

Frisklivsresept

– en tverrsnittsundersøkelse fra frisklivssentralen i Modum kommune



Solfrid Bratland-Sanda, PhD, førsteamanuensis i idrettsvitenskap ved Høgskolen i Telemark og forsker ved Modum Bad.
E-post: solfrid.bratland-sanda@hit.no

Frøydis Lislevatn, folkehelsekoordinator i Flesberg Kommune, og masterstudent ved Høgskolen i Telemark

Anners Lerdal, professor ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Lovisenberg Diakonale Sykehus

Denne **vitenskapelige artikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble akseptert 13. januar 2014. Ingen interessekonflikter foreligger.

Sammendrag

- **Hensikt:** Frisklivssentraler etableres i stadig flere kommuner, og frisklivsresept trekkes frem som et viktig tiltak i samhandlingsreformen. Målet med denne studien var derfor å beskrive endringer i aktivitetsnivå etter deltakelse på frisklivsresept.
- **Design:** Tverrsnittsundersøkelse med selvrapportering via spørreskjema.
- **Materiale:** Blant 548 personer som mottok frisklivsresept til Frisklivssentralen i Modum i perioden 2008 til 2010 valgte 169 (34 prosent) å delta i undersøkelsen. Undersøkelsen ble gjennomført i januar til mars 2012.
- **Metode:** Deltakerne fikk tilsendt spørreskjemaet som inneholdt spørsmål om helsetilstand (COOP/WONCA), tilnærings- og unngåelsesorientert mestring (STUM), og egenutviklede spørsmål om erfaringer og opplevelser med deltakelse i aktivitet ved Frisklivssentralen.
- **Resultat:** Respondentene mottok i snitt 1,9 frisklivsreseppter (SA=1,5). Totalt rapporterte 55 prosent av respondentene økt aktivitetsnivå to til fire år etter avsluttet frisklivsresept. At aktivitetene skjedde sammen med andre ble oppgitt som hyppigste årsak til økt egenaktivitet, mens tiltagende helseplager ble oppgitt som største barriere for egenaktivitet. Respondentene med økt aktivitetsnivå rapporterte bedre fysisk helsetilstand og større grad av opplevd interesse og oppfølging fra henviser.
- **Konklusjon:** Blant deltakere på frisklivsresept er tiltagende helseplager, og ikke tid, største barriere for aktivitet. Viktigheten av trening sammen med andre viser betydningen av at treningen foregår i gruppe. Samhandling mellom frisklivssentralen og henviser er viktig for å opprettholde et økt aktivitetsnivå.
- **Nøkkelord:** fysisk aktivitet, treningsterapi, voksne, livsstil, atferdsendring.

Innledning

Behandling av livsstilsrelaterte lidelser estimeres å koste verdenssamfunnet 47 trillioner USD frem mot 2030 (1). Én viktig komponent i behandling av disse lidelsene er regelmessig fysisk aktivitet. Regelmessig fysisk aktivitet virker både forebyggende og behandlende ved lidelser som hjerte- og karsykdommer, hjerneslag, diabetes type 2, muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser og enkelte former for kreft (2, 3).

Studier har også vist at dårlig fysisk form, særlig dårlig aerob kapasitet, er en viktigere risikofaktor for sykdom og tidlig død enn overvekt og røyking (4). Personer med dårlig fysisk form har størst helsegevinst av økt aktivitetsnivå (5), men det er også disse som

hurtigst faller tilbake til gamle atferdsmønstre (6). Det er derfor viktig å se på forskjellene mellom deltakerne som har opprettholdt atferdsendring etter frisklivsresept, og de som har falt tilbake til gamle mønstre.

Samhandlingsreformen har som mål å øke satsningen på forebygging for å redusere behovet for kurative tiltak og at tiltakene skjer lokalt (7). Lokale frisklivssentraler er eksempel på slike kommunale tiltak, og disse fungerer som bindeledd mellom andre helsetjenester og frivillige lag/foreninger og kommersielle treningssentre (8). Leger, annet helsepersonell og andre instanser som eksempelvis NAV kan, ved hjelp av en frisklivsresept, henvise personer som har behov for å komme i gang med fysisk aktivitet,

endre kostholdet eller røykeslutt til lokale frisklivssentraler. Målet med frisklivsreseppten er å hjelpe deltakerne til økt regelmessig fysisk aktivitet og å bedre fysisk form, for på sikt å forbedre personens helsetilstand og livskvalitet. Trening på resept har forekommet i ulike former både nasjonalt og internasjonalt (9), og frisklivssentralen i Modum startet i 1996 som én av de første i landet. Ved henvisning til frisklivssentralene mottar deltakere en frisklivsresept som inkluderer trening i 12 uker og helsesamtale ved oppstart og etter 12 uker. Deltakerne trener i grupper som ledes av kvalifisert personell med helsefaglig og/eller treningsfaglig utdanning. Flere studier har funnet at treningsdeltakelse i regi av frisklivssentraler bedrer fysisk



Femtifem prosent av deltakerne på frisklivsresept opprettholder et økt aktivitetsnivå i etterkant av frisklivsresept.



