenes anbefalinger
- Tilpasse tilbud for å nå ulike målgrupper. Til eksempel kan menn og kvinner, unge og eldre og ulike minoritetsgrupper ha ulike behov for oppfølging
- Anbefalte prioriterte tiltak: Individuell motiverende samtale, gruppetilbud for å øke mestring av fysisk aktivitet i hverdagen, *Bra mat for bedre helse*-kurs, *Røykfri sammen*-kurs og oppfølgingsamtaler i gruppe.
- Drive jevnlig informasjonsarbeid mot henvisningsinstanser, andre samarbeidspartnere, kommunens beslutningstakere og øvrig befolkning
- Planlegge for følgeevaluering (dokumentasjon) av frisklivssentralens tiltak

1 Definisjoner, begrepsavklaringer

1.1 Frisklivstilbud

Kan defineres som individ- og grupperettede tiltak for å fremme god helseatferd og for å sikre sosiale fellesskap.

1.2 Frisklivssentral (FLS)

Kommunalt kompetansesenter for veiledning og oppfølging primært innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen har strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer som har behov for endring av helseatferd. Sentralen kan i tillegg fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen.

1.3 Frisklivsresept/henvisning

Frisklivsresept er en blankett for henvisning til frisklivssentral etter medisinsk-/ sosialfaglig vurdering. Henvisningen gir tilgang til tidsavgrenset og strukturert veiledning og oppfølgingstiltak innenfor fysisk aktivitet, kosthold og tobakk ved frisklivssentralen. Begrepet *reseptperiode* brukes i denne veilederen om den tidsavgrensede tette oppfølgingen ved en frisklivssentral.

1.4 Helseatferd

Helseatferd er atferd og vaner som har stor betydning for helsen. Noen av de mest kjente eksemplene på helseatferd er kosthold, fysisk aktivitet, tobakksbruk, alkoholbruk, seksualvaner og bruk av illegale rusmidler¹⁰.

1.5 Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse¹¹

1.6 Helsefremmende arbeid

Prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse¹².

¹⁰ Helsedirektoratet. Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. IS-1846. 2010

¹¹ Helsedirektoratet. Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. IS-1846. 2010

¹² NOU 1998:18

1.7 Sykdomsforebyggende arbeid

Innsats for å forhindre eller utsette sykdomsforløp (primær forebygging), alternativt forhindre forverring eller videreutvikling av sykdom (sekundær forebygging), alternativt minske følgene sykdom får for funksjon og livskvalitet (tertiær forebygging)¹³.

1.8 Habilitering/ Rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukers egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet¹⁴.

1.9 Lavterskeltilbud

Denne veilederen definerer begrepet som samlebegrep for alle aktivitetstilbud innen levevaneområdene i regi av frivillig sektor, kommersielle tiltak, eller offentlige tilbud som befolkningen kan oppsøke på eget initiativ, uten henvisning.

Lavterskeltilbud kjennetegnes ved¹⁵:

- Gir direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid
- Kan oppsøkes av personer uten betalingsevne
- Er tilgjengelig for alle
- Kan tilby tidlige og adekvate tiltak, samt være en "los" videre i systemet for brukeren, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø
- Inneholder personell med kompetanse til å oppfylle tilbudets formål
- Har åpningstid tilpasset målgrupper og formål
- Høy grad av brukerinvolvering og aksept for personens ønsker og behov
- Fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende sted for innbyggerne å benytte

Basistilbudet ved frisklivssentralen er strukturerte oppfølgingstiltak som fortrinnsvis er beregnet på personer med henvisning. Dette tilbudet er ikke å betrakte som lavterskeltilbud.

¹³ NOU 1998:18

¹⁴ Forskrift om habilitering og rehabilitering

¹⁵ Ref. IS-1565 2008 "Barrierer og tilbud for økt rekruttering

2 Formål med veilederen

Flere fylker og kommuner har over mange år utviklet tilbud for sine innbyggere som ønsker hjelp til å endre levevaner. I sammenheng med etablering av Grønn resept (en legetakst for veiledning om kosthold og fysisk aktivitet for pasienter med hypertensjon og type 2-diabetes som ikke behandles med medikamenter) har Helsedirektoratet bidratt til utvikling og evaluering av ulike oppfølgingsmodeller for pasienter som har økt helsemessig behov for å endre helseatferd. På bakgrunn av evalueringene og erfaringene fra oppfølgingsmodellene har Helsedirektoratet anbefalt etablering av strukturerte tilbud forankret i kommunehelsetjenesten hvor fastleger og andre som identifiserer risikogrupper/individer kan henvise til oppfølging. Gjennom kartlegginger har det kommet fram ønske fra kommuner og fylker om et felles navn og en felles ramme for disse oppfølgingstilbudene. Friskliv er et begrep som dekker både fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Helsedirektoratet har derfor i denne veilederen valgt å bruke begrepet friskliv om helseadferdsområdene. Videre beskriver vi frisklivssentral som er et strukturert og kvalitetssikret kommunalt tilbud for helseatferd og mestring.

Veilederen beskriver hva en frisklivssentral er i dag, hva det kan bli i framtiden, og hvorfor vi trenger frisklivssentraler. Denne veilederen beskriver primært det strukturerte oppfølgingstilbudet som frisklivssentralen skal gi til personer som behøver hjelp til å endre helseatferd av helsemessige årsaker (frisklivsreseptordningen). Veilederen beskriver ikke i detalj alle andre potensielle oppgaver en frisklivssentral kan ha.

Veilederen er utarbeidet i samarbeid med en ekstern arbeidsgruppe bestående av representanter fra fem fylker som har drevet utvikling av frisklivssentraler over mange år.

Den eksterne arbeidsgruppen har bestått av:

Geir Lærum, Nordland fylkeskommune, leder for arbeidsgruppen

Roger Vestrum, Oppland fylkeskommune, Øverby Helsesportsenter

Stine Busborg Sagen, Vest-Agder fylkeskommune, Aktivitet på Resept i Kristiansand kommune

Jorunn Killingstad, Buskerud fylkeskommune, Frisklivssentralen i Modum kommune

Marit Luktvaslimo, Nordland fylkeskommune, FYSAK-sentralen i Vefsn kommune

Hilde Nysæther Frantzen, Troms fylkeskommune, Frisklivssentralen i Bardu kommune,

Einar Bråten, kommuneoverlege i Øvre- og Nedre Eiker

3 Hvorfor trenger vi kommunale frisklivssentraler?

3.1 Et gruppe- og individrettet tiltak for å møte helseutfordringene i Norge

Helseutfordringene i Norge i dag preges av kroniske ikke-smittsomme sykdommer som i stor grad kan knyttes til helserelatert atferd. Det er behov for kommunale kvalitetssikrede oppfølgingstilbud som kan hjelpe grupper og individer, som ikke nås av eksisterende tilbud, til å øke fysisk aktivitet, få et bedre kosthold og/ eller slutte å røyke¹⁶. Evalueringer av Grønn resept har vist at leger ønsker slike henvisningstilbud for sine aktuelle pasienter¹⁷.

3.1.1 Status kroniske ikke-smittsomme sykdommer og helseatferd

- Antall personer over 67 år vil øke fra 614 000 i 2008 til 1,6 millioner i 2060 i Norge. Dette vil bety en økt andel som lever med kroniske sykdommer
- Antall personer med type 2- diabetes er doblet de siste 30 år¹⁸
- 25% av menn over 30 år har en kroppsmasseindeks over 30¹⁹
- 67-76% av menn og 48-66% av kvinner over 40 år er overvektig (KMI over 25) eller fete (KMI over 30)²⁰
- Ikke-smittsomme sykdommer (hjerte- og karsykdom, kreft, psykiske helseproblemer, diabetes, lungesykdommer og muskel- og skjelettsykdommer) står for 86 % av alle dødsfall og 77 % av sykdomsbyrden i Europa. Disse sykdommene kan i stor grad forebygges med økt fysisk aktivitet, sunnere kosthold og redusert bruk av tobakk²¹.
- WHO anser fysisk inaktivitet, usunt kosthold, røyking og høyt alkoholforbruk blant de sju største risikofaktorene for den totale sykdomsbyrden i den vestlige verden. Blant de resterende største risikofaktorene finner vi blodtrykk, kolesterol og overvekt, som alle blir påvirket av de nevnte helseatferdene²²
- Opp mot 80% av hjerte- og karsykdommer, slag og type 2-diabetes, samt over en tredjedel av alle krefttilfeller kan forebygges ved å redusere tobakksbruk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og risikofylt bruk av alkohol²³
- Gode levevaner gjennom hele livet har stor betydning for funksjonsevnen også som eldre
- I Norge er 80% av den voksne befolkningen for lite fysisk aktive i forhold til gjeldende anbefalinger om minst 30 minutter daglig moderat fysisk aktivitet²⁴
- Kostholdet har bedret seg på flere områder, men fortsatt er inntak av frukt og grønt lavere enn anbefalt og salt og sukkerforbruket er for høyt²⁵

¹⁶ Helsedirektoratet. Folkehelsearbeidet – Veien til god helse for alle. 2010

¹⁷ Bringedal og Aasland. Evaluering av Grønn resept

¹⁸ HUNT

¹⁹ HUNT

²⁰ Fylkesundersøkelsen

²¹ Verdens helseorganisasjons regionale Europa-kontor. Non-communicable diseases. <http://www.euro.who.int/noncommunicable>

²² WHO. The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life

²³ WHO. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases

²⁴ Helsedirektoratet. Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge. 2009

²⁵ Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge. 2010

- 21% av den voksne norske befolkning røyker daglig ²⁶

3.1.2 Sosiale helseforskjeller

Det er betydelige helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper i Norge. Både hjerte- og lungesykdommer og type 2-diabetes har høyere forekomst blant lave sosioøkonomiske grupper. Helserelatert atferd har også ulik fordeling ²⁷. Det er tre ganger så mange som røyker blant dem med kun grunnskoleutdanning som blant dem med universitets- og høyskoleutdanning ²⁸. 25% av personer med høyere utdanning tilfredsstillte anbefalingene for fysisk aktivitet, mens bare 16% av personer med grunnskoleutdanning gjør det. Også innen kosthold er det sosial skjevhet, med mer usunt kosthold blant grupper med lav utdanning ²⁹.

3.1.3 Sykefravær og trygd

Sykefravær og antall personer i Norge som mottar trygdeytelser er høyt. I 2009 lå sykefraværet på 7,7%, mens vel 11% av den yrkesaktive befolkningen mottok uføreytelser. Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser er de vanligste årsakene til trygdeinnvilgelser ³⁰. Dette er tilstander hvor fysisk aktivitet i stor grad kan ha en forebyggende og behandlende effekt ³¹.

3.2 Samfunnsøkonomiske gevinster

- Helseatferdsrelaterte sykdommer medfører både direkte og indirekte et betydelig velferdstap; tap av mange leveår med god livskvalitet (QALYs), tap av mange gode år i arbeidslivet og store kostnader til behandling i helsevesenet ³²
- Det er beregnet at en fysisk inaktiv 55åring som blir fysisk aktiv (tilfredsstillte anbefalingene) vil vinne 4,17 leveår uten kronisk sykdom ³³
- Hvert år dør om lag 6700 personer av sykdommer forårsaket av røyking, og hver av dem har i gjennomsnitt tapt 11 leveår ³⁴
- For en person som er fysisk inaktiv, røyker og i tillegg er overvektig kan man forvente et tap av 15-25 kvalitetsjusterte leveår (QALYs) ³⁵
- Det er beregnet at hvert lårhalsbrudd koster samfunnet 167.000 kroner i gjennomsnitt, inkludert sykehuskostnader og produksjonstap ³⁶. En norsk studie har beregnet at et individuelt treningsprogram for kvinner over 80 år koster 3 160 NOK, men gir en innsparing på 5 852 NOK, og dermed en reduksjon i helsekostnader som er 1,85 ganger høyere enn å implementere programmet ³⁷.

²⁶ Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge. 2010

²⁷ Helsedirektoratet. Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. 2010

²⁸ Ssb, Nordmenns røykevaner 2009

²⁹ Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge. 2010

³⁰ Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge. 2010

³¹ Helsedirektoratet. Aktivitetshåndboka. 2009

³² Helsedirektoratet. Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. 2010

³³ Helsedirektoratet. Vunne kvalitetsjusterte leveår (QALYs) ved fysisk aktivitet. 2010

³⁴ Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge. 2010

³⁵ Helsedirektoratet. Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. 2010

³⁶ Høgskolen i Harstad. <http://www.hih.no/nor/hogskolen-i-harstad?lang=nor&displayitem=475&module=news> 08.06.2010

³⁷ Hektoen et al. Cost-effectiveness in fall prevention for older women. Scand J Public Health 2009 37: 584

3.3 Samhandlingsreformen

St. meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen trekker fram tre hovedutfordringer for helse- og omsorgstjenesten:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester ivaretas ikke godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Frisklivssentraler skal være et tilbud som bidrar til å håndtere disse helseutfordringene ved å:

- Samhandle med ulike sektorer og nivåer (blant andre spesialisthelsetjenesten, øvrig kommunehelsetjeneste/kommune, frivillige organisasjoner og NAV) for å følge opp personer med hensyn til endring av levevaner før, under eller etter sykdom.
- Være et ledd i kommunehelsetjenestens tilbud for forebygging og tidlig intervensjon mot sykdommer og lidelser som kan knyttes til helserelatert atferd.
- Bidra til bedre funksjon og livskvalitet for befolkningen gjennom helsefremmende tiltak på levevaneområdene.

Helsedirektoratet har i brev til alle landets kommuner av mai 2010 anbefalt frisklivstilbud som ett av satsingsområdene for bruk av kommunenes økte frie midler til styrking av forebyggende helsearbeid i 2010, dette som et ledd i opptrapping til Samhandlingsreformen. I Proposisjon til Stortinget, Prop. 1 S (2010-2011), foreslår Helse- og omsorgsdepartementet en videreføring av disse midlene i 2011, hvor frisklivssentraler blir nevnt som et viktig tiltak for å styrke forebyggende kommunale tjenester ³⁸.

3.4 Dokumentasjon for frisklivssentraler

Evalueringer har vist at frisklivssentraler rekrutterer personer fra lave sosioøkonomiske grupper ³⁹. Evalueringen fra Møreforskning (2009) viste at Frisklivssentraler traff deltakerne med et godt tilpasset tilbud og at legene som henviste mente dette var gode tiltak for å nå dem som ikke kommer i gang med fysisk aktivitet på egen hånd, og at rutinene for å henvise deltakere var enkle å administrere. En studie fra frisklivssentralene i Nordland og Buskerud har vist at tilbudene gir økt fysisk form, redusert vekt og økt selvpålevd helse, og at halvparten av deltakerne opprettholdt framgang også ett år etter oppfølging ⁴⁰. Forskning fra Sverige og Danmark, der det finnes tilbud fortrinnsvis for fysisk aktivitet ("Fysisk aktivitet på Resept") viser at dette gir økt fysisk aktivitetsnivå og er mer effektivt enn muntlig rådgivning ⁴¹. En kostnad/nytte analyse fra Danmark har beregnet at for hver deltaker som gjennomfører "Kost og Motion på Resept" koster det om lag 10-11 000 danske kroner. Beregningene viser at hvis en deltaker opprettholder aktivitet i 6-7 år vil utgiftene motsvare kostnadene ⁴². Et randomisert kontrollert studie fra Sverige har sett på effekter av oppfølging av fysisk aktivitet og kosthold for en gruppe med økt

³⁸ Helse- og Omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2010-2011), s 180

³⁹ Blom 2008, Møreforskning 2009

⁴⁰ Helgerud og Eithun 2010

⁴¹ Kallings. 2008, 2010

⁴² Roessler og medarb. 2007

risiko for hjerte- og karsykdommer. Gruppen var rekruttert fra primærleger og oppfølgingen var forankret i primærhelsetjenesten. De første tre måneder fikk intervensjonsgruppen instruert gruppetrening (stavgang, vann-aerobikk, intervalltrening på sykkel og styrketrening) tre ganger i uken og fem sesjoner med kostholdsveiledning av skolert dietist basert på nasjonale anbefalinger. De følgende tre årene fikk gruppen tilbud om gruppbasert oppfølging 6 ganger det første året, fire ganger andre året og to ganger tredje året. Deltakerne ble oppmuntret til å vedlikeholde minst 30 minutter fysisk aktivitet hver dag. Fokus i veiledning var på egenmestring, målsetting, iverksetting av plan og strategier for å unngå tilbakefall. Kontrollgruppen fikk skriftlig og muntlig informasjon om fysisk aktivitet og kosthold i tråd med nasjonale anbefalinger. Resultatene viste at intervensjonsgruppen økte antall kvalitetsjusterte leveår med 0,8 (P = 0,24) ved måling med EQ-5D, 0,20 (P < 0,01) med EQ-VAS, og 0,07 (P = 0,03) med SF-6D sammenlignet med kontrollgruppen i løpet av treårs perioden. Intervensjonsgruppen reduserte antall besøk til fastlegen med 0,28 per halvår, mens kontrollgruppen økte antall besøk med 0,1 per halvår. Intervensjonen viste seg å være kostnadseffektiv med en netto innsparing på \$ 47 per deltaker i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen ⁴³.

⁴³ Eriksson MK og medarb. Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. [Arch Intern Med.](#) 2010 Sep 13;170(16):1470-9.

4 Frisklivssentraler i dag og i framtiden

I 2009 ble det kartlagt om lag 70 kommunale frisklivstilbud forankret i kommunehelsetjenesten, som gav strukturerte oppfølgingstilbud innen fysisk aktivitet, kosthold og/ eller røykeslutt, og som baserte seg på motiverende samtaleteknikk/ endringsfokuseret veiledning. Disse tilbudene hadde navn som FYSAK-sentraler, Fysiotek, Aktivitet på resept, Helsekilden og Frisklivssentraler. De aller fleste tilbudene gav primært tilbud til personer som var henvist fra fastlege, Nav eller annet helsepersonell for å få hjelp til å endre en eller flere levevaner på bakgrunn av sin helse. Stadig flere kommuner har etablert frisklivssentraler siden da. Se oversikt på Helsedirektoratets nettsider ⁴⁴.