SAMMEN Den hyppigst rapporterte motivasjonsfaktoren for økt fysisk aktivitet var at aktivitetene foregikk sammen med andre. Illustrasjonsfoto

form (10-14). Etter vår kjennskap er det ikke publisert studier som undersøker deltakerens erfaring med frisklivsresept.

Formålet med studien var å evaluere frisklivsresept ved Frisklivssentralen i Modum. Problemstillinger: 1) Hvor mange deltakere rapporterer økt aktivitetsnivå etter deltakelse på frisklivsresept? 2) Hvilke motiver og barrierer for deltakelse i fysisk aktivitet rapporterer deltakerne etter gjennomført Frisklivsresept? og 3) Hvilke forskjeller er det mellom deltakere som rapporterer økt aktivitetsnivå og deltakere som rapporterer ingen endring eller reduksjon i aktivitetsnivå?

Materiale og metode

Utvalg

Utvalget i studien besto av personer som mottok frisklivsresept til frisklivssentralen i Modum i perioden 2008 til 2010 (n=548). Av disse var 47 personer utilgjengelige for studien grunnet ukjent adresse eller dødsfall. Blant de resterende 501 personene ga fem personer aktivt tilbakemelding om at de ikke ønsket å delta i studien, og 169 returnerte utfylte spørreskjema. Dette ga en svarprosent på 34.

Godkjenning

REK Sør-Øst vurderte studien til ikke å være godkjenningspliktig ettersom responden-

Kort sagt

Implikasjoner for praksis:

- Trening i grupper som gir mulighet for sosialt fellesskap og tilhørighet er viktig for atferdsendring for mottakere av frisklivsresept.
- Det er andre barrierer for fysisk aktivitet hos mottakere av frisklivsresept sammenlignet med den generelle voksne befolkningen.
- For å oppnå varig endring virker det som om samhandling mellom henviser og frisklivssentralen er viktig.

tene besvarte undersøkelsen anonymt, og studien dermed ikke omfattes av helseforskningslovens virkeområde.

Design

Studien var en tverrsnittundersøkelse med selvrappotering via spørreskjema som metode. Datainnsamling foregikk i perioden januar til mars 2012, det vil si to til fire år etter avsluttet frisklivsresept. Informasjonsskriv om studien samt spørreskjema ble sendt per post til de adressene frisklivssentralen hadde i sine arkiver. Vedlagt spørreskjemaet lå et informasjonsskriv med samtykkeerklæring. Undersøkelsen ble besvart anonymt. Ettersom studien skulle være anonym, ble det ikke benyttet løpenummer, referansekode eller lignende muligheter for identifisering av respondentene. Det var derfor ingen mulighet til å sende påminnelse til personer som ikke responderte.

Spørreskjema

Spørreskjemaet inneholdt egenutviklede spørsmål knyttet til opplevelse og erfaringer med frisklivssentralen, og de standardiserte instrumentene COOP/WONCA og STUM. Svaralternativene på de egenutviklede spørsmålene var gradert på en fire- eller fempunktsskala. Spørsmålet «Hvor viktig var det for deg å gjøre endringer?» ble gradert fra «ikke viktig» til «svært viktig». Følgende spørsmål ble gradert fra «liten grad» til «stor grad»: «I hvor stor grad var du klar for å ta ansvar for å gjennomføre endring?», «I hvor stor grad opplevde du at de ansatte lyttet til deg under reseptperioden?», «I hvor stor grad opplevde du at reseptperioden ga deg kunnskap og erfaring til å gjennomføre endring?», «I hvor stor grad opplevde du at du fikk fullført planen for reseptperioden?», og «I hvor stor grad opplever du at henviser har vært interessert i hvordan det har gått med frisklivsresepten?». Deltakerne ble også forespurt om å angi nåværende fysisk aktivitetsnivå, definert som en vanlig uke siste år. Deltakerne rapporterte nåværende aktivitetsnivå i timer per uke.

Helsetilstand

Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project/World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practice/Family Physicians (COOP/WONCA) er et instrument som måler personens egenvurderte helsetilstand og helserelaterte livskvalitet

de siste to uker (15, 16). Skjemaet består av de seks variablene «fysisk form», «følelsesmessige problemer», «daglige aktiviteter», «sosiale aktiviteter», «bedre eller dårligere helse» og «samlet helsetilstand». Variablene vurderes med en fempunktsskala fra «svært god» til «meget dårlig». Respondentene skulle vurdere eget funksjonsnivå på undersøkelsestidspunktet. Vi benyttet den validerte norske oversettelsen av COOP/WONCA (17). Cronbach's alpha for COOP/WONCA i dette materialet var 0,79.

Mestring

Spørreskjema om tilnærings- og unngåelsesorientert mestring (STUM) er et spørreskjema med 12 variabler som omhandler mestringsstrategier (18). Seks av variablene omhandler tilnæringsorientert mestring, og de øvrige unngåelsesorientert mestring. For hver variabel benyttes en fempunkts skala som går fra «helt enig» til «helt uenig». I denne undersøkelsen fylte respondentene ut STUM to ganger, én gang hvor de anga

opplevelse og mestring av plager/problemer før deltakelse på frisklivsresept, og én gang hvor de anga opplevelse og mestring av plager på tidspunktet for datainnsamling. STUM er utviklet og validert på norsk (18). Cronbach's alpha for STUM før frisklivsresept i dette materialet var 0,67.

Frafallsanalyser

For å gjøre en frafallsanalyse fikk prosjektgruppen tilgang til anonymiserte data fra frisklivssentralen i Modum med alder og score på COOP/WONCA på alle personene som mottok frisklivsresept i perioden 2008 til 2010. Dette muliggjorde sammenligning av gjennomsnittlig alder og helsetilstand mellom respondentene som deltok i studien og den totale populasjonen av frisklivsreseptmottakere.

Statistiske analyser

Programvaren IBM SPSS versjon 18.0 ble brukt til å gjøre statistiske analyser. Det ble gjort frekvensanalyser med gjennomsnitt

TABELL 1 Deskriptive data og analyser på forskjeller mellom menn og kvinner.

	Totalt n=167	Menn n=50	Kvinner n=117	Forskjell menn/kvinner	p-verdi
Alder (år), gj.sn (SD)	53,4 (13,5)	56,7 (13,4)	52,0 (13,4)	t = 2,09	0,038*
Høyeste fullførte utdanning	n=164	n=50	n=114		
Grunnskole, framhaldsskole, folkehøgskole, n(%)	34 (21)	17 (34)	17 (15)	$\chi^2(df) = 7,71 (1)$	0,006**
Real- eller middelskole, yrkes-skole, n(%)	70 (43)	21 (42)	49 (43)	$\chi^2(df) = 0,02 (1)$	0,907
Artium, 3-årig videregående skole, n(%)	20 (12)	0 (0)	20 (18)	$\chi^2(df) = 9,99 (1)$	0,002**
Høgskole/universitet < 4 år, n(%)	23 (14)	6 (12)	17 (15)	$\chi^2(df) = 0,24 (1)$	0,621
Høgskole/universitet ≥ 4 år, n(%)	17 (10)	6 (12)	11 (10)	$\chi^2(df) = 0,21 (1)$	0,649
Arbeidssituasjon ^a	N=165	N=49	N=116		
Lønnet arbeid	68 (41)	12 (25)	56 (48)	$\chi^2(df) = 8,05 (1)$	0,005**
Selvstendig næringsdrivende	10 (6)	4 (8)	6 (5)	$\chi^2(df) = 0,54 (1)$	0,485
Sykmeldt	10 (6)	4 (8)	6 (5)	$\chi^2(df) = 0,54 (1)$	0,485
Hjemmeværende ^b	4 (2)	0 (0)	4 (3)	-	
Student/militærtjeneste ^b	3 (2)	0 (0)	3 (3)	-	
Arbeidsledig ^b	4 (2)	2 (4)	2 (2)	-	
Arbeidsufør	34 (21)	11 (22)	23 (20)	$\chi^2(df) = 0,15 (1)$	0,833
Annen NAV-stønnd	36 (22)	11 (22)	25 (22)	$\chi^2(df) = 0,02 (1)$	1
Pensjonist	29 (18)	15 (31)	14 (12)	$\chi^2(df) = 8,12 (1)$	0,007**
Nåværende aktivitetsnivå	n=155	n=46	n=109		
Ikke aktiv ^b	5 (3)	1 (2)	4 (4)	-	
Under 1 time/uke ^b	9 (6)	1 (2)	8 (7)	-	
1-2 timer/uke	37 (24)	11 (24)	26 (24)	$\chi^2(df) = 0,00 (1)$	1
≥ 2 timer/uke	103 (66)	33 (72)	70 (64)	$\chi^2(df) = 0,82 (1)$	0,457

^aRespondentene kunne krysse av for flere valg, for eksempel er enkelte delvis i lønnet arbeid og delvis sykmeldt/uføretrykdet. ^bManglende statistiske analyser pga for lav n. *p<0,05. **p<0,01. ***p<0,001.

og standardavvik. Ikke-besvarte spørsmål medfører at resultatene har ulik n. Uavhengig t-test og kji-kvadrat ble benyttet for analyser av forskjeller mellom kjønn og forskjell mellom respondenter med økt og uendret/reduisert aktivitetsnivå. Ved statistisk signifikante forskjeller mellom respondenter med økt og uendret eller redusert aktivitetsnivå ble det utregnet effektstørrelse med bruk av Cohens d. Effektstørrelse på 0,5 regnes som moderat effekt, mens $\geq 0,8$ regnes som stor effekt (19). Alle testene var tosidige, og signifikansnivået ble satt til 0,05.