Frisklivssentral (FLS) er et nytt element i kommunenes helsetilbud. Den skal fungere som en "bro" mellom medisinsk behandling og kommunens tverrsektorielle folkehelsearbeid.. Frisklivssentralen skal primært være en del av det individ- og grupperettede folkehelsetilbudet i kommunen, et tilbud innen helsetjenesten, men med nært samarbeid med andre sektorer. Tilbudet skal styrke individets mestring av egen helse, primært gjennom endringsfokuseret veiledning og tilpassede tiltak for fysisk aktivitet, bedre kosthold og røykeslutt. Fysisk inaktivitet, usunt kosthold og røyking er risikofaktorer for å utvikle sykdom. Samtidig kan fysisk aktivitet, endring av kosthold og røykeslutt være en del av behandling for enkelte sykdommer. Videre er faktorene med på å sikre funksjon og overskudd til å mestre hverdagens krav med eller uten kronisk sykdom. Tilbudet kan således benyttes forebyggende ved økt risiko for å utvikle sykdom, som tidlig intervensjon ved identifisert sykdom, og som del av behandling eller rehabilitering av sykdom som kan relateres til fysisk inaktivitet, usunt kosthold og/ eller tobakksbruk. Sentralen skal ha hovedfokus på hvordan positive helsefaktorer og mestring kan styrkes. Leger og andre medisinske ansvarlige har ansvar for oppfølging av sykdommer eller tilstander som krever dette.

Basistilbudet ved FLS er mottak og oppfølging av pasienter som er henvist fra lege, annet helsepersonell eller Nav. Personer som følges opp ved FLS kalles deltakere. Deltakere skal tilbys en samtale basert på endringsfokuseret tilnærming. Samtalen skal avklare behov og motivasjon for endring av en eller flere helseatferder. Ut i fra individets ønsker, behov og forventning til mestring av endring i atferd vil FLS tilby passende oppfølging; Enten intensiv oppfølging med samtaler og gruppetilbud i regi av FLS, og/eller egenorganisert aktivitet eller aktivitet i regi av frivillig sektor, eventuelt private aktører, med oppfølging fra sentralen. For eksempel vil personer med lav forventning til å greie å endre en atferd ofte ha behov for intensiv oppfølging i trygges rammer over en viss tid. Dette opplegget kan betraktes som et "opphevingssystem", og "en vennlig dytt på veien" for personer som ønsker å endre helseatferd. Det individuelt tilpassede oppfølgingstilbudet er illustrert i figur 1, s 20 Trappemodellen.

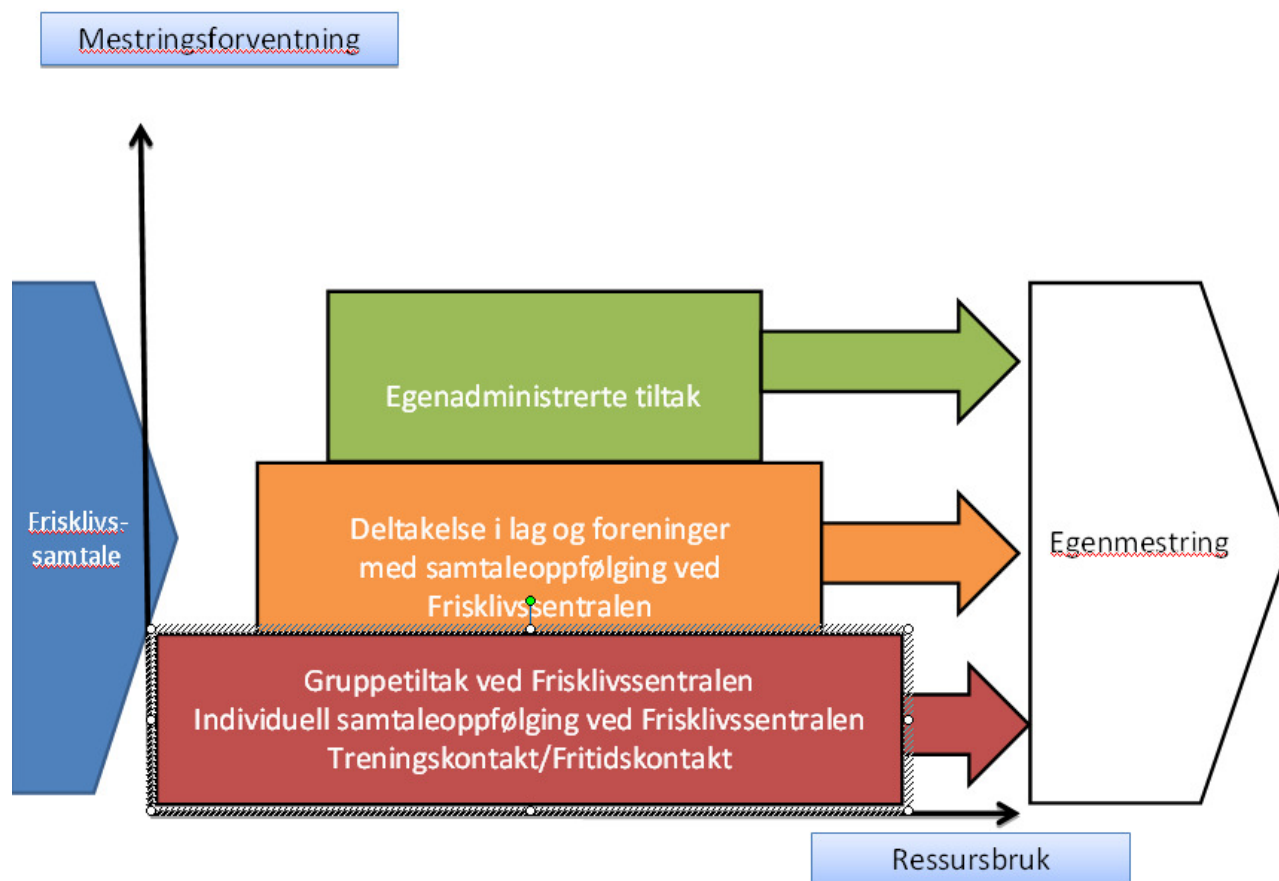
⁴⁴ http://www.helsedirektoratet.no/samhandling/forebygging/frisklivstilbud_som__forebygger__660914

Målet med oppfølging fra FLS er å bidra til å bygge opp deltakerens mestringsfølelse, kapasitet og funksjon slik at han kan oppnå varig sunn helseatferd, takle hverdagens krav og finne aktiviteter å fortsette med etter oppfølgingsperioden. Oppfølgingstilbudet skal være uten fokus på diagnose. Dersom personell ved FLS identifiserer personer med symptomer på sykdom eller alvorlige plager som vedkommende ikke får hjelp til å behandle skal FLS veilede deltakeren til å kontakte fastlege.

En oppfølgingssyklus (reseptperiode) går over 12 uker med intensiv oppfølging. Intensiv oppfølging i 12 uker er imidlertid tilstrekkelig for mange for å oppnå varig endring. Etter 12 uker skal det gjøres en vurdering om deltakeren har behov for en ny reseptperiode. Det er viktig med en viss oppfølging av deltakerne ut over en reseptperiode, minimum 6-12 måneder for å sikre varig mestring av endret helseatferd. Oppfølgingen trappes ned over tid. Målet med den strukturerte oppfølgingen er å gjøre deltakeren i stand til å mestre egen hverdag. Ett viktig moment i dette er å sluse deltakeren ut til lokalmiljøets aktiviteter og eksisterende tilbud.

Gjennom samarbeid med frivillig og kommersiell sektor kan FLS ha oversikt over hva som finnes av andre aktuelle tilbud for ulike målgrupper og stimulere til utvikling av flere og bedre lavterskeltilbud.

Over tid bør FLS bygges opp til å bli et kommunalt kompetansesenter for individ- og grupperettede tilbud innen helserelatert atferd. Sentralene bør i tillegg til eget basis oppfølgingstilbud også ha fokus på muligheter for å styrke det øvrige helsefremmende arbeidet i kommunen. Med tilstrekkelige ressurser kan FLS gi tilbud for oppfølging av risikofylt alkoholkonsum, mestring av psykiske plager/vansker, tilbud for barn og unge med behov for ekstra oppfølging og tilbud for grupper med spesielle behov.



Figur 1 Trappemodellen.

Den første frisklivssamtalen vil gi grunnlag for å differensiere tiltakene ut i fra deltakerens ønsker og forventninger til egen mestring av endring i helseatferd. Rød boks er en tett og ressurskrevende oppfølging med hyppig kontakt med sentralen. Tett oppfølging gis til deltakere med lav mestringsforventning. Oransje boks er en mindre ressurskrevende oppfølging med deltakelse i lokale lag og foreningers aktiviteter og kun sporadisk samtaleoppfølging fra frisklivssentralen. Grønn boks er for de som har ønske om/ressurser til å sette i gang med egenadministrerte tiltak og kun sporadisk samtaleoppfølging fra sentralen. Målet med all oppfølging er egenmestring av sunn helseatferd.

5 Etablering og organisering

Beslutning om å etablere en frisklivssentral er et kommunalt anliggende som må baseres på administrativ utredning og saksbehandling, og resultere i et politisk vedtak. Utredningen må klargjøre behovet, hvilke tilbud sentralen skal inneholde og nødvendige rammebetingelser (økonomisk, personellmessig og lokaler).

5.1 Konkretisering og praktisk gjennomføring

Kommunene anbefales å gjennomføre et oppstartsmøte med administrativ ledelse (f. eks. rådmann, kommunale sektorledere) og aktuelle fagpersoner (f. eks. kommunelege (medisinsk-faglig rådgiver), ledende kommunefysioterapeut, lokalt NAV kontor, ledende helsesøster, fastleger, eventuelt lærings- og mestringssenter ved tilhørende helseforetak etc.). Dette for å drøfte muligheter og utfordringer knyttet til etableringen. Møtet må avklare intensjonen med etablering samt gjensidige forpliktelser og forventninger. Til et slikt møte anbefales det å invitere fagpersoner fra fylkeskommunen og Fylkesmannen.

For å sikre helsefaglig kvalitet og kontinuitet i tiltaket bør frisklivssentralen organiseres som et helsetilbud i kommunen. Det forutsetter at faglig ansvarlig for sentralen må være autorisert helsepersonell. Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr 64 med forskrifter kommer til anvendelse på de helsepersonellfaglige aktiviteter som utføres. Det bør i tillegg sikres nødvendig tverrfaglig kompetanse (se kapittel 13 om kompetanse, s 42). Sentralen bør etableres med egnede lokaler som er lett tilgjengelige. Lokalene bør kunne være utgangspunkt for aktiviteter og tiltak. Aktiviteter som skal foregå jevnlig over tid bør organiseres i geografisk nærhet for deltakerne. Sentralen skal ha rutiner for gjennomføring av frisklivssamtaler, rettmessig oppbevaring av pasientopplysninger og rapportering til henvisende instans. Pasientopplysninger og journaler må oppbevares på trygghende måte, og i samsvar med taushetspliktreglene, jf helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal.

Frisklivssentralen bør skaffe en oversikt over hvilke tilbud som finnes for fysisk aktivitet, kostholdsendring, røykeslutt, mestring av psykiske problemer og oppfølging av alkoholproblemer i kommunen, samt hvilke instanser og tjenester det vil være naturlig å samarbeide med for å følge opp ulike målgrupper. Alle kommuner skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten, som skal ha oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunene. Koordinerende enhet skal være et kontaktpunkt for samarbeid mellom blant annet primær- og spesialisthelsetjenesten. Det vil være gjensidig nyttig for frisklivssentralen og koordinerende enhet med kjennskap til hverandre.

For enkelte kommuner vil det være naturlig å samarbeide med andre kommuner om en felles frisklivssentral. Små kommuner kan ha nytte av å dele kompetanse og ressurser. Geografiske hensyn og avstander bør tas hensyn til. En løsning kan være

interkommunale samarbeid knyttet til gjennomføring av frisklivssamtaler og kurs. Det etableres lokale aktivitetstilbud ved behov for nærhet til tilbudet.

Det kan være nyttig å ta kontakt med kommuner som allerede har etablert FLS for å dra nytte av deres erfaringer fra oppstartsfasen. En oversikt over hvilke kommuner som har frisklivssentraler ligger på Helsedirektoratets nettsider: www.helsedirektoratet.no/samhandling.

Kommunen har et lovhjemlet ansvar for at helsetjenestene som ytes ved FLS er faglig forsvarlige, jf. kommunehelsetjenestelovens § 1-3, § 1-3a, § 6-3, forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten samt helsepersonelloven § 16.

Fylkesmannen har en myndighetsrolle for helsetilbud, herunder tilsyn og fortolking av regelverk. Fylkesmannen har ansvar for oppfølging av det forebyggende helsearbeidet i kommunene slik dette framgår av det årlige embetsoppdraget. Dette innebærer også formidling av oppdatert kunnskap om gode forebyggende tiltak relevant for FLS.

Fylkeskommunen har lovfestet ansvar for å være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, bl.a. ved å støtte og samarbeide med kommunene. I tillegg har fylkeskommunen en viktig rolle ved at den skal fremme folkehelse innen de oppgaver den er tillagt, herunder som regional utviklingsaktør og ansvarlig for regional planlegging. Som grunnlag for folkehelsearbeidet i fylket skal fylkeskommunen ha den nødvendige oversikt over helsetilstanden i fylket og de faktorer som kan virke inn på denne. Jf. lov 2009 nr. 65 om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet §§ 3 og 4. Flere fylkeskommuner har gitt tilskudd til kommuner som etablerer FLS, enten som engangstilskudd eller fordelt over flere år.

Eksempler på organisering og forankring av frisklivssentraler

Tønsberg kommune

Sentralen ("Impuls") er forankret i virksomhet Helse, seksjon for fysioterapi, ergoterapi og hjelpemiddeltjeneste. Har budsjett under samme virksomhet. Sentralen er forankret i virksomhetsplan og i kommuneplan. Sentralen blir omtalt årsmeldingen og andre styrende dokumenter for kommunen.

Drammen kommune

Sentralen ("Fysioteket") er forankret i kommuneplanen for Drammen kommune, Helse og sosialplan for Drammen kommune og Hovedplan for fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv. Sentralen er organisatorisk plassert under helsetjenesten

Øvre- og Nedre Eiker kommuner

Samarbeider om felles frisklivssentral ("Aktiv Eiker")

I kommunedelplan for fysisk aktivitet, idrett, friluftsliv og folkehelse i Øvre Eiker står det at Øvre Eiker kommune skal markere seg på nasjonalt plan i arbeidet med samfunnsmedisin og folkehelse. Det positive samarbeidet om folkehelse med Nedre Eiker skal utvikles videre og at Friskliv (Aktiv Eiker) skal videreføres som et varig tiltak. Det skal bevilges helsepenger til folkehelse for å endre fokuset fra reparasjon til forebygging. Tilsvarende 1,5 % av årlig vedtatt budsjett til helse- og sosialseksjonen skal gå til kommunens folkehelse tiltak (Aktiv Eiker).

I kommunedelplan for Helse og Omsorg i Nedre Eiker kommune står det at hovedmålet er å bedre folkehelsen i befolkningen og bedre levekår for vanskeligstilte. Målet er å styrke og samordne helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunen. Blant annet skal Aktiv Eiker videreutvikles.

6 Forankring

Frisklivssentralen (FLS) bør forankres i kommunens planer og budsjett. Hensikten med forankring er å sikre sentralen varige og forutsigbare rammebetingelser mht. økonomi, personell og lokalisering.

Frisklivssentralen bør forankres i kommunehelsetjenesten. Dette er i tråd med Kommunehelsetjenesteloven, §1-2:⁴⁵ *"Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen".*

Fylkesmannen har både en tilsyns- og oppfølgingsrolle ovenfor kommunene. Aktiv utøvelse av den rollen kan bidra til kommunal forankring og å synliggjøre frisklivssentralen som en del av den kommunale helsetjeneste.

Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet fokuserer som tidligere nevnt på betydningen av å understøtte kommunens folkehelsearbeid. En måte som fylkeskommunen kan ivareta dette på, er å stimulere utviklingen av FLS både faglig og økonomisk. Samspillet mellom regionalt og lokalt nivå er beskrevet som en viktig suksessfaktor i evalueringen av den modellutprøvingen som foregikk i perioden 2004-2008⁴⁶.

Kommunelegen (medisinsk-faglig rådgiver) har en sentral rolle for forankringen i kommunehelsetjenesten og bør trekkes aktivt inn i arbeidet. Kommunelegen har formelle oppgaver og påvirkningsmuligheter både overfor fastleger og kommunal ledelse.

Ifølge kommunehelsetjenesteloven kan kommunen samarbeide med private aktører og frivillige organisasjoner der slikt kan fremme lovens formål. Vi anbefaler samarbeid da dette er viktig for bredden i frisklivstilbud og lavterskelaktiviteter, mangfoldige tilbud å sluse deltakerne videre til, samt at det kan bidra til kunnskap om og kjennskap til FLS.

⁴⁵ Det foreligger nå forslag om ny folkehelselov og ny helse- og omsorgslov som blant annet skal erstatte kommunehelsetjenesteloven. Disse skal etter planen vedtas i 2012. Veilederen vil revideres når disse nye lovene foreligger.

⁴⁶ Møreforskning, 2009

7 Finansiering

Det er opp til kommunene å finansiere frisklivssentraler. Helsedirektoratet har anbefalt frisklivssentraler som et satsingsområde for bruk av kommunenes økte frie midler til forebyggende helsearbeid over statsbudsjett for 2011. For å nå lavere sosioøkonomiske grupper er det et mål å holde egenandelene lave. Egenandelen er i mange kommuner 200-500 kr for 12 uker med oppfølging ved frisklivssentralen. Helsedirektoratet fordelte i 2010 6,3 millioner kroner til fylkeskommunene for å støtte utvikling av frisklivssentraler. Midlene vil bli videreført i 2011. Enkelte fylkeskommuner har bidratt med støtte til kommuner ut over dette. Enkelte kommuner har valgt å prioritere kommunefysioterapeut stillinger til frisklivssentral. Det kan også være et alternativ å etablere samarbeid med privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale. Noen kommuner har fått til et samarbeid med Nav om bruk av frisklivssentralens opplegg inn i ulike program.

Eksempler på finansiering

Alstahaug kommune: Frisklivssentralen finansieres av kommunale midler, og har eget budsjett. Etableringstilskudd og tilskudd til enkelte prosjekter fra fylkeskommunen. De fast ansatte fysioterapeutene (1,2 årsverk) lønnes over det kommunale fysioterapeutbudsjettet.

Vefsn kommune: Finansieres av kommunens egne midler, fastlønnstilskudd fysioterapeut og tilskudd gjennom partnerskapsavtale med fylkeskommunen, samt noe egenbetaling fra brukerne.

8 Målgrupper for frisklivsresept

Ved tilstrekkelige ressurser kan frisklivssentralen gi tilbud til alle som ønsker hjelp til mestring og endring av helseatferd, alternativt henvise til andre aktører som har passende tilbud. Oppfølging ved frisklivssentralen skal være et tilbud for dem som ikke nås av andre eksisterende tilbud. Basistilbudet for en frisklivssentral er mottak og oppfølging av personer som er identifisert med økt risiko for sykdom eller med en diagnose hvor fysisk aktivitet, endret kosthold eller røykeslutt kan inngå som en del av behandlingen. Dette basistilbudet kalles frisklivsresept, og deltakere kan henvises til intensiv oppfølging med en frisklivsresept. For henvisningsrutiner, se kap 9.