Resultat

Oversikt over sosiodemografiske variabler og deltakernes nåværende aktivitetsnivå er vist i tabell 1. Av de 169 respondenter som besvarte undersøkelsen, var 50 (30 prosent) menn. Mannlige respondenter var i snitt eldre enn de kvinnelige (Tabell 1). Forskjeller i utdanningsnivå mellom mannlige og kvinnelige respondenter vises i tabell 1.

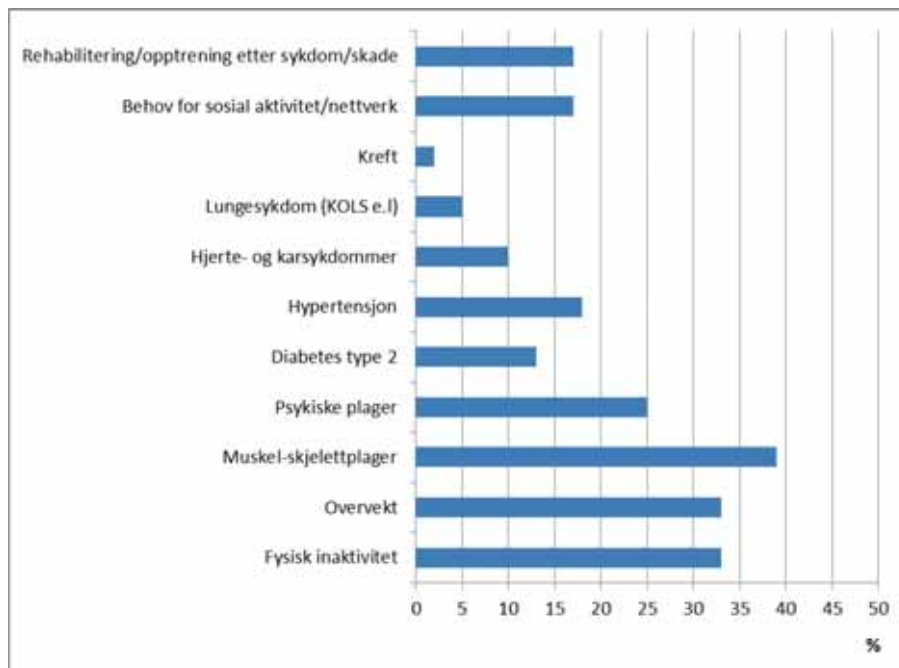
I snitt mottok deltakerne 1,9 (SA 1,5) resepter, med en variasjon fra én til ni resepter. Førtilfire prosent av respondentene mottok én resept. Nitti prosent av respondentene hadde fått resept fra fastlege. De resterende henvisningene kom fra NAV (0,5 prosent), sykehus/spesialisthelsetjeneste (0,5 prosent), fysioterapeut (3 prosent), bedriftshelsetjeneste (2 prosent) og andre (4 prosent). Muskel- og skjelettplager, overvekt, fysisk inaktivitet og psykiske plager var de hyppigste årsakene til henvisning (Figur 1).

Endring i aktivitetsnivå etter frisklivsresept

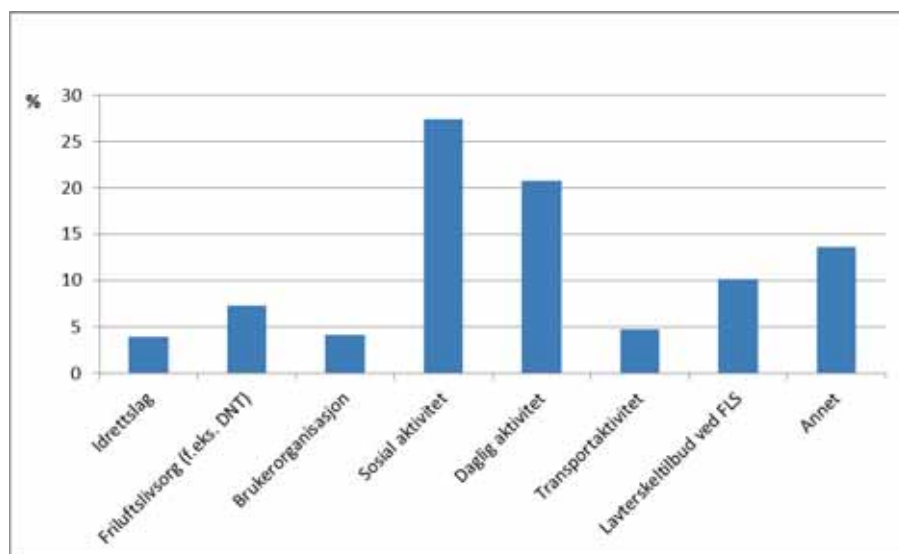
Totalt svarte 55 prosent av respondentene (n=93) at de hadde økt sitt aktivitetsnivå etter frisklivsresepten, og at denne økningen vedvarte to til fire år etter frisklivsresept. Sosial aktivitet og/eller turgåing og daglige gjøremål var de arenaene hvor flest rapporterte økt aktivitetsnivå (Figur 2). Hyppigste rapporterte motiv for økt aktivitetsnivå var aktivitet sammen med andre (Figur 3), mens den hyppigst rapporterte barrieren for deltakelse i fysisk aktivitet var tiltagende helseplager (Figur 4).

Forskjeller mellom respondenter

Respondenter med fortsatt økt aktivitetsnivå to til fire år etter frisklivsresept rapporterte bedre fysisk form og bedre helse-tilstand sammenlignet med respondenter med uendret eller redusert aktivitetsnivå



FIGUR 1 Årsaker til henvisning på frisklivsresept. Svar er oppgitt i prosent.



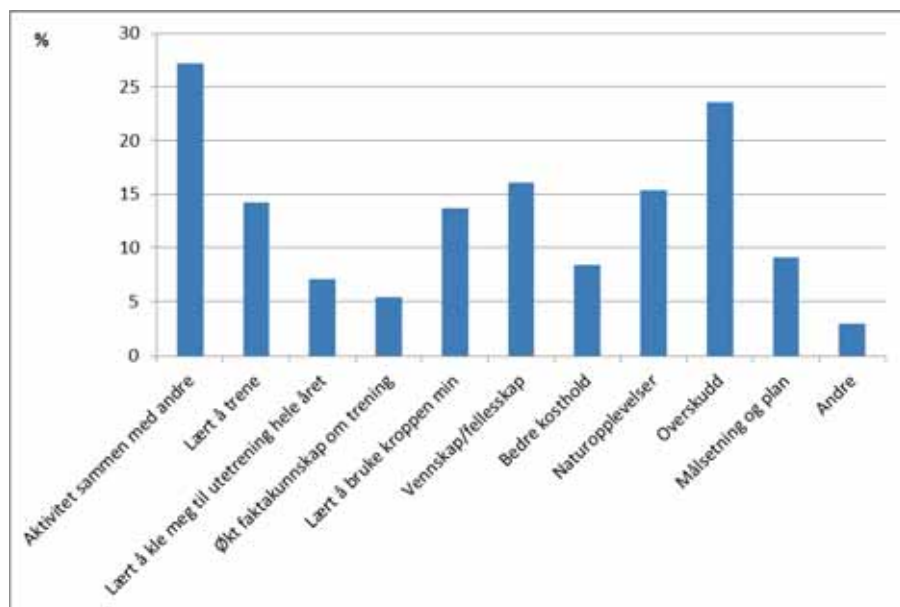
FIGUR 2 Arenaer hvor respondentene hadde økt aktivitet etter frisklivsresept. Verdier oppgitt i prosent.

(Tabell 2). I tillegg opplevde de større grad av måloppnåelse for reseptperioden, og at henviser hadde vist interesse for hvordan reseptperioden gikk (Tabell 2). Tjuetre prosent av respondenter med økt aktivitetsnivå og 40 prosent av respondenter med uendret eller redusert aktivitetsnivå rapporterte at henviser hadde vist liten grad av interesse etter at reseptperioden hadde gått ut. Det var ingen forskjell i skår på unngåelsesorien-