Alle personer som ut fra en medisinsk- og sosialfaglig vurdering trenger strukturert hjelp til å endre levevaner innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk kan være aktuelle for oppfølging via frisklivsresept ved frisklivssentralen. Fysisk aktivitet, sunt kosthold og røykeslutt er godt dokumentert som forebygging og behandling av en rekke ulike diagnoser ⁴⁷.

Rapportering fra frisklivssentraler som ble opprettet i perioden 2004-2008 viser at de mest brukte diagnoser og risikofaktorer for henvisning er overvekt, diabetes type 2, fysisk inaktivitet, muskel- og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og personer med psykiske problemer. Ofte brukes kombinasjoner av disse ⁴⁸. Personer med psykiske lidelser og/eller rusproblem kan ha god nytte av tilbudet, eventuelt med hjelp av støtte-/treningskontakt.

Fastlegen møter ofte personer med høy risiko for å utvikle sykdom knyttet til ugunstige levevaner. Samhandlingsreformen tilskriver derfor fastlegen en viktig rolle for å identifisere, gi individuell veiledning og koordinere den medisinske oppfølgingen av personer med høy risiko eller etablert sykdom ⁴⁹. En frisklivssentral (FLS) må samarbeide med flere aktører/instanser som har kontakt med aktuelle målgrupper, og som innehar tilstrekkelig kunnskap til å kunne henvise

Så langt har tilbudet om frisklivsresept blitt gitt personer over 18 år. Flere sentraler mottar nå henvisninger for barn og ungdom, spesielt ved problematikk knyttet til overvekt og fedme. Det anbefales å prøve ut modeller for hvordan FLS, i samarbeid med skolehelsetjenesten, kan utgjøre et godt alternativ til barn og ungdom som er fysisk inaktive og har overvektsproblematikk. Det er viktig at fastlegen blir involvert.

⁴⁷ Aktivitets-håndboka, Pedersen & Saltin

⁴⁸ Evalueringsrapport XXX, Blom. Trening på resept. Norges Idrettshøgskole. 2008.

⁴⁹ St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen

8.1 Hvordan nå spesifikke målgrupper

Evalueringer har vist at det kan være vanskelig å nå menn, unge og minoritetsgrupper ved frisklivssentralene ⁵⁰. For å nå ulike utsatte grupper kan det være hensiktsmessig å benytte ressurspersoner som representerer de ulike gruppene. Ressurspersonene kan gi innspill på hvordan tilpasse tilbudene. Informasjon om frisklivssentralen på møteplasser hvor de ulike gruppene finnes kan være hensiktsmessig. Det kan videre være hensiktsmessig å samarbeide med ulike interesseorganisasjoner.

Det er behov for utvikling av metoder for å nå ulike utsatte grupper, herunder innvandrergupper. Statens design konkurranse 2010-2011 pågår ved frisklivssentralen i Drammen hvor man skal designe frisklivstilbud tilpasset kvinner med innvandrerbakgrunn.

⁵⁰ Møreforskning, 2008

9 Henvisningsrutiner

Blant andre kan følgende henviser til FLS:

- Fastleger
- Annet autorisert helsepersonell i primærhelsetjenesten
- Bedriftshelsetjenesten
- Spesialisthelsetjenesten (inkl. lærings- og mestringscenter, rehab institusjoner)
- NAV-veiledere

Disse vil være dem som oftest henviser, men listen er ikke å anse som uttømmende.

Erfaringer tilsier at det er viktig å opprette samarbeid med fastleger. De kan være med å utforme tilbudet, identifisere og henviser riktige målgrupper.

Dersom andre enn fastlegen henviser bør det, dersom regler om taushetsplikt ikke er til hinder for det, sendes informasjon til fastlegen slik at denne er orientert om tiltaket. Som hovedregel må brukeren samtykke til dette, se f.eks helsepersonelloven § 22. Reseptutstederen sender en kopi av resepten til sentralen slik at sentralen kan ta kontakt med brukeren. Ved noen sentraler sendes elektronisk henvisning via helsenett.

Jevnlig kommunikasjon mellom henviser og frisklivssentral er viktig for å sikre at henvisningene treffer målgruppene. Henvisere må ha god kjennskap til ordningen, forstå henvisningsprosedyren og ha resepten lett tilgjengelig. Frisklivsresepten finnes som reseptblokker i papirutgave, som nedlastbar/utskrivningsklar pdf-fil og elektronisk i enkelte journalsystemer.

Dersom personer oppsøker sentralen på eget initiativ med ønske om hjelp til å endre helseatferd vurderes behovet for frisklivsresept (intensiv oppfølging i 12 uker). Dersom det er helsemessige årsaker til at personen bør få oppfølging ved FLS informeres fastlege, ved samtykke fra deltaker, om at personen deltar i reseptordningen. I mange tilfeller kan det være nok å veilede vedkommende videre til egnet lavterskeltilbud i nærmiljøet. Det er også viktig å påpeke at henvisning med frisklivsresept ikke alltid behøver å medføre deltakelse på det strukturerte, gruppebaserte treningstilbudet ved sentralen. For mange kan deltakelse i lokale lavterskeltilbud, eventuelt med ytterligere oppfølgingssamtaler ved FLS være tilstrekkelig. Frisklivssentralen bør ha en oppdatert oversikt over aktivitetstilbudet i kommunen.

10 Samarbeidspartnere

For å rekruttere aktuelle målgrupper og kunne gi kvalitativt gode tilbud rettet mot grupper med ulike behov er det hensiktsmessig at frisklivssentralen samarbeider med ulike instanser, både i egen kommune, andre kommuner, regionalt nivå, egen sektor og innenfor andre sektorer. Organisering og utvikling av gode tilbud ved FLS forutsetter nært samarbeid med henvisende instanser, utslusningstiltak, andre relevante helse- og sosialtjenester og kompetansemiljøer.

Naturlige samarbeidspartnere kan blant andre være

- fylkeskommune og Fylkesmann
- fastleger og kommunelege
- frivillige organisasjoner, lag og foreninger
- private aktører
- spesialisthelsetjenester, herunder blant annet lærings- og mestringssentre og rehabiliteringstjenesten
- helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- fysioterapitjenesten
- bedriftshelsetjenesten
- aktører innenfor arbeidsliv
- andre kommunale aktører som blant annet skoler, SFO, kultur, koordinerende enhet, støttekontaktordninger (fritid med bistand)
- høgskoler, universitets- eller andre kompetansemiljøer

11 Informasjonsarbeid

I etableringsfasen er det viktig å bruke tid og ressurser på å informere om frisklivssentralen i lokalmiljøet. Informasjonsarbeidet bør rette seg mot henvisere og kommunal ledelse som skal sikre en varig frisklivssentral forankret i kommunale planer og budsjett. Det er også viktig å gjøre befolkningen oppmerksom på sentralen. Det bør utarbeides en informasjonsstrategi som sikrer regelmessig informasjon.

Henvisere: Frisklivssentralen bør regelmessig kontakte henvisere med informasjon og oppdatering om frisklivsreseptordningen. Dette kan gjøres skriftlig, på telefon, eller ved personlig frammøte på lunsjmøter hos leger, fysioterapeuter, NAV, og andre fora hvor man møter henvisningsinstanser. Frisklivssentralen bør informere henvisere om indikasjoner for å henvise pasienter, henvisningsrutiner (dele ut reseptblokker) og praktisk informasjon om frisklivsreseptordningen (type tilbud, egenandel, omfang av oppfølging, rapporteringsrutiner). Kommunelege (medisinsk-faglig rådgiver) kan være en god formidler av aktuell informasjon til fastleger. Erfaringene fra prøvefylkene viser at det er viktig med gjentatt informasjon om sentralene til legene. Fastlegenes kunnskap om sentralen som forebyggende tiltak, tidlig intervensjon og som alternativ eller supplement til medikamentell behandling er avgjørende for at riktig målgruppe henvises. Det tar tid å innarbeide forståelsen for at frisklivssentralen representerer et reelt behandlingsalternativ for mange diagnoser. I dette arbeidet kan formidling av innholdet i *Aktivitetshåndboken*⁵¹ være et nyttig verktøy.

Kommunal ledelse: Frisklivssentralens tilbud og antall deltagere som har gjennomført ulike tiltak bør rapporteres på lik linje med andre kommunale tjenester til administrasjon og politikere. Frisklivssentralen kan presenteres i politiske utvalg, kommunestyret og andre relevante fora.

Befolkningen: Frisklivstilbudet bør annonseres i lokale aviser (f.eks to ganger i året primo januar, primo august). Andre mulige kanaler for informasjon kan være kommunale nettsider, lokal TV, TV-skjermer (der de finnes), på legekontorer, helse- og sosialsentre, fysikalske institutter, treningssentre, samt plakater og brosjyrer i det lokale bybildet som for eksempel på biblioteker, på tog/buss, stasjoner m.m. Informasjonsmaterieill bør foreligge på ulike aktuelle språk.

Definerte målgrupper/høyriskogrupeer: Samme informasjonsstrategi som for den generelle befolkning. I tillegg er det aktuelt å informere om reseptordningen på sykehus og rehabiliteringsavdelinger. Tilby presentasjon av tilbudet i pasient- og interesseforeninger hvor reseptordningen kan være aktuell for medlemmene. Benytt dessuten internasjonale og nasjonale merkedager til å markedsføre reseptordningen. For eksempel annonser om Verdens diabetesdag eller

⁵¹ Helsedirektoratet. Aktivitetshåndboken. 2009

røykesluttkurs på Verdens KOLS-dag. For å nå minoritetsgrupper er det aktuelt å informere på møteplasser hvor disse finnes.

Andre samarbeidspartnere: Frivillige lag og foreninger kan informeres om reseptordning med henblikk på deres aktivitetstilbud som mulig oppfølgingstiltak etter reseptperioden. Det bør være jevnlig kontakt med frivillige lag og foreninger for utveksling av informasjon og oppdatering, og for å sikre kvalitetsmessige gode utslusningstilbud.

Frisklivssentralen bør bli kjent i befolkningen som en naturlig del av kommunens forebyggende strategi for å fremme fysisk aktivitet, sunt kosthold og røykfrihet.

12 Tiltak

Arbeidet med frisklivsresept preges av en tilnærming hvor empowerment og salutogenese er sentralt⁵². Grunnlaget legges i frisklivssamtalen gjennom veileders bruk av endringsfokuseret veiledning som metode. Dette følges opp med tett individuell oppfølging i aktivitetene gjennom reseptperioden. Det kan være oppfølgingssamtaler mellom første og andre frisklivssamtale og positive tilbakemeldinger og oppmuntringer i endringsprosessen.. Systematisk bruk av gruppedynamikk for gjensidig støtte og erfaringsutveksling blant deltakerne er også viktig. De fleste deltakere ønsker erfaringsmessig å starte med oppfølging og endring av én helseatferd. Ved opplevelse av mestring ønsker de gjerne å ta tak i flere områder etter hvert. Tiltak skal være i tråd med nasjonale anbefalinger og faglige retningslinjer for behandling og forebygging av sykdommer som kan knyttes til levevaner. Se bl.a. Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer, nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes, Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt og røykeavvenning i primærhelsetjenesten⁵³.

⁵² Empowerment defineres som en prosess hvor mennesker oppnår større kontroll over egen beslutninger og handlinger som har betydning for deres helse. (WHO Health promotion glossary, 1998). Salutogenese er læren om det som fremmer positive helse.

⁵³ Linker til de aktuelle retningslinjene

Tiltaksoversikt Frisklivssentralene



Figur 2 Tiltaksoversikt

En oversiktsmodell av fremdrift og tiltak i resept/oppfølgingsperioden. En oppfølging starter med en frisklivssamtale. Deretter skjer det en oppfølging innenfor levevaneområdene fysisk aktivitet, kosthold og/eller røykeslutt. Denne oppfølgingsperioden avsluttes med en oppsummerende frisklivssamtale som skal lede ut i ulike utslusingstiltak uavhengige av frisklivssentralen

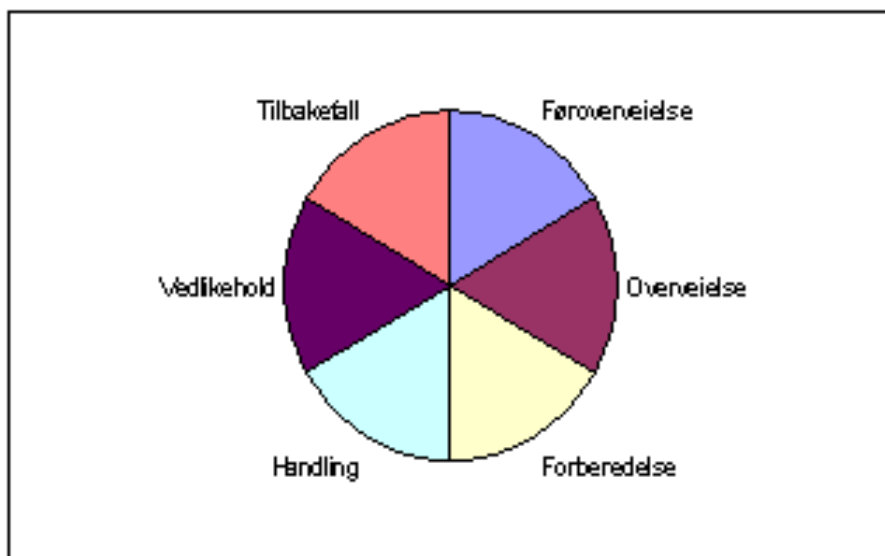
12.1 Frisklivssamtalen

Dette er veileders første møte med deltakeren etter henvisning fra lege, annet helsepersonell eller NAV. Frisklivssamtalen bygger på prinsipper for endringsfokuset rådgivning der målet er en samtale hvor deltakeren selv er aktiv. I samarbeid med deltaker utarbeides det mål og plan for reseptperioden. Deltakerne møter til ny frisklivssamtale etter 12.uke. Ved behov kan det gjennomføres mellomamtaler; sms, telefon, mail eller eventuelt ved personlig fremmøte. Alle møter med deltakerne i reseptperioden preges av denne endringsfokusede tilnærmingen.

Å endre vaner er en prosess som går over tid. All erfaring tilsier at tre måneder er for kort tid til å holde fast på livstilsendringer. Oppfølgingsperiode på 6-12 måneder etter reseptperioden vil hjelpe flere til å holde fast på endringene. Innstillingen til endring avhenger av hvor langt man er kommet i prosessen. Veileder ved frisklivssentralen (*frisklivsveileder*) møter personer som befinner seg på ulike stadier i endringsprosessen, og veileders oppgave er å hjelpe deltakeren et skritt videre. Proschasca og Di Clementes har utviklet en fasemodell for adferdsendring⁵⁴.

⁵⁴ Referanse!

Modellen anvendes som generell modell for endring og beskriver faser før adferdsendring og etter igangsatt endring.



Figur 3 Endringshjulet

De ulike delene i endringshjulet beskriver faser i personens endringsprosess. Fasene reflekterer personens interesse og motivasjon til å endre adferd. Målsettingen med veiledningen er å hjelpe personen et skritt videre i endringsprosessen. (Referanse!)

Personer som er i en føroverveiellesfase er lite innstilt på endring. Overveiellesfasen preges av stor grad av ambivalens. I forberedelsesfasen starter man små forsøk på endring. I handlingsfasen blir endringene synlig. Tilbakefall innebærer retur til tidligere adferd og er en naturlig del av endringsprosess på vei mot vedlikeholdsfasen og varig endring.

Frisklivssamtalen skal:

- Identifisere deltakers behov og motivasjon for endring av levevaner.
- Utforske ambivalens og barrierer for endring.
- Identifisere rett tiltak for deltakeren ut ifra deltakers behov og henvisningsårsak.
- Bistå deltaker i å sette seg konkrete målsettinger.
- Kartlegge deltakers funksjon før reseptperiode og etter gjennomført reseptperiode. Benyttes som sammenligningsgrunnlag.

Samtalen bør baseres på metoden om endringsfokuset rådgivning (se Verktøykasse side xx) og innholdet i samtalen bør derfor delvis være styrt av veileder og delvis av deltakerens utfordringer, ønsker og behov. På bakgrunn av henvisningsårsak og deltakerens erfaring, behov og interesser innen fysisk aktivitet/kosthold/tobakksbruk bistår veilederen deltakeren i å velge aktivitet og sette opp målsetning. Skjema for egenvurdert helsetilstand fylles ut (Eksempel på slikt skjema kan være COOP/ WONCA). Veileder informerer om aktuell aktivitet (hvor, hvem, når, forløp, oppfølging, pris) og det avtales tidspunkt for første frammøte samt tidspunkt for fysisk test. Frisklivsveileder noterer deltakerens kontaktinfo m.m. og utleverer eventuelt egenregistreringsskjema/treningsdagbok, samt eventuell informasjon om alternative aktiviteter og oppfølgingstilbud i aktivitetsperioden. Det

er viktig at det sendes rapport til henviser dersom deltaker velger å ikke begynne i treningsgruppe, eller velger noe annet. Det samme gjelder ved avbrudd i aktivitet.

12.2 Frisklivstrening

Frisklivstrening er gruppetrening som ledes av helse- og treningspedagog, fysioterapeut eller andre kvalifiserte trenere. Trening i grupper er effektivt og bidrar erfaringsmessig til økt trivsel og mestring for de fleste deltakerne. Frisklivstrening omfatter deltakelse i reseptgruppe ved frisklivssentralen og/eller deltakelse på andre lokale aktivitetstilbud. Sentralen bør kvalitetssikre slike lokale aktivitetstilbud som inngår i reseptordningen og inngå formell avtale om samarbeid

Eksempel på basis frisklivstrening

Oppvarming/ sosialiseringsaktiviteter – hvor alle blir sett.

Velg øvelser som gjør at deltakerne har kontakt med hverandre. Bruk pinner, kongler, snøballer, erteposer etc

Hoveddel - aktivitet med varierende intensitet

Stavgang: teknisk innføring, styrke og smidighetsøvelser

Systematisk intervalltrening: for eksempel i skogen, eller på vei

Orientering: linje-, stjerne-, kurve-, refleksorientering

Bruk av løyper som gir naturlige variasjoner i puls

Intervallaktivitet med fokus på kreative vekslinger og pausegym

Skogshinderløype

Ball-leker og ballspill med bruk av badeball, ballonger, freesbee

Styrkedel : øvelser for rygg, mage, armer og bein i sirkel, som sirkeltrening, stasjonstrening

Avslutning

Tøyninger

Avspenning/ autogen trening

12.3 Individuell veiledning i fysisk aktivitet

Enkelte deltakere kan ha behov for individuell oppfølging for å gjennomføre treningen. Frisklivssentralen bør legge til rette for slik oppfølging av disse så langt det lar seg gjøre. Det er ulike tilnæringsmåter avhengig av veilederes kompetanse og erfaring, deltakerens individuelle behov og ønsker, og eventuelt lokale forhold. Noen bør kanskje først ha en henvisning til fysioterapeut, for så å komme tilbake når de kan delta på gruppetilbud. Bruk av treningskontakt eller støtte/fritidsassistent kan være aktuelt. Se www.fritidforalle.no, www.treningskontakt.no.