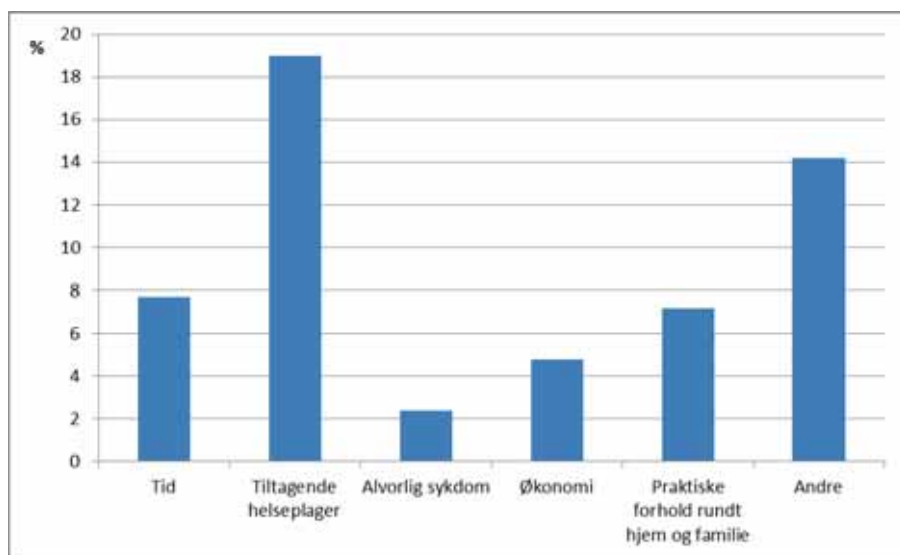
tert og tilnæringsorientert mestring, eller opplevd viktighet av atferdsendring, mellom de to gruppene

Diskusjon

I denne studien oppga 55 prosent av respondentene økt aktivitetsnivå etter frisklivsresept. Disse respondentene opplevde i større grad å bli lyttet til, høyere skåre på økt kunnskap og erfaring til å gjennomføre endring,



FIGUR 3 Motiver for økt aktivitet etter frisklivsresept. Verdier oppgitt i prosent.



FIGUR 4 Barrierer mot deltakelse i fysisk aktivitet etter frisklivsresept. Verdier oppgitt i prosent.

samt mer interesse fra henviser enn respondenter med uendret eller redusert aktivitetsnivå. Ettersom studien ble gjennomført to til fire år etter mottatt frisklivsresept, viser funnene at over halvparten av respondentene har klart å gjøre en varig endring i aktivitetsatferd. Tallene samsvarer med studier av andre populasjoner, men disse studiene er ofte gjennomført cirka seks til 12 måneder etter avsluttet intervensjon (6). Frafallsprosenten øker med tiden etter avsluttet intervensjon (20). Det kan derfor hende at frafallsprosenten hadde vært lavere med oppfølgingsstu-

die foretatt kortere tid etter avsluttet reseptperiode.

Den hyppigst rapporterte motivasjonsfaktoren for økt fysisk aktivitet var at aktivitetene foregikk sammen med andre. Dette resultatet viser viktigheten av tilrettelegging for sosial aktivitet. Et viktig aspekt ved sosial aktivitet er muligheten for å kjenne sosial tilhørighet og fellesskap med andre i lignende situasjon. Behovet om sosial tilhørighet regnes ifølge selvbestemmelsesteorien som et av de grunnleggende psykologiske behovene som må være oppfylt for at personen

kan styrke sin indre motivasjon for en aktivitet eller atferdsendring (21). Erfaringer fra frisklivssentralen kan muligens redusere terskelen for å delta i allerede etablerte grupper som for eksempel turlag, idrettslag og gruppetrening på kommersielle treningssentre.

Den hyppigst rapporterte barrieren for deltakelse i fysisk aktivitet var tiltagende helseplager. Her skiller resultater fra denne studien seg fra eksempelvis den nasjonale studien «Kartlegging av fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge» (22), hvor hyppigst rapporterte barriere mot deltakelse i fysisk aktivitet var manglende tid. Denne forskjellen er ikke uventet ettersom populasjonen som mottar frisklivsresept har fysiske og/eller psykiske helseutfordringer som henvisningsgrunnlag. Dette understøttes også av at mange respondenter mottok mer enn én resept.

Av respondentene som hadde uendret/ redusert aktivitetsnivå etter frisklivsresept rapporterte 40 prosent at de opplevde lite interesse for gjennomføring og måloppnåelse gjennom frisklivsresept fra henviser. Disse respondentene opplevde også i snitt mindre grad av interesse fra henviser sammenlignet med respondentene som rapporterte økt aktivitetsnivå. Tidligere studier har funnet oppfølging og samhandling mellom de behandelende instanser som et suksesskriterium for å opprettholde varig endring av livsstil (23). God oppfølging og samhandling mellom henviser og frisklivssentralen bør derfor tilstrebes. Det må tas høyde for at forskjellene kan skyldes at respondentene med økt aktivitetsnivå i større grad selv har fortalt sin henviser om hvordan reseptperioden har gått, eller at det er en bedre samhandling mellom henviser og frisklivssentralen enn hva brukerne selv opplever. På den andre siden var det ingen forskjeller med hensyn til grad av utadventd mestringsstil mellom gruppene.