Med utgangspunkt i helsesamtalen må veileder og deltaker sammen lage en tiltaksplan og plan for videre oppfølging etter reseptperioden.

12.4 "Bra mat for bedre helse" kostholdskurs

Kurset er basert på de generelle anbefalingene fra Helsedirektoratet. Disse rådene

er i stor grad sammenfallende med generelle kostråd ved type 2- diabetes, høyt blodtrykk, høyt kolesterol og vektreduksjon. Kurset baserer seg på metoden endringsfokusert veiledning og appellerer til deltakeres egeninnsats for å sette seg kortsiktige konkrete mål, og således innarbeide gode levevaner som kan vare.

Det er gjort studier på langtidsoppfølging av prediabetikere som viser at endring i kost og mosjonsvaner forsinker eller forhindrer utvikling av type 2-diabetes⁵⁵ Selv små justeringer i levevaner viser vektreduksjon og bedring i glukosetoleranse. Fordi endring av levevaner tar tid, regnes Bra mat kurset med sine fem kursøker som en start i prosessen for å gjøre varige endringer.

Mange frisklivssentraler rekrutterer kursleder gjennom annonse eller "headhunting". Det er god erfaring med å ha utdannet flere Bra mat kursledere som i egne nettverk og med oppfølging fra Frisklivssentralen utveksler erfaringer og holder seg oppdatert. Kursholdere i Bra mat kan også benyttes til formidling om gode kostvaner i et bredere folkehelsearbeid i kommunen.

12.5 Røykesluttkurs

De negative helsekonsekvensene ved røyking er grundig dokumentert⁵⁶. Røykeavvenningskurs er et viktig forebyggende tiltak. I tråd med Nasjonal strategi for tobakksforebyggende arbeid 2006-2010 kan henviste personer få tilbud om røykesluttveiledning i forbindelse med reseptordningen. "Røykfrie sammen", utviklet av Helsedirektoratet, er et gruppebasert kurs som anvendes i kommuner og på frisklivssentralene. Kurset bygger metodisk på endringsfokusert veiledning samt filosofien om at fellesskapet, den gjensidige støtten, og deltakernes erfaring, gjør det lettere å opprettholde motivasjon for røykeslutt og røykfrihet. Et røykesluttkurs kan kombineres med medikamentell behandling for røykeslutt fra fastlegen. Personene som ønsker å slutte må gjøres kjent med Røyketelefonen og slutta.no som kan være et supplement til røykesluttkurs i slutteprosessen.

12.6 Brukermidvirkning og brukerstyrte tiltak

Brukermidvirkning innebærer at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud⁵⁷. Brukermidvirkning kan skje på to nivåer; individnivå og systemnivå.

Gjensidig utveksling av erfaringer, hjelp og støtte mellom gruppedeltakerne kan bidra til økt kunnskap om egen situasjon og bedre mestringsopplevelser.

Brukermidvirkning og deltakersentrerte tiltak ved frisklivssentralen kan skje under og etter 12-ukers reseptperiode. I reseptperioden kan gruppen ta opp relevante livsstilsetemaer hvor deltakerne selv bidrar i diskusjoner om levevaner og endringsprosesser. Korte innlegg ved fagpersoner kan være med på å løfte et tema fram. Noen kommuner har god erfaring med bruk av tidligere reseptdeltakere som skolerer til å ivareta aktivitetssgrupper som et utslusningstiltak. Frisklivssentralens

⁵⁵ Tuomilehto et al 2001, diabetes prevention program 2002, Anne Marie Aas 2005?

⁵⁶ (Bartveit et al. 2005, Ambrose et al 2004, Eliasson 2004)

⁵⁷ St. meld. nr 34 (1996-97)

personell må i så tilfelle ha god vurderingsevne med hensyn til hvem som kan bli aktivitetssledere. Interesseorganisasjoner bør ha ansvar for opplæring og kvalitetssikring av likemenn, mens frisklivssentralen bør etablere rutiner for veiledning og oppfølging av brukerrepresentanter som engasjerer seg i frisklivsarbeidet. Avtaler for godtgjøring må tilpasses lokale forhold.

12.7 Frisklivssamtale 2

Etter 12 uker i reseptordningen gjennomføres frisklivssamtale 2. Formålet er nå å evaluere deltakerens helsemessige utbytte av reseptperioden og å motivere/støtte opp om videre aktivitet for deltakeren. Aktivitetsleder tar utgangspunkt i temaer, utfordringer og mål fra første frisklivssamtale og deltaker fyller på nytt ut COOP/WONCA skjemaet. Dersom regler om taushetsplikt ikke er til hinder for det, skal det sendes skriftlig evalueringsrapport til henviser. For noen deltakere kan man også vurdere en samtale underveis etter 6 uker.

Eksempel på evalueringsskjema og rapporteringsskjema finnes i Verktøykassen.

12.8 Aktuelle oppfølgings/ utslusingstiltak

Oppfølgingstiltak etter reseptperioden skal styrke deltakernes muligheter for å holde fast i endring av helseatferd på sikt. For mange deltakere er 12 uker ikke tilstrekkelig for å opprettholde de positive resultatene fra intervensjonsperioden⁵⁸. En oppfølgingsperiode på minst 6-9 måneder er hensiktsmessig⁵⁹.

Mulige oppfølgingstiltak for fysisk aktivitet kan være fortsettelse med ny 12 ukers resept periode, overføring til lavterskeltilbud innen frivillige lag og foreninger (helst med periodisk oppfølging fra frisklivssentralen). Disse tilbudene bør være kvalitetssikret av frisklivssentralen. Brukerstyrte aktivitetsgrupper eller egenadministrert trening med periodisk oppfølging fra frisklivssentralen er også en mulighet. Oppfølgingen fra frisklivssentralen kan være i form av telefonsamtale, SMS, e-post, enkeltsamlinger ved sentralen og brev.

Trappemodellen (s. 20) viser at noen deltakere kan henvises direkte til trening i regi av frivillige lag og foreninger eller treningssenter. Dette gjelder personer som i frisklivssamtalen vurderes til å ha forutsetning for å finne seg til rette i slike tilbud, eventuelt med noe oppfølging i starten. Gjennom samarbeid med frivillige og private aktører i kommunen kan det inngås egne avtaler for frisklivsdeltakere i reseptperioden.

Frisklivssentralen (FLS) kan gjennom oppsøkende virksomhet til aktuelle samarbeidspartnere i kommunen, informere om FLS og hva som kan være aktuell oppfølging for deltakere etter en reseptperiode. Det er også flere eksempler på at kompetanse og ressurser i FLS samarbeidspartnere gjennom kurs. Eksempler er stavangleder kurs, kurs i ulike aktivitets/treningsformer, grunnleggende treningslære.

Mulige oppfølgingstiltak for røykeslutt og kostholdsendringer kan være å benytte seg

⁵⁸ Helgerud, Eithun 2010

⁵⁹ Oppfølgingsystemer til Grønn Resept 2004-2008

av Røyketelefonens oppfølgingstilbud, eller slutta.no etter endt røykesluttkurs og å tilby et oppfølgingsmøte 6 og/eller 12 måneder etter "Bra mat kurs".

Avspenning og stressmestring kan være aktuelle oppfølgingstiltak. Erfaringer viser at dette ofte blir tema i frisklivssamtalen. Noen sentraler har tilbud om avspenningstime knyttet til en treningsøkt. Det finnes gode avspenningsprogram tilgjengelig på CD.

Eksempel på oppfølging av en typisk deltaker ved frisklivssentralen

En mann blir henvist til frisklivssentralen med resept fra fastlegen på grunn av type 2-diabetes og høyt blodtrykk. Mannen tar selv kontakt med Frisklivssentralen og avtaler tid for første samtale.

Under samtalen forteller mannen at han røyker daglig, har stillesittende jobb og er lite fysisk aktivitet på grunn av manglende energi når han kommer hjem. Veileder spør videre om mannens tanker rundt det å begynne på en endring av levevaner. De finner sammen ut at mannen ønsker å redusere blodtrykket sitt, og kanskje gjøre noe med røyken. Han vet også at det er viktig å være mer fysisk aktiv pga sin diabetes. Han liker å være ute. Veileder informerer om de aktuelle gruppebaserte tiltak i regi av frisklivssentralen som går over 12 uker.

Mannen bestemmer seg for å delta på frisklivssentralens treningsgruppe to ganger i uken. Veileder spør videre om han kan tenke seg andre aktiviteter knyttet til dagliglivet, og mannen bestemmer seg for å prøve å sykle til jobben tirsdag og torsdag i reseptperioden.

Mannen orker ikke kutte røyken med en gang, og ønsker ikke å delta på kurs, men tar i mot informasjon om Røyketelefonen.

Veileder informerer om at frisklivssamtale 2 gjennomføres etter 12 uker med trening i regi av Frisklivssentralen. Mannen fyller ut COOP/WONCA skjemaet og veileder bekrefter tidspunkt og sted for første aktivitetsøkt i gruppa. Egenadministrert aktivitet (sykling til jobb) skal han registrere i et utlevert skjema og ta med til frisklivssamtale 2. Veileder tilbyr å kontakte mannen på telefon etter 6 uker, som et oppfølgingstiltak.

Etter reseptperioden kommer mannen til frisklivssamtale 2. Veileder spør hvordan det har gått med de avtalte målsettingene. Mannen sier han føler seg mer glad og opplagt, har fått mer energi, bedre kondisjon og har ringt Røyketelefonen en gang. Han har ikke vært hos legen i løpet av de 12 ukene, men har nå fått ny time. Veileder spør om "veien videre" med utgangspunkt i det som han har oppnådd på 12 uker, og om motivasjon for å prøve røykeslutt. Mannen takker ja til individuell samtale om røykeslutt. I oppfølgingsperioden etter de 12 uker i regi av frisklivssentralen vil mannen prøve seg på eget hånd med turgåing i regi av turistforeningen. Veileder tilbyr telefonisk oppfølging etter 6 uker og en ny samtale etter 12 uker. Mannen utfyller COOP/WONCA –skjemaet på nytt. Veileder sammenstiller rapportskjemaet og sender til fastlegen dersom pasienten samtykker i dette.

12.9 Mulige utviklingsområder for frisklivssentraler

Dersom frisklivssentralen har kapasitet i form av ressurser og kompetanse er det hensiktsmessig at disse gir tilbud om oppfølging av personer med psykiske vansker, kartlegging og oppfølging av risiko alkoholkonsum og tilbud for barn og unge med overvektsproblematikk. Enten i egen regi, og/eller i samarbeid med andre.

12.9.1 Tiltak for mestring av psykiske vansker

Frisklivssentralen bør over tid utvikle tilbud til personer med psykiske vansker enten i egen regi, eller kunne henvise til andre som har slike tilbud.

Psykiske plager og lidelser er blant våre største folkehelseutfordringer. Studier av forekomst i befolkningen viser at omtrent halvparten av alle nordmenn vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. Forskning tyder på at depresjon bidrar til å øke dødeligheten for de store somatiske folkehelse sykdommene som hjerte- og karsykdommer, infeksjonssykdommer og muligens kreft. Hver tredje pasient med alvorlig somatisk lidelse har depresjon i moderat grad. (Helsedirektoratet, IS-1846)

Psykiske lidelser er ofte komplekse, og det vil være store individuelle forskjeller når det gjelder opplevelse, fungering og mestring. Sosial støtte og utviklet mestringsevne er sentrale beskyttelsesfaktorer når det gjelder utvikling av psykiske lidelser. Ved å komme tidlig til i symptomutviklingen er det mulig å gi mennesker redskapet og muligheter til å mestre eget liv.

Psykiske vansker kan ofte være normale reaksjoner forbundet med en vanskelig livssituasjon. Det er først når de psykiske problemene varer over tid og går utover daglig fungering at det er grunn til å søke hjelp. Åpenhet om psykiske problemer og sosial støtte vil være viktige faktorer for at mennesker mestrer livets utfordringer på en god måte. Det er også mye man kan gjøre selv.

Individ og grupperettet forebyggende arbeid ved angst og depresjon dreier seg om å motvirke at folk som allerede viser tegn på psykisk lidelse skal utvikle en manifest, klinisk sykdom. Individrettet forebyggende tiltak ved angst og depresjon kan hovedsakelig deles i to hovedgrupper: tiltak som bygger på sosial støtte til utsatte grupper, og tiltak som bygger på psykologiske metoder.

12.9.1.1 Kurs i mestring av depresjon

Kurs i mestring av depresjon (KID-kurs) er lagt opp som undervisning hvor deltakerne lærer en kognitiv forståelsesmodell og tilhørende teknikker og metoder rettet mot å endre tanke og handlingsmønsteret som vedlikeholder og forsterker nedstemtheten/depresjonen. Deltakerne trenes også i å engasjere seg i lysbetonte aktiviteter og å utvikle sosiale relasjoner. Hver kursgruppe består av 10-15 personer og ledes av helsepersonell (sjekk dette). Deltakerne kan henvises til kurset fra fastlege, eller gjennom annen kontakt i helsetjenesten. Du finner oversikt over hvilke kommuner som arrangerer kurs, samt en oversikt over kursledere i helse Norge på www.psykiskhelse.no . På fagakademiets nettsider: www.fagakademiet.no kan du finne informasjon om hvor du skal henvende deg dersom du ønsker kurslederkurs i KiD – kurs i depresjonsmestring.

12.9.1.2 Assistert selvhjelp

Assistert selvhjelp (også kalt veiledet selvhjelp) er en metode for systematisk samarbeid mellom pasient og helsepersonell. Metoden innebærer at helsepersonell formidler eller henviser til selvhjelpsmaterialet, enten i form av brosjyrer, bøker eller internettbaserte programmer. Poenget er at du som pasient i høy grad selv står for gjennomføringen av ulike tiltak. Samtidig tilbys pasienten for eksempel tre oppfølgende samtaler, der pasientens konkrete erfaringer med opplegget diskuteres. Tiltaket bør ta seks til ni uker, inkludert oppfølging (Retningslinjer for behandling av

depresjon, Helsedirektoratet 2009). Assistert selvhjelp bygger vanligvis på prinsipper fra kognitiv terapi. En viktig del av et slikt tilbud er råd om:

- Hvordan du kan håndtere stress og løse problemer
- Hvordan du kan motvirke overdreven negativ tenkning og pessimisme
- Hvordan du kan øke mengden av aktiviteter i hverdagen
- Hvordan du kan bruke støttespillere i nærmiljøet – og bli en bedre støttespiller for deg selv
- Hvordan du kan unngå sosial isolasjon

Psykologisk institutt, Universitetet i Tromsø, har stått for norskspråklige selvhjelpsprogrammer på internett som kan være til nytte ved håndtering av angst og mild til moderat depresjon: BluePages (www.bluepages.no ; informasjon om depresjon og behandling) og Moodgym (www.moodgym.no ; interaktiv kognitiv atferdsterapi).

Erfaring fra forskning viser at assistert selvhjelp med forholdsvis korte samtaler med helsepersonell kan være hjelpsomme og gi håp og stimulans til konstruktive aktiviteter og tiltak. Et nyttig utgangspunkt for samtalen kan være Helsedirektoratets brosjyre "Enkle råd når livet er vanskelig" (www.helsedirektoratet.no/psykiskhelse)

Råd om selvhjelp:

http://www..no/psykiskhelse/her_f_r_du_hjelp/r_d_om_selvhjelp_424524

12.9.1.3 Søvn

Nok søvn er viktig for hvordan du har det, og for hvordan du fungerer i hverdagen. De aller fleste opplever perioder med søvnevansker. Dette er slitsomt, og til tider utmattende, men det er ikke farlig. Noen råd for personer med søvnproblemer finner du i verktøykassen.

12.9.2 Oppfølging av risiko alkoholkonsum

Konsum av alkohol er en viktig risikofaktor for sykdom i befolkningen, og er også årsaksfaktor til redusert livskvalitet og for tidlig død. Alkoholrelaterte helseskader er en stor utfordring i samfunnet. Alkoholkonsumet øker i voksenbefolkningen og vil medføre økte alkoholrelaterte skader og ulykker.

Temaet rus og alkoholkonsum er utfordrende for ansatte som kommer i kontakt med pasienter fordi en ofte er usikker på hvor grenseoppgangene går fra normalkonsum, risikofyllt konsum (volum og mønster) og avhengighetsproblemer. I vår kultur er fortsatt alkoholproblemer skam- og skyldbelagt og mange kvier seg for å bringe dette opp som tema. Signaler på et mulig overforbruk av alkohol er gjerne diffuse og tvetydige - og det medfører at det ofte er fristende å overse problemene så lenge som mulig. Det betyr at problemer får vokse seg store for den enkelte og familiemedlemmer som lever tett på.

Vi må lære oss å snakke om alkoholvaner på lik linje med andre helseatferdsområder som for eksempel kosthold, røyking og fysisk aktivitet. Vi må håndtere alkoholbruk som et normalfenomen med glidende overganger til problemer.

Vitenskapelige studier har vist at vi med ganske enkle samtaler med pasienter om deres alkoholvaner kan være en effektiv metode for å minske et risikofullt drikkemønster og konsum (volum). Motiverende samtale er en samtale metode som viser seg å fungere bra i å motivere pasienter til å forandre sin helseatferd slik at en får helsegevinst. Dette gjelder for alle, både storkonsumenter, de med mer risikofyllt konsum av alkohol og "normalkonsumenter"

Frisklivssentralen bør over tid vurdere å ta opp alkohol som helseatferdsområde på lik linje med fysisk aktivitet, kosthold og tobakk ved hjelp av motiverende samtalemetode. Kartleggingsverktøyene audit eller tweak kan benyttes for kartlegging av risikofyllt konsum. For mer info om disse kartleggingsverktøyene se Helsebibliotekets nettsider⁶⁰. Avdekking av risikofyllt konsum bør følges opp med en samtale basert på motiverende samtalemetode. Ved misstanke om store alkoholproblemer bør man be deltakeren kontakte sin fastlege. Frisklivssentralen skal ikke drive rusavvenningsbehandling.

12.9.3 Tilbud for barn og unge med overvektsproblematikk

Barn og unge med overvektsproblematikk kan ha god effekt av motiverende samtale og gruppetilbud for økt fysisk aktivitet og endring i kosthold. Tilbud for barn og unge må skje i samarbeid med foreldre, helsestasjons- eller skolehelsetjeneste og skole eller barnehage.

12.9.4 Utstyrssentraler

Frisklivssentraler kan også inkludere lokale utstyrssentraler. Formålet er at sports- og friluftsutstyr skal være lettere tilgjengelig for alle. Det legges derfor vekt på at utstyr skal kunne lånes ut gratis eller leies til rimelig pris. Videre skal det være enkelt for en kommune å etablere og drifte en utstyrssentral. Helsedirektoratet har utviklet informasjonsmateriell for etablering av lokale utstyrssentraler⁶¹

⁶⁰ <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Kartleggingsverkt%C3%B8y/Screening+av+voksne>

⁶¹ http://www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet/publikasjoner/hvordan_etablere_en_utstyrssentral_730074?dummy=null

13 Kompetanse

13.1 Formell kompetanse

Ordningen med frisklivsresept defineres som helsehjelp. Faglig ansvarlig for frisklivssentralen må være autorisert helsepersonell og ha minimum treårig helsefaglig utdanning.

Personell som har ansvar for gjennomføring av frisklivssamtaler og aktivitet i tilknytning til frisklivsreseptordningen bør ha helse- og/ eller pedagogisk høgskoleutdanning som gir kompetanse om helse og helseatferd. Dersom dette ikke inngår i utdanningen bør de i tillegg ha gjennomført grunnopplæring (minimum 10 timer) innen endringsfokuset veiledning/ kommunikasjon om endring av helseatferd/ motiverende samtale. Det finnes ulike grunnopplæringer. Å utvikle forståelse og ferdigheter innen endringsfokuset veiledning er en prosess. Kollegabasert veiledning, fordypningskurs og eller videreutdanning anbefales.

Det stilles ingen formelle kompetansekrav til øvrig personell ved frisklivssentralen. For å få et kvalitetsmessig god tilbud bør de ansatte ha kompetanse på følgende områder: kosthold, fysisk aktivitet, tobakksforebyggende arbeid, endringsfokuset veiledning, friluftsliv, psykisk helse, barn og unge, lavterskeltilbud og minoritetsgrupper.

Lavterskeltilbud innen friskliv leveres av lokale; frivillige, private og kommunale aktører. For disse aktørene er det ingen formelle krav til utdanning

13.2 Generell kompetanse

Personell ved frisklivssentralen må ha kunnskap om friskfaktorer, sosial ulikhet i helse, deltakermedvirkning og prinsipper for motiverende samtale/ endringsfokuset veiledning. Kompetanse innen folkehelse anbefales. I tillegg skal personell ved frisklivssentralen ha oppdatert kunnskap om tobakksforebyggende arbeid, gjeldende kostholdsanbefalinger og treningslære.

Frisklivssentralen bør preges av samspill mellom personer med helsefaglig kompetanse og personer med annen bakgrunn og kompetanse. Dette er med på å bygge "broen" mellom helsehjelp og individets egenmestring.

13.3 Annen kompetanse

Fylkene anbefales å etablere kompetansesamarbeid/ nettverk. Dette for å sikre kvalitet og faglig standard på frisklivsarbeidet i kommunene. Aktuelle samarbeidspartnere kan være høgskoler, forskningsaktører, spesialisthelsetjenesten, ernæringsfysiolog, psykolog, frivillige lag og foreninger, NAV, fylkeskommunen og fylkesmannen. Frisklivssentraler (FLS) bør inngå samarbeid med andre tjenester og fagmiljøer som innehar den kompetansen som FLS mangler.

14 Rapportering/ epikrise

Henvisning til sentralene med frisklivsresept, frisklivssamtale og strukturerte tiltak for endring av levevaner, behandling eller forebygging av sykdom er å definere som helsehjelp jf. helsepersonelloven § 3, tredje ledd som sier: "med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell".

Av samme paragraf framgår også at det personellet ved sentralen som yter helsehjelp er å anse som helsepersonell. Helsepersonells dokumentasjonsplikt er regulert i helsepersonellovens kapittel 8, jf. Forskrift om pasientjournal (2000-12-21 nr. 1385). Helsepersonelloven § 39 pålegger den som yter helsehjelp å nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Rapportering fra sentralene er en viktig arbeidsoppgave og det framgår av § 9 i journalforskriften at epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. (Aktuelt lovverk vedlagt i verktøykassen⁶²).

I en etableringsfase kan det være hensiktsmessig at frisklivssentralen rapporterer til den henvisende instans både etter start samtalen og etter sluttsamtalen. Etter hvert som henvisere blir kjent med oppfølgingsprosedyrene kan det være nok med sluttrapport. Spesielt ved henvisning fra fastlege bør det avklares om rapport etter start samtalen fortsatt er hensiktsmessig. Mange leger bruker også rapport i oppfølging av pasient underveis i reseptperioden.

Rapport etter første samtale bør inneholde:

- Navn og fødselsnummer
- Henvisningsårsak/Yrkesstatus (sykemeldt, attføring, uføretrygd)
- Status for aktuelle levevaner, (aktivitet, kosthold, tobakk)
- Generelle trekk ved kostholdet
- Aktivitetsnivå/aktivitetsvaner/fysisk form
- Motivasjonsnivå for atferdsendring (VAS-skala)
- Mål og tiltak innenfor aktuelle levevaneområder
- Neste samtaledato

Rapport etter avsluttet/gjennomført tiltaksperiode bør inneholde:

- Endring i yrkesstatus
- Endring i helseatferd (fysisk aktivitet, kosthold, tobakk)
- Endring egenvurdert helse (COOP/WONCA)
- Endring i fysisk form
- Planlagt videre tiltak
- Måloppnåelse iht. start samtalen
- Oppmøte, gjennomføring av reseptaktiviteter

⁶² Vedlegges senere

Listene er ikke uttømmende, journalens innhold må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

15 Dokumentasjonsarbeid

Det er nødvendig og viktig å etablere gode rutiner for dokumentasjonsarbeid knyttet til driften av en frisklivssentral:

- Svarer resultatene som oppnås til de økonomiske og personellmessige ressurser som kommunen legger ned i sentralen?
- Hvor mange henvises på resept pr. år?
- Hvor mange starter på 12 ukers opplegg?
- Hvor mange gjennomfører 12 ukers opplegg?
- Hvem henvises (kjønn, aldersgrupper, utdanningsnivå, diagnosegrupper)?
- Hvilke tiltak settes i verk?
- Utvikles det nye og eventuelt bedre samarbeidsrutiner innad i helsetjenesten eller på tvers av etater og sektorer?

Det er grunnlag for både kvantitative og kvalitative beskrivelser. Dokumentasjonsarbeidet har betydning både statlig og regionalt, - og ikke minst for kommunal ledelse (politisk og administrativt).

Nedenfor følger beskrivelse av registreringer som:

1. Bør registreres ved alle Frisklivssentraler
2. Er ønskelig å registrere ved alle Frisklivssentraler som har kapasitet til det
3. Kan gjennomføres som del av forsknings-/ evalueringsprosjekter der kommunen samarbeider med forskningsmiljøer og evt. fylkeskommuner og/eller Helsedirektoratet

1. Registrering av aktivitet – bør registreres ved hver sentral

Det anbefales at alle frisklivssentraler registrerer sin aktivitet. Resultatene fra registreringene benyttes til å kartlegge omfang av frisklivstilbud i de ulike fylkeskommuner og på landsbasis. Det er nødvendig med en oversikt over hvor mange personer dette tilbudet når, hvilke grupper som nås, hvilke tiltak som tilbys og ressursbruk. Resultatene skal brukes til å videreutvikle frisklivstilbudene.

Variabler for å kartlegge aktivitet og ressursbruk (Registreres en gang pr.år)

- Stillingsprosjenter pr år. Hvilke faggrupper besitter stillingene
- Budsjett
- Antall kostholdskurs pr år, og samlet antall deltakere
- Antall røykesluttkurs pr år, og samlet antall deltakere
- Oppgi samarbeidspartnere for frisklivssentralen

For å kartlegge hvem som deltar kan variablene som følger under hentes ut fra journal (fra frisklivssamtalen) og føres inn i registreringsskjema (elektronisk system, eller papirversjon), men da må deltaker ha samtykket på forhånd og opplysningene

må ikke overleveres sammen med navn, fødselsdato, adresse, eller andre personidentifiserbare data som gjør at opplysningene kan knyttes til en enkeltperson.

Variabler for å kartlegge hvem som deltar (Registreres hver måned)

- Antall henvisninger sendt til sentralen fra ulike henvisningsinstanser
- Antall frisklivssamtale 1
- Antall frisklivssamtale 2 (Frafall)
- Kjønn
- Alder (i 5 års frekvenser)
- Fysisk aktivitetsnivå ved innkomst (målt med objektiv registrering og/eller spørreskjema)
- Røyker/ ikke røyker
- Utdanningsnivå (4 ulike nivå)

Registreringsskjema finner du i verktøykassen. Registreringsskjema sendes til Fylkesmannen årlig⁶³

2. Registrering av resultater – ønskelig å registrere ved frisklivssentralene

Dokumentasjon av ressurskrevende tiltak er nødvendig. Kommuner, fylkeskommuner, og andre som styrer tjenestetilbud har behov for å vite om tilbud gir ønsket effekt, eller om de må endres. Henvisende instanser trenger å vite at de henviser pasientene sine til kvalitetssikrede tilbud. Gir tiltakene endring i levevaner og bedre helse? Utvikling av gode tilbud tar tid, men underveis er det viktig å gjøre målinger for å kunne vurdere om man er på rett vei, eller behøver å justere kursen.

Variabler som er ønskelig å registrere for å kartlegge om frisklivstilbudet gir positive resultater:

- Endring i egenopplevd helse
- Endring i funksjon (Coop Wonca spørreskjema)
- Endring i fysisk aktivitetsnivå (spørreskjema eller objektiv aktivitetsmåler)
- Endring i motivasjon (skaleringsspørsmål)
- Endring i fysisk form (ikke definert test)
- Endring i kosthold (spørreskjema)
- Endring i tobakksbruk (spørreskjema, CO-måling)

Noen spørreskjema og protokoller finner du i verktøykassen⁶⁴. Verktøy for gode målemetoder vil bli komplettert i etterkant av et pilotprosjekt for testing av målemetoder ved frisklivssentraler, 2011.

De overnevnte målingene anbefales å registreres i tilknytning til frisklivssamtalene ved oppstart og etter 12 uker, samt gjerne etter 6 eller 12 måneder dersom dette er mulig.

⁶³ Jf. rapportering i Embetsoppdrag 2011

⁶⁴ Vedlegges senere

Eventuelle registreringer må være i henhold til taushetsplikt og helseregisterloven av 18.mai 2001. (Aktuelt lovverk vedlagt i verktøykassen ⁶⁵)

3. Forsknings-/evalueringsprosjekt – for å måle langtidseffekter av frisklivstilbud

Det er stort behov for dokumentasjon på langtidseffekter av tiltak for å endre helseatferd som fysisk aktivitet, kosthold og røyking. Derfor oppfordres det til å utføre forskningsbaserte evalueringer som kan vurdere effekter av frisklivstilbud over tid (mer enn 6 måneders oppfølging). Effekteresultater bør sammenstilles med oversikter over omfang og kostnader av frisklivstilbudene, og dermed bidra til analyser av kostnad-nytte effekt.

Frisklivssentralene kan samarbeide med forskningsmiljø ved høgskoler/universitet, med fylkeskommuner, regionale kompetansesentre, medisinske sentre etc. om å gjøre forskningsprosjekter.

Ved forsknings-/evalueringsprosjekt vil det være opp til hvert enkelt miljø å avgjøre hvilke målinger de ønsker å gjennomføre. Anbefalingene i denne veilederen baseres på målinger som tidligere er validert og brukt i vitenskapelige forskningsprosjekter, samt prøvd ut i et pilotprosjekt.

⁶⁵ Vedlegges senere

16 Verktøykassen⁶⁶

16.1 Frisklivssamtalen

- å snakke om endring

Veileders rolle er å stille gode spørsmål, lytte aktivt og lede samtalen mot endring. For å kunne dette må veileder ha en profesjonell tilnærming og være komfortabel med å snakke om tema knyttet til levevaner. Fokus er å legge til rette slik at deltakeren styrker egen tro på at endring er mulig. Møte mellom veileder og deltaker preges av en empati og respekt. Med bakgrunn av henvisningsårsak og deltakeres erfaring, behov og interesser innen fysisk aktivitet/kost/røyking bistår veilederen deltakeren i å velge aktivitet og sette opp målsetning for aktiviteten.

Eksempel på spørsmål:

- Du har fått frisklivsresept, hva tenker du om det?
- Kan du si noe mer ...?
- Du ønsker ikke å slutte å røyke, er det likevel greit å prate litt om røykevanene dine?
- Hva tenker du om matvanene dine?
- Hva skal til...?
- Fortell litt mer ,,,

For alle deltakere:

- COOP/ WONCA skjema for egenvurdert helsetilstand fylles ut av deltaker tidlig i samtalen.
- Deltakerhefte frisklivsresept. Deltaker fyller inn personlig mål og plan for reseptperioden.
- Tidspunkt for test av kondisjon avtales.

Rapport frisklivsresept fylles ut av veileder. Rapporten sendes henviser og fastlege dersom andre enn denne har henvist. I tillegg arkiveres rapporten på Frisklivssentralen⁶⁷.

Skjema som benyttes ved behov⁶⁸:

- Beslutningsskjema for utforsking av ambivalens
- Skaleringsskjema
- Sjekkliste matinntak
- Matregistreringsskjema
- Nikotinavhengighetstest
- Borg skala
- Vektregistrering/ midje- og hoftemål

Aktuelt materiale som kan gis til deltaker:

⁶⁶ Verktøykassen skal oppdateres med verktøy og skjema som kan brukes i daglig oppfølging av deltakere

⁶⁷ Det skal utarbeides ett selvforklarende rapportskjema som kan anvendes på alle samtaler I og II. Dette skal vedlegges i verktøykassen

⁶⁸ Det skal stå kort forklaring på selve skjema for hva og hvordan det brukes – derfor ikke mer info her

- loggbok trening
- loggbok matregistrering
- loggbok røykevaner
- Mathefter/ kokebok for alle
- Lokal aktivitetskatalog
- Aktivitetshefter
- Røykesluttbrosjyrer
- Annet aktuelt materiale

Anbefalt litteratur ⁶⁹

16.2 Bra mat for bedre helse

Nasjonal strategi for diabetesområdet (Sosial og helsedepartementet 2006) vektlegger lavterskeltilbud innen fysisk aktivitet og kosthold som høyrisikostrategi. Bra mat kostholdskurs må sees på som et slikt tiltak. Kurset er et viktig tilbud som frisklivssentralene leverer til kommunenes satsning på forebyggende helsearbeid.

Det anbefales at kursleder har ernæringsfaglig, pedagogisk, kjøkkenfaglig utdanning eller er autorisert helsepersonell. Vedkommende må ha god kunnskap om anbefalte kostholdsråd og gode forutsetninger for/ evne til å formidle endringer i levevaner gjennom veiledning. Kurslederen forplikter seg til å holde seg oppdatert på nye anbefalinger og løpende endringer i kursledermaterialet. Det presiseres at kurset ikke erstatter individuell veiledning fra autorisert helsepersonell.

Bra mat er et kurs over fem ganger anbefalt fordelt på ca. tre måneder.

Hovedmomenter i Bra mat kurskonseptet er:

- Grønnsaker, frukt og bær
- Kostfiber
- Tallerkenmodellen
- Måltidsrytme
- Varedeklarasjon
- Fettkvalitet

Etter endt kursperiode har enkelte frisklivssentraler/ bra mat grupper hatt avtaler om oppfølging etter 6 mdr og etter ett år. Noen ganger danner deltakerne egen gruppe etter endt kurs.

Kokebok for alle benyttes på Bra mat kostholdskurs, men kan også være et nyttig verktøy for individuell veiledning i tillegg til informasjon fra nettsidene nevnt ovenfor. Boken kan bestilles fra www.helsedir.no

Kursmaterialet finnes på

<http://www.helsedirektoratet.no/ernaering/helsepersonell/bramat/>

Faglige råd og tips innen ernæringsfeltet finnes på www.helsedir.no, www.matportalen.no, www.altomkost.dk ('Fødevarestyrelsen i Danmark),

⁶⁹ Helse og adferdsendring....Motiverende samtale... Endringsfokuset rådgivning, Å snakke om endring..

www.mathjelpen.no (ernæringsstudentenes nettside), www.slv.se (Livsmedelsverket Sverige), www.nokkelhullsmerket.no, <http://ifava.org/> (The International Fruit and Vegetables Alliance).

16.3 Oversikt over røykeslutt-tiltak

16.3.1 Røykesluttkurs

”Røykfrie sammen” er et gruppebasert røykesluttkurs. Undervisningsmateriell fås hos Helsedirektoratet.

Mindre kommuner sliter ofte med å få nok deltakere til å kjøre røykesluttkurs. Her er det en fordel å samarbeide med nabokommuner. En positiv sideeffekt av økt fysisk aktivitet er motivasjon til også å endre andre livsstilsvaner som for eksempel kost og/eller røyking (sst 2004;13). Mulige rekrutteringsarenaer er derfor ”Helsesamtale 1 eller 2”, kostholdskurs og gruppetreninger, hvor deltaker allerede er i gang med å endre sin livsstil.

Rekruttering til kurs kan også skje gjennom lokal medier (tv/avis), kommunale intranett og på offentlige plasser som arbeidsplassen, apoteket, lærings- og mestringssentre, sykehus og relevante pasientforeninger.

16.3.2 Røyketelefonen

Røyketelefonen 800 400 85 er en gratis tjeneste for dem som ønsker hjelp til å slutte å røyke eller snuse. Røyketelefonen tilbyr personlig veiledning i hele prosessen rundt røykeslutt/snuslutt og opprettholdelse av røykfrihet/snusfrihet. De som har tenkt å slutte innen en måned, eller nylig har sluttet får tilbud om oppfølging i inntil ett år. Veilederne har bred kompetanse innen tobakk, røykeslutt og helse. Telefonen kan også benyttes av kursledere.

16.3.3 Nettsiden slutta.no

[Slutta.no](http://slutta.no) er et tilbud til personer som vil bli røykfrie. Tilbudet er gratis, nettbasert og interaktivt. Det finnes informasjon, tester om røykeslutt og motivasjon, og ulike funksjoner der man kan dele erfaringer og få støtte hos andre i samme situasjon. De som melder seg inn i programmet får oppfølging med individuelt tilpassede råd. Slutta.no kan brukes i kombinasjon med Røyketelefonen 800 400 85. Nettsiden driftes av Helsedirektoratet.