Begrensninger ved studien

Den største begrensningen ved studien er lav svarprosent (34 prosent). Selv om dette samsvarer med andre studier (22), kan en lav svarprosent indikere et skjevt utvalg. Frafallsanalysene viste at respondentene ikke skilte seg vesentlig fra populasjonen frisklivsbrukere i Modum. Likevel kan det ikke utelukkes at den ytre validiteten i studien er svekket. Spørreskjemaet benytter retrospektive spørsmål, og svarene fra respondentene kan derfor være påvirket av hukommelsesbias.

TABELL 2 Sammenligning mellom respondenter med økt aktivitetsnivå, og respondenter med uendret/reduert aktivitetsnivå.

	Respondenter med økt aktivitetsnivå	Respondenter med uendret/reduert aktivitetsnivå	T-verdi	P-verdi	Effektstørrelse Cohens d
	Gj.sn (SD)	Gj.sn (SD)			
Alder (år)	54,8 (12,7)	53,7 (13,2)	0,46	0,646	-
COOP/WONCA	n=92	n=42			
Fysisk form	2,7 (1,1)	3,2 (0,8)	2,74	0,007**	0,5
Følelsesmessig problem	2,0 (1,1)	2,1 (1,1)	0,25	0,806	-
Daglige aktiviteter	2,1 (1,1)	2,3 (1,0)	1,06	0,291	-
Sosiale aktiviteter	1,8 (1,1)	2,0 (1,1)	1,03	0,306	-
Bedre/dårligere helse-tilstand	2,7 (0,7)	3,0 (0,5)	1,98	0,050*	0,49
Samlet helsetilstand	2,4 (0,9)	2,7 (0,9)	1,72	0,088	-
STUM	n=75	n=37			
Sumscore før resept	33,8 (7,8)	33,5 (6,7)	0,22	0,826	-
Sumscore etter resept	29,2 (6,0)	31,3 (6,0)	1,8	0,08	-
Antall resepter	1,9 (1,6)	1,7 (1,3)	0,71	0,481	-
Hvor viktig var det for deg å gjøre endring før reseptperioden? (1-4)	3,3 (0,6)	3,1 (0,6)	1,27	0,207	-
I hvor stor grad var du klar for å ta ansvar for å gjennomføre endring? (1-5)	4,0 (1,0)	4,0 (0,9)	0,25	0,802	-
I hvor stor grad opplevde du at de ansatte lyttet til deg under reseptperioden? (1-5)	4,6 (0,6)	4,3 (0,8)	2,5	0,014*	0,42
I hvor stor grad opplevde du at reseptperioden ga deg kunnskap og erfaring til å gjennomføre endring? (1-5)	4,0 (0,9)	3,2 (1,1)	4,37	<0,001***	0,8
I hvor stor grad opplevde du at du fikk fullført planen for reseptperioden? (1-5)	4,1 (1,0)	3,4 (1,2)	3,43	0,001**	0,63
I hvor stor grad opplevde du at henviser har vært interessert i hvordan reseptperioden gikk? (1-5)	3,2 (1,5)	2,5 (1,5)	2,28	0,02*	0,47

*p<0,05. **p<0,01. ***p<0,001.

Dette er særlig relevant ettersom det har gått mellom to og fire år fra frisklivsresept til besvarelse av denne undersøkelsen. Det er også mulig at deltakerne har hatt en tendens til å velge svaralternativer i retning av det de oppfatter som mest sosialt akseptabelt. Det er en styrke at COOP/WONCA og STUM er validerte, mens studien svekkes av bruken av egenutviklede, ikke-validerte spørsmål. Vanlige feil ved ikke-validerte spørsmål er

eksempelvis at spørsmålene er endimensjonale, spørsmålene kan misoppfattes, og at svaralternativer ikke er tilstrekkelig dekkende. Selvrapporing av ukentlig aktivitetsvolum er også en svakhet. Objektive mål ved bruk av akselerometer kunne gitt mer gyldige data. Samtidig ville dette vært en mer omfattende målemetode som trolig ville gitt enda lavere svarprosent.

Praktiske implikasjoner

Studien viser behovet for at inaktive personer som ønsker å komme i gang med regelmessig fysisk aktivitet kan ha nytte av lavterskeltilbud i grupper. Opplevelse av sosial tilhørighet er viktig for å mestre atferdsendring, og for disse vil det ikke nødvendigvis være tilstrekkelig med råd fra fastlege om å gå tur. Det syns derfor som viktig at deltakere på frisklivsresept har mulighet for et treningstilbud i gruppe. Det er også viktig med god samhandling og oppfølging mellom den som henviser deltakerne og frisklivssentralen. Dette bør gjøres slik at brukeren opplever samhandling, eksempelvis med felles møter mellom bruker, henviser og frisklivssentral.