16.4 COOP/Wonca skjemaet

Dette er et relativt enkelt skjema for måling av pasienters subjektive vurdering av generell helse og funksjonsevne før, under og etter behandling. Skjemaet er testet for reliabilitet og validitet og regnes som et nyttig og brukbart sensitivt måleverktøy

for endring i egenvurdert helsetilstand⁷⁰. Skjemaet består av seks spørsmål knyttet til temaene:

- Fysisk form
- Følelsesmessig problem
- Daglige aktiviteter
- Sosiale aktiviteter
- Bedre eller dårligere helse
- Samlet helsetilstand

Skjemaet fylles ut ved helsesamtale 1 og 2, Svaralternativene på hvert tema angis ved hjelp av fem-punktsskala som angis på tre måter:

- Tekst (svært godt til meget dårlig)
- Tall (1-5)
- Illustrert med figurer

16.5 Test av kondisjon

Testing av kondisjon ved oppstart kan være med på å gi deltakeren motivasjon for å drive systematisk og effektiv fysisk aktivitet og trening. Retesting etter tre måneder kan si noe om endring i fysisk form. Tilgang til utstyr og deltakerens forutsetninger er med på å avgjøre hvilken test for fysisk form som kan gjennomføres. Her følger beskrivelse av fire ulike tester for kondisjon. Testene må gjennomføres med nøyaktig samme protokoll ved test og retest for å få gyldige mål på endring i fysisk form. Det er nødvendig å standardisere informasjons- og oppvarmingsrutiner for alle deltakere.

Indirekte test på tredemølle

Forutsetninger: Deltakeren må ikke ha diagnose som tilsier at man skal være forsiktig med maksimal belastning, eller hvis så er tilfelle være klarert av lege for å kunne gjennomføre en test med maksimal belastning

Utstyr: Tredemølle, pulsmåler, Borg skala

Gjennomføring: Se protokoll. Testen skal gjennomføres til maksimal belastning.

Resultatene fra denne testen kan omregnes til verdier for maksimalt oksygenopptak og dermed sammenlignes mot normalverdier for befolkningen.

2 km gå-test

Forutsetninger: Alle kan gjennomføre denne testen. Ytre forhold som føre og vær kan gi variasjoner i resultat.

Utstyr: Pulsmåler (eventuelt manuell telling av puls). Stoppeklokke

Gjennomføring: Mål opp en fast distanse på 2 km. Vurder deltakerens forutsetninger og be deltakeren gå eller løpe så fort som han/hun greier fra start til mål. Registrer tid fra start til mål. Registrer hjertefrekvens ved målgang. Resultater (tid benyttet på testen og hjertefrekvens ved målgang) benyttes for å måle endring i kondisjon fra test til retest.

Åstrands sykkeltest

Forutsetninger: Anbefales for personer som trener mest sykkel/spinning, eller som har problemer med å gå. Bør ikke benyttes av personer som ikke sykler jevnlig.

Utstyr: Ergometersykkel. Pulsmåler.

⁷⁰ Ref Holm og Risberg 2003

Gjennomføring: Se protokoll - vedlagt.

Step-test

Forutsetninger: Kan gjennomføres av alle. Høyde på step kan tilpasses utgangsnivå.

Utstyr: Step-kasse, pulsmåler, mentometerteller

Gjennomføring: Se protokoll - vedlagt.

16.6 Treningsprinsipper og metoder

Treningen skal følge effektive og anerkjente treningsprinsipper. Målsettingen er at deltakerne skal oppnå økt fysisk aktivitet, bedring av fysisk form (styrke, areob kapasitet, bevegelighet og balanse), læring, mestringsopplevelser og tro på egen evne til å holde på de positive endringene. Det er avgjørende for langtidseffekt av treningen at deltakerne "omsetter" effekten av reseptperioden til å øke sitt samlede aktivitetsnivå og forstå verdien av regelmessighet i hverdagsaktivitet og trening. Dette er veiledernes og instruktørens viktigste pedagogiske utfordring.

Treningen bør følge anbefalinger for fysisk aktivitet i Aktivitetshåndboken⁷¹, samt de nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet og helse⁷².

Det må legges opp til at aktivitetene i størst mulig grad er overførbare til de mulighetene deltakerne har til å fortsette treningen etter reseptperioden, og det er en fordel å fokusere på aktiviteter som innebærer lite bruk av utstyr. Kjennskap til friluftsliv og turmuligheter i nærmiljøet er viktig å formidle. Erfaringene fra sentralene tyder på at mange kvier seg for å fortsette på egen hånd etter 12 uker. Det kan bety at 12 ukers perspektivet er for kort. Alternativer kan da være å vurdere nye resept, eventuelt hvis sentralen har kapasitet til å tilby oppfølgingsgrupper, la deltakerne fortsette mot en noe større egenbetaling enn i reseptperioden. Målet må likevel være at sentralene tilbyr et strukturert og tidsavgrenset trenings- og veiledningsopplegg som på sikt gjør deltakerne i stand til å vedlikeholde endringene i levevaner via egenaktivitet i lokale lavterskeltilbud eller på egen hånd.

16.7 Ti råd for bedre søvn⁷³

1. Reduser mengden kaffe, spesielt gjelder dette på ettermiddag og kveld
2. Ikke bruk alkohol eller tobakk nær opp til sengetid
3. Unngå store måltider før sengetid
4. Unngå hard fysisk trening de siste tre timene før sengetid
5. Innarbeid en regelmessig rytme for å gå til sengs og å stå opp. Om morgenen står du opp til et fast tidspunkt, uansett hvor lite eller mye du har sovet
6. Unngå søvn på dagtid
7. Sikre en behagelig lav temperatur på soveværelset, og unngå lys eller støy
8. Ikke bruk sengen til annet enn søvn og eventuelt sex
9. Stå opp fra sengen dersom du blir liggende søvnløs mer enn 30 minutter
10. Berolige deg selv med at en natt eller to uten søvn er ufarlig, selv om det er svært slitsomt

For mer informasjon om søvn: www.helsedirektoratet.no/psykiskhelse/

⁷¹ http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/faktahefter/aktivitetsh_ndboken___fysisk_aktivitet_i_forebygging_og_behandling_360684

⁷² http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-1011_1958a.pdf

⁷³ Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for søvn sykdommer

Her kan man henvende seg for brosjyrer om søvn og søvnforstyrrelser:

www.sovno.no



+

Det er viktig for alle som opplever forbigående søvnforstyrrelse, å minne seg selv på at dette er en normal tilstand i mange sammenhenger. Ved stress og bekymringer, ved forbigående sykdom, ved brudd på døgnrytme og så videre, opplever mange av oss noen våkenetter. Oftest vil slike forstyrrelser gli over etter få dager. Søvnforstyrrelser er også vanlig ved angst og depresjoner. Hvis søvnvanskene vedvarer bør du be om hjelp. Det finnes gode behandlingsmetoder.

16.8 Oppfølgingstiltak på lengre sikt

Oppfølgingen av deltakerne bør ha en varighet på seks måneder ut over reseptperioden. Det anbefales at utslusing til videre tiltak har en ramme på ytterligere tre måneder. Oppfølging kan skje ved for eksempel personlige frisklivssamtaler ved FLS, gruppemøter, telefonsamtaler, brev eller sms. Det anbefales et oppfølgingstiltak ett år etter deltakelse i frisklivsresept bestående av en telefonsamtale eller konsultasjon på FLS, evt. med siste utfylling av evalueringsskjemaer.

16.9 Registreringsverktøy

Helsedirektoratet skal utforme anbefalinger for hva som er ønskelig å registrere ved frisklivssentraler samt standardiserte skjema for dette:

1. Registreringsskjema for omfang av aktivitet ved FLS
2. Registreringsskjema for resultater i form av endring av helse og helseatferd hos deltakere ved FLS

Verktøy for registrering, sammenfatning og benyttelse av resultater vil bli publisert i revidert utgave av veileder for kommunale frisklivssentraler i 2012.

16.10 Resept/henvisningsblankett

Mal for resept⁷⁴

Resept/henvisningsblanketten skal inneholde:

Dato
Navn
Adresse
Fødselsnummer
Telefon
Avkryssing (henvises til):
Trening
Kosthold

⁷⁴ Disse skal utformes til ferdig skjema og legges inn i verktøykassen som nedlastbare filer.

Røykeslutt
Henvises pga:
Åpent felt for utfylling
Henvisende instans
Kontaktinformasjon
Resept gyldig til

16.11 Rapportering til henvisende instans

Mal for rapporteringsskjema ⁷⁵

Hver FLS bør i dialog med fastleger og andre henvisende instanser avtale rutiner for rapportering. Noen ønsker rapport ved både oppstart og evaluering/ avslutning av oppfølging ved FLS.

Rapporteringsskjema skal inneholde:

Navn og personnummer, henvisningsårsak.
Dato for oppstart
Dato for evaluering/ avslutning
Status på helseatferd etter aktualitet ved oppstart
Status på helseatferd ved avslutning (Antall røyk, aktivitetsnivå, kostholdsvaner).
Mål i oppfølgingsperioden: Eks. dato for røykeslutt, hvor mye og hvordan man ønsker å være i aktivitet. Mål for kostholdsendringer.
Motivasjonsskala (VAS) ved oppstart
Motivasjonsskala (VAS) ved avslutning
Testresultater (eks. Coop Wonca og kondisjonstest) med endring fra oppstart til evaluering/avslutning i beskrivende setningsform.
Videre plan

16.12 Eksempler på kommuner som har etablert frisklivssentral

16.12.1 Alstahaug kommune

Navn på sentralen: Fysak Alstahaug

Oppstartsår: Har hatt Fysak resepter av ulike slag siden 1998. Tilnærmet slik vi arbeider i dag siden 2002/2003.

Forankring i kommunale planer/ budsjett: Fysak har eget budsjett. Fysak inngår i kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelse for 2005 – 2008. Denne er dessverre ikke rullert. Må gjøres nå. Fysak er også en viktig del av handlingsplan for folkehelse 2008 (den siste vi har laget).

Organisatorisk plassering i kommunen: Fysak ligger under Helse. Lokaler sammen med fysioterapitjenesten, og driver tilbudene sammen med fysioterapiavdelingen.

Årsverk og faggrupper som arbeider ved frisklivssentralen:

⁷⁵ Disse skal utformes til ferdig skjema og legges inn i verktøykassen som nedlastbare filer,

1x 60 % (definert som en del av 100% fysioterapistilling) Utdannet fysioterapeut
1x 60 % (definert som en del av 100% fysioterapistilling) Utdannet fysioterapeut,
utdanning i idrett og friluftsliv, videreutdanning veiledning/konsultasjon,
videreutdanning folkehelsearbeid
2 x fysioterapeuter gjør oppgaver med grupper, en av dem har også helsesamtaler.
Ca 60% stilling til sammen.
10 instruktører på timebasis.

Relevant kompetanse:

Kurs i motiverende intervju, treningslære, bra mat kurslederkurs, røykeslutt kurslederkurs, videreutdanning i veiledning og konsultasjon, videreutdanning folkehelsearbeid, idrettsutdanning fra høgskole.

Tilbud ved frisklivssentralen:

- Helsesamtaler
- Kondisjonstest UKK, Balke på mølle.
- Røykfri sammen
- Bra mat for bedre helse
- Trening på resept trening ute 2x uke
- 4x4 intervalltrening inne på mølle + styrketrening (sykkel eller elipse) 3 x uke
- 4x4 Barn, intervalltrening inne på mølle + styrketrening for barn 4 x uke (2 grupper a 2 gang)
- 4x4 Ute, intervalltrening ute i bakken + styrke 2x uke
- Styrkesirkel 1 x uke
- Kondis/styrke 2 x uke
- 60+, 4 x 4 intervaller på mølle + styrke for de over 60 år, 1 x uke.
- Fysak XL, Intervalltrening + styrke for de som er store, 2 x uke.
- Trim og avspenning 1x uke
- Dametrim 3 x uke
- Trening for gravide 1 x uke
- Gågruppe 1 x uke
- Pensjonisttrim 1 x uke
- Eldretrim 1 x uke
- Seniordans 1 x uke
- Egentrening rygg 1 x uke

Budsjett:

Fysak finansieres av kommunale midler, og har eget budsjett. Vi har også kjørt en del prosjekter som har vært støttet av midler fra Nordland Fylkeskommune. De fast ansatte fysioterapeutene lønnes over fysioterapibudsjettet.

Fysisk plassering av frisklivssentralen/lokaler:

Treningssal, rom med tredemøller, uteområde.

Fysak ligger sammen med fysioterapiavdeling.

Fysak ligger ved grøntområde, åsrygg som strekker seg på langs av byen. Dette området blir mye brukt til uteaktiviteter.

Intervallbakke ute ved Åsen, som vi har gruset og merket opp avstander i.

Vi har 8 tredemøller og to beinpressapparat.

Samarbeidspartnere:

8 fastleger henviser pasienter

HIAS henviser via Fysak resept

Sykepleiere, fysioterapeuter og leger Sykehuset henviser

Sektorledere og mellomledere i kommunen henviser til fysak.

Etter reseptperiode fortsetter de fleste å trene på Fysak. Noen fortsetter på private treningssenter eller trener på egenhånd med turer.

Samarbeid med andre kommuner:

Samarbeider mellom Alstahaug, Vefsn og Brønnøy, gjennom samlinger 2-4 gang pr år. Her tar vi opp organisering og tiltak gjennom frisklivsresepten.

Tar imot enkelt deltakere fra nabokommunene.

Deltar på nettverkssamlinger for Fysak sentraler i Nordland

Deltar på nettverkssamlinger for Fysak og Frisklivssentraler i Buskerud og Nordland.

Antall henviste deltakere pr år: 2008: 125, 2009: 137, 2010: 103(frem til okt).

16.12.2 Drammen kommune

Navn på sentralen: Fysioteket Drammen

Oppstartsår: 2006

Forankring i kommunale planer/ budsjett:

Kommuneplanen for Drammen kommune,

Helse og sosialplan for Drammen kommune

Hovedplan for fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv

Organisatorisk plassering i kommunen:

Helsetjenesten

Årsverk og faggrupper som arbeider ved frisklivssentralen:

3 fysioterapeuter: 80%, 90% og 100% stilling

Relevant kompetanse:

Master i helsevitenskap, Videreutdanning i tverrfaglig folkehelsearbeid,

Prosjektledelse Kurs i motiverende intervju, Treningsslære, Bra mat kurslederkurs,

Tilbud ved frisklivssentralen

- Trening på resept m tilbud om helsesamtale, Ukk gåtest før og etter en treningsperiode på 12 uker. Trening i gruppe, ute og inne med fokus på utholdenhet og styrke, 3 ganger per uke. Tema - undervisning ukentlig.
- Trening på norsk, trening for kvinner med innvandrerbakgrunn. Trening i gruppe, ute og inne med fokus på utholdenhet og styrke, 2 ganger per uke. Tema - undervisning.
- Samarbeid med frivillige lag, foreninger og kommersielle aktører om trening i 12 uker, såkalt introduksjonskurs. Dette tilbys etter avtale på helsesamtalene.
- Mosjonskatalogen gis ut av Fysioteket. Katalogen gir en oversikt over de fleste mosjonstilbudene som finnes i Drammen til den voksne delen av befolkningen.

- Røykesluttkurs 2 ganger per år i forbindelse med Helsedirektoratets kampanje, og ellers ved behov.

Budsjett

Kommunal finansiering og partnerskapsavtale med Buskerud fylkeskommune.

Fysisk plassering av frisklivssentralen/lokaler:

Et flott grøntområde sentralt beliggende i Drammen, treningssal, garderober og kontor.

Samarbeidspartnere:

Generell informasjon om frisklivstilbudet sendes jevnlig ut til alle samarbeidspartnerne.

47 fastleger – henvisning av deltagere/rapportering

Samarbeid med kommuneoverlegen, fastlegeinfo.

Samarbeid med fastlegene gjennom samarbeidsutvalget for legetjenesten i Drammen

Samarbeid med privatpraktiserende fysioterapeuter gjennom samarbeidsutvalget for fysioterapitjenesten i Drammen

Flyktningehelsetjenesten / Introduksjonssenteret

Spesialisthelsetjenesten

Samarbeid med Buskerud Idrettskrets og Drammen Idrettsråd.

Samarbeid med frivillige lag, foreninger og kommersielle aktører: Turistforeningen, Drammensbadet, Treningsstudio, mm.

Samarbeid med andre kommuner:

Gjennom lokale, regionale og nasjonale samlinger, og ved behov.

Antall henviste deltakere pr år: ca 240 stk

16.12.3 Gjøvik kommune

Navn på sentralen: Fysioteket i Gjøvik

Oppstartsår: 2006

Forankring i kommunale planer/ budsjett:

Gjøvik kommune har nedfelt satsing på folkehelsearbeid i kommunens langtidsplan , såvel som i kommunale delplaner innen Helse og Omsorg 2025 og Plan for idrett og fysisk aktivitet. Videre satsing på utvikling av Fysioteket nevnes spesifikt i Helse og Omsorgsplan 2025.

Budsjettmessig er tilskuddet fra Oppland Fylkeskommune viktig i tillegg til bruk av grunnbemanning.

Organisatorisk plassering i kommunen

Sentralen er plassert i Virksomhetsområde Helse og Omsorg, Seksjon Helse, Avd. for fysio- og ergoterapitjenester.

Årsverk og faggrupper som arbeider ved frisklivssentralen:

Ved sentralen jobber 2 fysioterapeuter i 50 % stilling hver

Relevant kompetanse:

Kurs i motiverende intervju, treningslære, bra-mat kurslederkurs og kurs i helsefremmende og forebyggende arbeid.

Tilbud ved frisklivssentralen:

- Gruppetrening for brukere i Opplandsresepten x2 i uka. En gruppe inne og en gruppe ute.
- Trening for pasienter med kreftdiagnoser x1 i uka
- Trening for innvandrerkvinner x1 i uka
- Bassengtrening i samarbeid med Allhuset -for psykisk helse x 1 i uka
- "Aktiv på dagtid", åpen treningssal x1 i uka
- Bra mat kurs x1 i halvåret
- Individuelle motivasjons/helsesamtaler ca x 3 i løpet av en reseptperiode på 3 måneder

Budsjett

Fysioteket finansieres ved tilskudd fra Oppland Fylkeskommune og grunnbemanning.

Fysisk plassering av frisklivssentralen/lokaler:

Fysioteket er plassert i lokalene til Topro, Helse og livstilsinstitutt. Dette ligger litt utenfor bykjernen, men lett tilgjengelig med buss. Vi har kontor, samtalerom og tilgang til treningsrom med tredemøller, ergometersykler og styrkeapparater. Dette blir brukt til tester og gruppetreninger

Samarbeidspartnere

Henvisere i Opplandsresepten er fastlegene i Gjøvik, helsepersonell (ofte fysioterapeuter og sykepleiere i poliklinikker), og NAV

Kommunalt:

Allhuset for psykisk helse og Virksomhetsområdet Kultur og fritid.

Lavterskelaktiviteter, både turgrupper, hobbygrupper, trening på treningssenter o.l Rådgivningstjeneste for eldre. Dette etableres høsten 2010 og kommer til å ha samarbeid med fysioteket

Folkehelsekoordinator for barn og unge.

Kommersielt:

Spent Gjøvik, Toten treningssenter, Friskis og svettis.

Rabattert pris og prøveperiode på 3 mnd slik at deltakerne kan finne ut om treningssenter er noe for dem

Frivillig:

Frivillighetssentralen og Røde Kors. De har lavterskelaktiviteter som vi kan sende vår brukere til. Dette er varige tilbud

Topro (Totenprodukter):

Vi har lokaler som er samlokalisert med Topros "Helse og livsstilsinstitutt". Vi samarbeider om grupper (Aktiv på dagtid og Bra Mat kurs), og åpner opp for hverandres brukere på aktiviteter der det er ledige plasser. Faglige diskusjoner og informasjonsutveksling

Samarbeid med andre kommuner:

Ikke formelt samarbeid med andre kommuner, men vi er fleksible i forhold til hvor

innbyggere i nabokommunene vil bruke sin resept, alt etter hvor det passer best. Samarbeid med andre kommuner i Oppland i form av felles kurs/samlinger i regi av fylkeskommunen.

Antall henviste deltakere pr år: Øker for hvert år. I 2009 hadde vi litt over 100 henvisninger. Tallet vil bli høyere i 2010.

16.12.4 Gol kommune

Navn på sentralen: Friskliv Gol
Oppstartsår: Januar 2001

Forankring i kommunale planer/ budsjett:
Sentralen er forankret politisk og administrativt i kommunen med eget budsjett i helseavdelinga.

Organisatorisk plassering i kommunen:
Helseavdelinga

Årsverk og faggrupper som arbeider ved frisklivssentralen:
20% fysioterapeut, 60% idrettspedagog

Relevant kompetanse:
Kurs i motiverende samtale, bra mat kursleder, røyksluttkursholder, prosjektledelse

Tilbud ved frisklivssentralen
Gruppeaktivitet 2 ganger pr. uke. Uteaktivitet: kondisjon
Inneaktivitet: styrke, uttøying og avspenning. Helsesamtale 1 og 2, noen har behov for mer oppfølging underveis med en samtale. Tilrettelegger så langt vi klarer for personer som ikke kan følge det ordinære opplegget.

Budsjett
Til nå partnerskapsmidler fra fylket og egne midler. Ressursene brukes på lønn, leie av lokaler, kursledere og tiltak.

Fysisk plassering av frisklivssentralen/lokaler:
Kontor i idrettslagets lokaler to ganger pr. uke der vi har tilgang på inntrening i sal, styrkerom og forelesningssal. Kontoret ligger i tilknytting til idrettsbane der vi kjører UKK gå-test, og inntil marka for uteaktivitetene. De andre dagene har friskliv kontor på helsestasjonen.

Samarbeidspartnere:
6 fastleger – henviser pasienter
Psykisk helsevern – henviser pasienter
Vinn AS og Fretex atføringsbedrifter – henviser brukere
Nav
Fysioterapeuter – noen henvisninger, + gruppeaktiviteten
Seniorgruppa(60+)for aktuelle etter resept periode

Samarbeid med andre kommuner:

Gol har regionsansvar for friskliv/folkehelse i Hallingdalsregionen. Dette innebærer gjennomføring av samlinger med folkehelsekoordinatorer og frisklivsledere i regionen og deltagelse i samarbeidsmøter i regi av fylkeskommunen. Samkjører bra mat kurs og røykssluttkurs. Arrangerer aktivitetslederkurs for ungdomsskoleelever. Felles møter ca 4 pr. år.

Antall henviste deltakere pr år: 55

16.12.5 Gran kommune

Navn på sentralen: Fysioteket, Gran kommune
Oppstartsår: 2006.

Forankring i kommunale planer/ budsjett:

Etter lengre tids arbeid og diskusjon vedrørende grønn resept, så kommunen behovet for en fysiotekfunksjon. Fysioteket i Gran ble opprettet uten konkret forankring i kommunale planer. I ettertid er arbeidet med folkehelse forankret i flere kommunale planer og gjennom ulike prosjekt som bl.a. helse i plan. I tillegg har Gran kommune inngått partnerskap med Oppland fylkeskommune, hvor levering av fysiotekttjenester er sentralt. Kommuneplanens overordnede mål: "Gran kommune vil arbeide for trygge oppvekstmiljøer som inviterer til aktiv fritid og fremmer god helse og trivsel." Fysioteket er forankret i Kommunedelplan for idrett og fysisk aktivitet 2008 – 2019

Organisatorisk plassering i kommunen:

Sentralen ligger organisk plassert under helse og omsorg, avd. Ergo- og fysioterapitjenesten.

Årsverk og faggrupper som arbeider ved frisklivssentralen:

En fysioterapeut i 60 % stilling arbeider ved sentralen.

Relevant kompetanse:

Kurs i motiverende intervju, Kurslederkurs Bra mat for bedre helse, Dagskurs i hjerterehabilitering, i regi av Feiringklinikken. I tillegg har fysiotekar grunnfag i pedagogikk.

Tilbud ved frisklivssentralen

- Individuell oppfølging (motiverende helsesamtale).
- Fysiotekaren har oversikt over lokale aktivitetstilbud og fungerer som mellomledet mellom brukeren, melder av behovet og fysiotekarens kontaktperson tilknyttet aktivitetstilbudet.
- Oppfølging gjennom telefonsamtaler. Fysiotekaren kan være med på aktiviteten første gang eller komme en gang i perioden for individuell veiledning, om dette er ønskelig.
- Fysioteket har ikke aktivitetstilbud i egen regi, men samarbeider med kommersielle aktører, lag, foreninger og organisasjoner om aktiviteten. I perioder har fysiotekaren tilbudt grupper, for brukere med spesielle behov.
- Treningskontakt: Fysiotekaren kan søke om treningskontakt til brukeren. Selve tildelingen av en treningskontakt skjer gjennom kommunens tildelingsenhet.
- Kurs: Bra mat for bedre helse

- Utdanning av nye treningskontakter
Fysioteket samarbeider med andre tjenester i kommunen for utdanning av nye treningskontakter.

Budsjett

Fysioteket finansieres med egne midler og partnerskapsmidler fra Oppland fylkeskommune. Ressursene brukes til forsterkning av fysioteket og som lønnsmidler. Eksempler på forsterkning av fysioteket er økt stillingsressurs (60 % prosent fast stilling), planlegging og gjennomføring av ulike kurs, samt kjøp av aktuelt utstyr.

Fysisk plassering av frisklivssentralen/lokaler:

Sentralen har et kontor til disposisjon i rådhuset. Ved behov er fysioterapirom ved to av kommunens sykehjem til disposisjon, både ved individuell oppfølging og aktivitet i gruppe. Sykehjemmene er tilknyttet flott naturterreng og dette har også blitt benyttet. Som følge av et godt samarbeid med kommersielle treningstilbud har fysiotekaren mulighet til å veilede brukere inne på treningssentrene, både individuelt og i gruppe. I samarbeid med frivillige lag, organisasjoner og klubber blir i hovedsak gymsalene på ulike skoler benyttet. Kurs har blitt avholdt på skoler og frivillighetssentralen har vært spesielt godt egnet til kurset "Bra mat for bedre helse".

Samarbeidspartnere:

Fysioteket samarbeidet i hovedsak med fastleger, NAV og annet helsepersonell. Samarbeidet foregår ved at disse melder et behov til fysioteket. Lege, NAV eller annet helsepersonell sender en kopi av henvisning til fysiotekaren som tar kontakt med brukeren og avtaler tid for motivasjonssamtale. Etter endt periode vil fysiotekar utarbeide en skriftlig tilbakemelding til henvisende lege, personal fra NAV eller annet helsepersonell. Fysiotekar har en kontaktperson tilknyttet de ulike aktivitetstilbudene. Fysiotekaren samarbeider med andre tjenester i kommunen og kommunes folkehelsekoordinator om aktuelle kurs og videreutvikling av fysioteket.

Samarbeid med andre kommuner:

Det er ikke et formelt samarbeid med andre kommuner, men fysiotekar i Gran kommune opplever god utveksling av erfaringer og kunnskap mellom fysiotekarene i de ulike kommunene.

Antall henviste deltakere pr år: Mellom 60 – 100 deltagere pr. år.

16.12.6 Hamarøy kommune

Navn på sentralen: Frisklivsenteret / Hamarøyhallen
Oppstartsår: 2003

Forankring i kommunale planer/ budsjett:
Eget budsjett pr. 2010 under navnet Fysaksentralen

Organisatorisk plassering i kommunen:
I dag under kultur

Årsverk og faggrupper som arbeider ved frisklivssentralen:

- 50 + 50 % adm. ledelse, fagutdannet, pedagog, idrett, ledelse
- 100% fysioterapistilling direkte mot folkehelsearb.
- 50% aktivitettilrettelegger ingen pr. dato. Det jobbes med å finne løsninger i budsjett til en utlysning 100% stilling, fagutdannet "idrett", avklart nov/des. d.å.
- 50% renholder
- Spinningsinstruktører inntil 20 %

Relevant kompetanse:

Kurs i motiverende intervju, treningslære, bra mat og røykekutt har ekstern kompetanse, men innser at vi må ha slik kompetanse på senteret Erfaringsrelatert kompetanse. Kommunelege 1 Hamarøy jobber vi tett sammen med. Kan ha daglig kontakt om ønskelig

Frisklivssentralens tilbud:

Fysakresept, Hamarøy liten kommune 1800 innbyggere, men vi har hatt opptil 5 grupper a 10 personer pr. uke. Individuelt opplegg over 12 uker faste grupper I dag nytilsatt fysioterapeut, jobber vi med å legge til rette for 3 – 4 grupper ut fra mottatte resepter. Alle aldersgrupper Vi legger til rette leie i Hamarøyhallen, gr.skole, vg. skole, frivillig lag og foreninger Tilbud klatring gjennom klatreklubb, egen klatrevegg inne 7- 9 meter høy Eget treningscenter hvor vi har ulike tilbud fra videregående i skoletiden Opplegget med fysioterapeut alle aldre henvist av lege, fysioterapeut på dagtid Tilbud kommuneansatte, bedriftsansatte, skoleansatte m.fl. Tilbud psykiatrien med fysioterapeut m.fl. Veiledning til andre sentrer i kommunen Veiledning ønsket utvidet flere områder folkehelse Tilbud til sykehjemmet. Vi har hatt hjemmeoppfølgingsansvar etter henvisning fra lege. Men vi ønsker å trappe dette noe ned og heller få til et bredre samarbeid hjemmesykepleien. Det samme gjelder sykehjemmet, ingen nedtrapping men mer skolering ansatte.

Budsjett:

Eget kommunalt budsjett. Noe tilskudd fylke og stat

Fysisk plassering av frisklivssentralen/ lokaler:

En idrettshall med egen klatrevegg Eget nytt treningscenteret bygd i tilknytning til hall, åpnet høst 2009 Egen 2 og 3 km aktivitetssløype i tilknytning til hall samarbeid idrettslag 2 km løypa har 10 aktivitetsposter spredt rundt i løpa Dette ligger i kommunesentret Samkjøring mot to andre tettsteder i koommunen – hvor vi ønsker å bidra mer mot veiledning

Samarbeidspartnere:

Fastleger og private fysioterapeuter henviser Det jobbes med å få samkjørt bedre alle aktivitetstilbud i kommune. Vi har ennå en vei å gå her før vi er i mål. Vi er med på alle idrettsrådsmøtene med en fast representant for kommunen/Frisklivssenteret

Samarbeid med andre kommuner:?

Vi veileder og gir info så langt vi makter til andre kommuner som ønsker bistand og ideer

Vi tar gjerne imot info og nye impulser fra andre kommuner

Antall henviste deltakere pr år. For 2009: 56 brukere som hun fulgte opp over 12 uker. For 2010 var det 30 brukere for perioden febr. – juli.

16.12.7 Modum kommune

Navn på sentralen: Frisklivssentralen i Modum

Oppstartsår: 1996

Forankring i kommunale planer/ budsjett:

Forankret i kommuneplan, kommunedelplaner og i budsjett. I Modum er folkehelsekoordinator ansatt på rådmannsnivå. Frisklivssentralen sitter i rådmannens tverretatlige arbeidsgruppe for folkehelse.

Organisatorisk plassering i kommunen: Helse og sosial

Årsverk og faggrupper som arbeider ved frisklivssentralen:

3 årsverk, fordelt på 5 personer:

2, 25 fysioterapistilling

50 % pedagogisk utdanning

25 % uten høgskoleutdanning

Relevant kompetanse:

Diverse kurs i motiverende intervju, treningslærekurs, bra mat kurslederkurs, kursleder kurs røykeslutt, videreutdanning folkehelse, diverse aktivitetskurs, UKK testlederutdanning, LHL kurs, førstehjelpkurs, diverse kurs innen psykisk helse – fysisk aktivitet.

Tilbud ved frisklivssentralen:

Frisklivsresept, individuelle helsesamtaler og plan, reseptaktivitet, temaundervisning, bra mat kurs, røykfri sammen, KID kurs i samarbeid med bedriftshelsetjenesten, lav terskel grupper (inkludert kul-turen og senioraktiviteter), fysisk aktivitet ukentlig for personer i introduksjonsprogrammet, ukentlig aktivitet for personer knyttet til psykiatrisk hjemmetjeneste, friskliv UNG i samarbeid med skole/ skolehelsetjeneste; frisklivsresept UNG og aktivitetskontakt UNG, barn og vekt fokus i samarbeid med helsestasjon, lærings og mestringskurs i samarbeid med Frydenberg, diverse kurstilbud gjennom Modum i bevegelse, et samarbeidsprosjekt mellom helsebedriftene i Modum, ut på tur med DOT, samarbeid med lokalavis; impulssiden i Bygdeposten hver måned(massestrategi)

Budsjett:

1.400 000 kr. Finansieres gjennom kommunalt budsjett. Helse og sosial. Noe tilskudd fra fylkeskommunen (150 000 siste årene). Egeninntjening ca 200 000.

Fysisk plassering av frisklivssentralen / lokaler:

Kommunalt eid hus, samboerskap med LHL Modum. 2 kontorer, lagerplass,

garderobe, og møterom. Treningsrom, bomberom i svømmehall. Uteareal: Furumoane!

Samarbeidspartnere:

Fastleger; jevnlig møter(almennlegerådet), årlig møter med fysioterapeuter, samarbeidsmøter med: psykiatrisk poliklinikk, sykehus LMS senter, NAV, skolehelsetjeneste, lokale aktivitetsaktører, folkehelsekoordinator, Modum i bevegelse, flyktningetjenesten, psykiatrisk hjemmetjeneste og dagsenter, rektorer/ miljøarbeidere, barnehageledere. For å nevne noen.

Samarbeid med andre kommuner:

Nabokommuner; Sigdal og Krødsherad. Resept samarbeid Samarbeid om rekruttering til felles bra mat og røykeslutt kurs, diverse aktivitetskurs for eksempel røris i barneskolen. Fiskesprell i barnehagene, felles kurs, samarbeid om impulsiden i lokalavisen, felles annonseringer, felles kompetansehevende samlinger og kurs. Fellesmøter med Hole og Ringerike, som ikke har reseptordning men er interessert.

Antall henviste deltakere pr år: 250 personer. (2 % av befolkningen i Modum, fortsatt for lavt i forhold til hvor mange som kan ha nytte av det.

16.12.8 Tønsberg kommune

Navn på sentralen: Impuls, senter for fysisk aktivitet og mestring. Aktivitetsresepten
Oppstartsår: 2008

Forankring i kommunale planer/ budsjett:

Sentralen er forankret i virksomhet Helse, seksjon for fysioterapi, ergoterapi og hjelpemiddeltjeneste. Har budsjett under samme virksomhet. Sentralen er forankret i virksomhetsplan og i kommuneplan. Sentralen blir omtalt årsmeldingen og andre styrende dokumenter for kommunen.

Organisatorisk plassering i kommunen: Virksomhet helse

Årsverk og faggrupper som arbeider ved frisklivssentralen:

100 % fysioterapeut (fordelt på 2 stillinger) og 70 % ergoterapeut.

Relevant kompetanse:

Kurs i motiverende intervju, kurs/ etterutdanning i treningslære og fysisk aktivitet som behandling, bra mat kurslederkurs, videreutdanning i psykiatri, grunnfag idrett og løftkurs (løsningsfokusert tilnærming)

Frisklivssentralens tilbud:

Aktivitetsresepten inneholder 2 til 3 helsesamtaler, submaksimal utholdenhetstest ved oppstart og avslutning, veiing på en bodyanalyse vekt, trening ute 2 x pr. uke, undervisning med ernæringsfysiolog, veiledning i treningslære, tilbakemelding til henviser, og oppfølgingssamtale pr. telefon.

Frisklivssentralen/ impuls har også mange forskjellige treningstilbud i hall. Det er forskjellig intensitet og innhold i de forskjellige gruppene.

Vi har også et tilbud om 4x4 trening ute til deltakere som ønsker en høyere

intensitet.

Vi har en likemannsgruppe som trener ute på egenhånd og som har et tilbud om styrketrening inne under veiledning av oss etter utøken.

Det er kantinedrift med fokus på sunne alternativer på Impuls en gang pr uke.

Kantinen drives av sanitetsforeningen med støtte fra folkehelsemidler fra Vestfold Fylkeskommune.

Budsjett – Hvordan finansieres frisklivssentralen og hva brukes ressurser på:

Stillingene lønnes av virksomhet Helse.

Det er deltakeravgift på alle gruppene, disse pengene brukes til leie av hall, innkjøp av utstyr og faglig oppdatering kurs/konferanser av terapeutene.

Fysisk plassering av frisklivssentralen/ lokaler:

Vi leier lokaler og idrettshall av idrettslaget Flint. Impuls har et kontor, et testrom og en liten treningssal (ca.133m²) som leies på åremål. Hallen leies på timebasis.

Samarbeidspartnere:

Fastleger, fysioterapeuter, annen helsepersonell, rus og psykteamet i kommunen, Sentralsykehuset i Vestfold og Kysthospitalet i Stavern henviser pasienter.

Andre samarbeidspartnere: Friskis og Svettis og Sanitetsforeningen.

Samarbeid med andre kommuner:

Vi utveksler erfaring med andre kommuner i hele landet. Vi har vært veileder ved oppstart for flere kommuner i Vestfold. Vi har hatt mange kollegaer på hospitering, både fra kommuner i Vestfold og fra andre kommuner i Norge

Antall henviste deltakere pr år:

2009 hadde vi 71 nye henvisninger. Vi hadde ca. 90 deltakere i 2009, ca.20 deltok for andre gang.

16.12.9 Vefsn kommune

Navn på sentralen: Fysak

Oppstartsår: Høst 2004

Forankring i kommunale planer/ budsjett:

Planforankring ligger i at folkehelse er valgt som ett av fire gjennomgående tema i kommuneplanens samfunnsdel. Det er opprettet eget budsjett for sentralen.

Organisatorisk plassering i kommunen:

Ligger under Plan og utvikling, avd. idrett

Årsverk og faggrupper som arbeider ved frisklivssentralen:

Vi har pr dato en stk fysioterapeut i 100% stilling, men bemanning vil bli styrket høsten 2010 med 0,5 til 1 årsverk.

Relevant kompetanse:

Motiverende intervju/samtale

Treningslære

Kurslederkurs i "bra mat for bedre helse"

Frisklivssentralens tilbud:

Alle som skal være med på resept skal trene minst 2x uken. For 300kr får de trene på senteret så mange ganger de ønsker i uken.

Aktiviteter: alle som er med på resept skal delta på minst 1 aktivitet med 4x4 intervalltrening. De kan velge mellom en økt utendørs onsdager kl.10, eller sykkeløkt innendørs på torsdager 15:30. Dette for at vi skal kunne fange opp både de som ikke kan gå fra jobb på onsdager, de som jobber skift, men også de som for eksempel ikke har funksjonsnivå til å være utendørs og gå. Den andre treningen i uken som skal være "fast", kan velges ut fra de aktiviteter vi har på timeplanen (ofte styrketrening). Alle aktiviteter kan ses på www.kippermoen.com

Kurs: alle deltakere får tilbud om å være med på "bra mat for bedre helse"-kurs.

Neste kurs skal vi leie inn en ekstern ernæringsfysiolog til å ta dette kurset pga kapasitetsproblemer. "Røykfri sammen"-kurs har vi en ekstern lungesykepleier som kjører. Det har vært lite med aktuelle deltakere til disse kursene. Vi har derfor fått fastlegen til å henvise deltakeren til lungesykepleier for samtale om røykeslutt.

Oppfølging: Sentralen har Helsesamtale med deltaker før treningsoppstart og etter reseptperioden. Veilederen er også med på treningene som deltaker er med på.

Dette gjør at man møtes hver uke, og er tilgjengelig for motivering, veiledning og "innhenting" hvis fravær fra trening.

Etter reseptperioden får deltaker tilbud på treningskort på senteret, noe som gjør at flere klarer å fortsette med aktivitetene. Alle får tilbud om å fortsette på de treningene som de har deltatt på i reseptperioden, men med forbehold om kapasitet. Sentralen er nylig kommet i gang med sms- og tlf-oppfølging en mnd etter endt reseptperiode.

Budsjett:

Finansieres av kommunens egne midler, fastlønnstilskudd fysioterapeut og tilskudd gjennom partnerskapsavtale med fylkeskommunen, samt noe egenbetaling fra brukerne. Ressurser brukes hovedsaklig på oppfølging av brukere, noe kursvirksomhet og utstyr/hjelpemidler.

Fysisk plassering av frisklivssentralen/lokaler:

Fysak-sentralen holder til på Kippermoen Idrettssenter, et kommunalt treningssenter. Her har vi fri tilgang til treningsstudio, treningssal med utstyr, spinningssal, fotballhall som vi bruker til gåtoster, og basseng.

Samarbeidspartnere:

Henvisende instanser:

10 fastleger

4 kommunale fysioterapeuter

3 fysioterapeuter fra institutt

Sykehuset

NAV

Psykiatritjenesten

Bedriftshelsetjenesten

Attføringsbedrift

Samarbeid med andre kommuner:

Samarbeider mest med de nærmeste kommunene, Brønnøysund og Alstahaug, dette i form av møter der vi utveksler ideer, erfaringer og etter hvert håper på å

kunne prøve ut metoder i systemet sammen.

Antall henviste deltakere pr år: Ca 90 deltakere

16.12.10 Vestre Slidre Kommune

*Navn på sentralen: Fysioteket i Vestre Slidre
Oppstartsår: 2007*

*Forankring i kommunale planer/ budsjett:
Engasjement for 1 år av gangen.
Partnerskapsavtale med Oppland Fylkeskommune i Folkehelsesatsning.*

*Organisatorisk plassering i kommunen:
Direkte under helse- og sosialsjef.*

*Årsverk og faggrupper som arbeider ved frisklivssentralen:
30 % fysioterapeut, 10% sosionom*

Relevant kompetanse

Kurs i motiverende intervju, treningslære, bra mat kurslederkurs, røykslutt kurslederkurs, kurs i kognitiv terapi. Diverse dags- til ukes kurs i barnemotorikk, hjerterehabilitering, aktivitetsmedisin med mer.

Mangeårig erfaring fra eierskap og drift av selskap med utleie av skiutstyr og skiskole.

Mangeårig erfaring fra arbeid i Idrettslag og Idrettsråd som tillitsvalgt.

Frisklivssentralens tilbud:

Røykslutt kurs. Bra Mat kurs

Lavterskel egenaktivitet i stort treningsrom på dagtid to dager i uka gratis i 6 mnd.

Individuelle samtaler etter behov, men 2 obligatoriske samtaler : en ved oppstart og en etter 3 mnd.

Budsjett:

Årlig tilskudd fra Oppland Fylkeskommune kr 80 000. 102 000 fra kommunen.

Til lønn, arbeidsgiveravg mm 150 000. Driftsomkostninger som reise, kurs, litteratur kr 32 000. Tiskudd fra Oppland Idrettskrets, Valdres Natur- og Kulturpark og Oppland Fylkeskommune til lavterskel aktivitetstilbud og treningskontakter.

Fysisk plassering av frisklivssentralen / lokaler:

Deler kontor med fysikalsk institutt i kommunesenteret.

Disponerer 2 formiddager i uka velutstyrt treningsrom i kommunesenteret.

Samarbeidspartnere.

De tre lokale fastleger henviser pasienter. De to lokale fysioterapeuter henviser pasienter. NAV lokalt henviser brukere.

Nasjonalforeningen for folkehelsa i Oppland organiserer Bra Mat kurs og Røyksluttkursene.

De lokale frivillige lag og foreninger er vanligvis godt kjent for brukerne og brukes av mange.

Treningskontakter brukes til lavterskel gruppeaktiviteter.

Samarbeid med andre kommuner:

Felles røykslutt og Bra Mat – kurs med 2-3 nabokommuner.

Felles helsekoordinator for de 6 kommunene i regionen.

Antall henviste deltakere pr år:

1. år – 2007 : 4 hevist.

2. år – 2008 : 72 henvist

3. år – 2009 : 94 henvist

4. år – 2010 : 35 henvist per 15.okt

16.12.11 Østre Toten kommune

Navn på sentralen: Østre Toten Fysiotek

Oppstartsår: September 2005

Forankring i kommunale planer/ budsjett:

Folkehelse eget kapittel i kommuneplanens samfunnsdel 2008-2020 hvor fysiotek (vår frisklivssentral) er nevnt spesielt som strategi.

Stilling budsjetteres på vanlig måte. Også prosjektstilling som går fra år til år inn til videre. Er uforutsigbart og sårbart mht kompetansebygging og stabilitet.

Organisatorisk plassering i kommunen: Helse / fysio-ergoterapitjenesten

Årsverk og faggrupper som arbeider ved frisklivssentralen:

Fysioterapeut : 20% fysioterakar / 50 % folkehelsekoordinator. Har pr dato 20% permisjon. Folkehelsekoordinator tiltenkt oppgaver ut over fysiotek, men stor etterspørsel gjør at hele stillingsandelen er disponert på fysioteket.

Fysioterapeut : 40% prosjektstilling Fysiotek Aktiv

Relevant kompetanse:

Kurs i motiverende samtale.Treningslære. Kurslederkurs "Bra mat for bedre helse". Kokkeutdannelse. Videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi.

Frisklivssentralens tilbud:

- Individuell oppfølging: Avtales med den enkelte ved første time. Dette kan være nye samtaler på Fysioteket fra hver 14 dag til 6 uker mellom. De fleste har en samtale i starten, en halvveis og en i slutten av henvisningsperioden på 3 måneder. Dette i tillegg til telefonkontakt der vi ringer brukerne etter deres ønske.
- Kurs: Vi holder "Bra mat for bedre helse" kurs, etter behov for Fysiotekets brukere.
- Aktiviteter og grupper: Møteplassen, Trening på Toten Treningssenter, Svømming på Skreia Ungdomsskole. Frivillighetssentralen:Turgrupper. Friskis og Svettis: Styrke, spenst og kondisjonstrening til musikk. Fysio-og ergoterapitjenesten Østre Toten kommune: "Trim for helsa", Lena Bad. Gjøvik og Toten Golf:Golf. Gruppe ledet av fysioterapeut: Likemannsgruppe (Overvekt), gruppetrening på Hoffsvangen og Stange skole. Bassenggrupper med ulike typer fokus; rygg, hofter, kne og revmatiske plager. Kolbu IL:

Chung-moo Tae Kwon Do. Skreia Fysioterapi: Styrketrening. LHL: Hjerne og lungetrim, Lena Bad. Skreien Line Dance Club: Dans Toppen I.L: Allidrett. Toten Treningssenter: Styrketrening, aerobic, spinning.

- Opplands-resepten, BraMat, røykeslutt.

Budsjett:

Fysioteket finansieres 2-delt : Selve Fysioteket / Folkehelsekoordinator finansieres i det ordinære budsjettet mens Fysiotek Aktiv finansieres med prosjektmidler.

Fysisk plassering av frisklivssentralen/lokaler:

Østre Toten Fysiotek har kontor på Rådhuset, Lena.

Samarbeidspartnere:

Samarbeidspartnere i henvisningsapparatet: 15 leger inkludert turnuslege, årlige møter med disse. Arbeidsgivere, NAV, DPS Poliklinikk Toten, Fysioterapeuter, Ergoterapeuter og Rehabiliteringssentre, Sykehuset Innlandet Gjøvik. For øvrig er vi i kontakt med disse alt etter hva behovet er for den enkelte bruker/pasient.

Samarbeidspartnere i mottaksapparatet: Frivillige lag, organisasjoner og kommersielle aktører: Se listen som er oppført ovenfor under overskriften Frisklivstilbud.

Samarbeid med andre kommuner:

Vi samarbeider med andre kommuner. Eksempler her kan være henviste brukere/pasienter som flytter fra Østre Toten kommune, til en av nabokommunene. Da sender vi henvisningen videre til det aktuelle Fysioteket. Eller at vi mottar henvisninger fra våre naboer.

Vi sier også fra dersom det er ledig kapasitet på grupper eller kurs hos oss.

Ca antall henviste deltakere pr år:

2005: 19 henvisninger. Oppstart september.

2006: 42 henvisninger

2007: 136 henvisninger

2008: 207 henvisninger. Fysiotek Aktiv, oppstart september 2008.

2009: 262 henvisninger.

2010: Over 160 henvisninger pr. 26.10.2010.

16.12.12 Øvre og Nedre Eiker kommune

Navn på sentralen: Aktiv Eiker Frisklivssentral

Oppstartsår: 2008

Forankring i kommunale planer/ budsjett:

I Kommuneplanen for Øvre Eiker står det: Folkehelse er et av satsningsområdene og folkehelsearbeid er en naturlig side av alt kommunalt planleggingarbeid. Det ønskes å satses på forebyggende arbeid innen å arbeide for å utjevne sosiale forskjeller, øke fysisk aktivitet, fremme sunt kosthold, rus- og tobakksforebyggende arbeid.

I Kommuneplanen for Nedre Eiker står det at de skal etablere offensive forebyggende tiltak for barn og unge i risikozonen, bidra aktivt til å gi informasjon og

initiere tiltak som virker helsefremmende, dreie ressursinnsatsen mot forebyggende tiltak og aktivisering og sikre befolkningen tilgang til nærfriluftsområder, elva og marka. I kommunedelplan for fysisk aktivitet, idrett, friluftsliv og folkehelse i Øvre Eiker står det at et av målene er at Øvre Eiker kommune skal markere seg på nasjonalt plan i arbeidet med samfunnsmedisin og folkehelse. Det positive samarbeidet om folkehelse med Nedre Eiker skal utvikles videre og at Friskliv (nå Aktiv Eiker) skal videreføres som et varig tiltak. Det skal bevilges helsepenger til folkehelse for å endre fokuset fra reparasjon til forebygging. Tilsvarende 1,5 % av årlig vedtatt budsjett til helse- og sosialseksjonen skal gå til kommunens folkehelse tiltak (Aktiv Eiker).

I kommunedelplan for Helse og Omsorg i Nedre Eiker kommune står det at hovedmålet er å bedre folkehelsen i befolkningen og bedre levekår for vanskeligstilte. Målet er å styrke og samordne helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunen. Blant annet skal Aktiv Eiker videreutvikles. Aktiv Eiker er også beskrevet i Fysioterapiplanen for Nedre Eiker kommune.

Organisatorisk plassering i kommunen:

Nedre Eiker kommune under Helse.

Øvre Eiker kommune under Plan, Ressurs og Næring under Kommunelegen.

Årsverk og faggrupper som arbeider ved frisklivssentralen:

Ca 1 Årsverk fysioterapeut.

Er 2 ÅV fysioterapeuter i Aktiv Eiker, men disse jobber også som folkehelsekoordinatorer og i andre prosjekter. Har også pedagog som jobber mot barn/unge i 0,6, men dette er heller ikke en del av frisklivssentralen.)

Relevant kompetanse:

Kurs i motiverende intervju, idrett grunnfag, bra mat kurslederkurs, røykeslutt kurslederkurs, fysisk aktivitet og helse/fritidspedagogikk, diabeteskurs, førstehjelpskurs, stavgangkurs

Frisklivstilbudens tilbud:

3 nivå av "vanlig" frisklivstrening inndelt etter deltagernes fysiske nivå, 4x4 trening, gågrupper i lokalmiljøene. Aktivitetsdager 1x/mnd med varierte aktiviteter.

Tematimer/infomøter hver 14 dag.

Individuell oppfølging etter behov ved samtale eller per telefon.

Budsjett:

Egenandeler fra kommunene, partnerskapsavtale med fylkeskommunen og prosjektpenger. Stillinger, lokaler og utstyr.

Fysisk plassering av frisklivssentralen/ lokaler:

Midt mellom kommunene inne på et treningssenter. Bruker treningssalen til innetrening på matte etter at vi har vært ute.

Samarbeidspartnere:

Alle fastleger og fysioterapeuter i begge kommuner kan henvise samt spesialisthelsetjenesten og rehabiliteringssenter. NAV, attføringsbedrifter og psykisk helsetjeneste kan også henvise dersom det er en ekstra utfordring for personen å gå

via fastlege/fysio. Ledere i kommunen skal også kjenne til oss.

Samarbeid med andre kommuner:

Informerer om kurs som tilbys i nabokommunene.

Antall henviste deltakere pr år: 200

16.12.13 Åseral kommune

900 innbyggere

Navn på sentralen: Aktivitet på Resept

Oppstartsår: 2009

Forankring i kommunale planer/ budsjett:

Det ligger forslag i neste budsjettperiode (2011-2014) om fullfinansiering fra kommunen (beregnet til kr 150 000,-). Første året har kommunen bidratt med 50 000,- og fylkeskommunen med 100 000,-

Organisatorisk plassering i kommunen: Under helse og sosial

Årsverk og faggrupper som arbeider ved frisklivssentralen:

15 % fysioterapeut, samt en instruktør som leder 1 aktivitet i uka

Relevant kompetanse:

Kurs i motiverende intervju, bra mat kurslederkurs, praktisk kurs i hjerterehabilitering ved Feiring.

Tilbud ved frisklivssentralen:

Mottakssamtale, sluttsamtale og ved behov individuelle samtaler undervegs. En 3 min sykkel/gangtest ved oppstart og en etter de første 12 ukene. 4 treningstilbud pr uke: tur, bassengtrening, lavterskelaerobic og trening i styrkerom, deltakerne velger 1-3 aktiviteter som de deltar på. Røykeslutt (sammen med nabokommuner), Bra Mat. Oppfølgingen blir for de fleste fortsatt deltakelse på en eller flere aktiviteter. Noen er ført over på det eksisterende treningstilbudet i kommunen, men de fleste finner dette for intensivt og føler at de ikke "passer inn". Mange sier de hadde sittet hjemme hvis ikke ApR hadde eksistert.

Budsjett:

Med kommunale midler, og egenandel fra deltakerne på 200,- pr 3.mnd. Går til: lønn fysioterapeut og instruktør, noe utstyr; (gåstaver med mer), felles samlinger med andre ApR kommuner i nærheten (Kvinesdal, Flekkefjord, Lyngdal), både møter og aktivitetsdager for deltakerne, trykking av reseptblokker.

Fysisk plassering av frisklivssentralen/lokaler:

Mottakssamtaler og testing skjer i fysioterapeutens lokaler på sjukeheimen i sentrum i kommunen. Styrkerom med godt utvalg av styrketreningsapperater, svømmehall (28 grader), stor gymsal, alt lokalisert i sentrum, like ved sjukeheim og skole.

Samarbeidspartnere:

I kommunen: Arbeidsgruppe bestående av: kommunelege1, psykiatrisk sykepleier,

helsesøster, folkehelsekoordinator og fysioterapeut. Har møter ca 2 ganger pr halvår. Møtene er konkrete og handler om når neste bra Mat kurs skal holdes, hvordan det står til med økonomi, hvilke målgrupper vi ikke når, og hvordan legene kan motivere dem til å bli deltakere på ApR.

Samarbeid med andre kommuner:

Interkommunalt: Samarbeid med nabokommunene om å komme i gang og tipse hverandre om drift, samarbeid om trykking av informasjonsfoldere og reseptblokker. Felles aktivitetssamlinger for deltakerne.

Antall henviste deltakere pr år:

Forholdene er små, de aller fleste tar selv direkte kontakt med fysioterapeut, legekantoret får oppdatert liste med nye deltakere. Kun et par stykker er henvist fra lege. Pr dags dato 25 aktive, etter sommerferien 2010; 4 nye deltakere. Mange deltakere har vært med siden oppstart i april 2009.

17 Referanser og aktuelle linker

Skal oppdateres med aktive linker



Veiledere fra Helsedirektoratet utarbeides innenfor helsefaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, løvverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Helsedirektoratet
Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no