Fremtidige studier

Det er nødvendig med longitudinelle, prospektive studier som følger deltakere under og etter frisklivsresept for å undersøke om deltakerne endrer aktivitetsnivå, mestringserfaring, funksjonsnivå og livskvalitet. Studier av randomisert kontrollert design vil være hensiktsmessig for å vurdere effekten av tiltaket frisklivsresept. Multisenterstudier hvor alle kommuner med frisklivssentral og frisklivsresept inkluderes gir mulighet for å sammenligne tiltakene og bruk av frisklivsresepten i ulike kommuner.

Konklusjon

Blant deltakere på frisklivsresept i Modum er tiltagende helseplager, og ikke tid, største barriere for aktivitet. Den rapporterte viktigheten av aktivitet sammen med andre viser betydningen av at treningen foregår i gruppe. Samhandling mellom frisklivssentralen og henviser er viktig for å opprettholde et økt aktivitetsnivå.

Takk

Denne studien og tilhørende publikasjon har blitt tildelt økonomiske midler fra henholdsvis Helsedialog og Helsedirektoratet.

Referanseliste

1. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum, 2011.
2. Thorp AA, Owen N, Neuhaus M, Dunstan DW. Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults: a systematic review of longitudinal studies, 1996-2011. *Am J Prev Med.* 2011 Aug;41(2):207-15. PubMed PMID: 21767729.
3. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand J Med Sci Sports.* 2006;16

Suppl 1:3-63.

4. Blair SN. Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. *Br J Sports Med.* 2009 Jan;43(1):1-2. PubMed PMID: 19136507. Epub 2009/01/13. eng.
5. Anderssen SA, Stromme SB. [Physical activity and health--recommendations]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2001 Jun 30;121(17):2037-41. PubMed PMID: 11875902. Fysisk aktivitet og helse--anbefalinger.
6. Thøgersen-Ntoumani C, Ntoumanis N. The role of self-determined motivation in the understanding of exercise-related behaviours, cognitions and physical self-evaluations. *J Sports Sci.* 2006 Apr;24(4):393-404. PubMed PMID: 16492603. Epub 2006/02/24. eng.
7. HOD. St.meld. nr 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling - rett sted - rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.
8. HelseDirektoratet. Veileder for kommunale frisklivssentraler - etablering og organisering. In: HelseDirektoratet, editor. Oslo: HelseDirektoratet; 2011. p. 1-57.
9. Helsedepartementet. St. mid. nr 16: Resept for et sunnere Norge. Oslo: Helsedepartementet, 2003.
10. Helgerud J, Eithun G. Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune. Oslo: Hokksund rehabilitering, 2010.
11. Båtevik FO, Tønnesen A, Barstad J, Bergem R, Aarflot U. Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivite, røykeslutt og sunt kosthald. Volda: Møreforskning, 2008.
12. Oldervoll LM, Lillefjell M. Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling: Innherredsmodellen - trinn 1 : kunnskapsoversikt. Trondheim: Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU; 2011. 29 s. p.
13. Lerdal A, Celius EH, Pedersen G. Prescribed exercise: a prospective study of health-related quality of life and physical fitness among participants in an officially sponsored municipal physical training program. *J Phys Act Health.* 2013 Sep;10(7):1016-23. PubMed PMID: 23136380.
14. Lawton BA, Rose SB, Raina Elley C, Dowell AC, Fenton A, Moyes SA. Exercise on prescription for women aged 40-74 recruited through primary care: two year randomised controlled trial. *Br J Sports Med.* 2009 Feb;43(2):120-3. PubMed PMID: 19204077.
15. Nelson E, Wasson J, Kirk J, Keller A, Clark D, Dietrich A, et al. Assessment of function in routine clinical practice: description of the COOP Chart method and preliminary findings. *Journal of chronic diseases.* 1987;40 Suppl 1:55S-69S. PubMed PMID: 3597698.
16. Nelson EC, Landgraf JM, Hays RD, Wasson JH, Kirk JW. The functional status of patients. How can it be measured in physicians' offices? *Med Care.* 1990 Dec;28(12):1111-26. PubMed PMID: 2250496.
17. Holm I, Risberg MA. COOP/WONCA-funksjonsskjema. Et

Exercise referral - a cross sectional survey from the exercise referral centre (Frisklivssentral) in Modum, Norway

Abstract

- **Aim:** Exercise referral centres are increasing in number in Norway, and exercise referral is viewed as an important intervention for improvement of public health. The aim of this study was therefore to describe changes in activity level after exercise referral.
- **Design:** Cross-sectional study using a self-report questionnaire.
- **Material:** Of 548 persons referred to the exercise referral centre in Modum from 2008-2010, 169 (34%) responded to this survey. The data collection was performed during January-March 2012.
- **Methods:** The respondents were asked questions about their health condition (COOP WONCA), coping strategies (BACQ) and questions related to their experiences with exercise referral.
- **Results:** The respondents received on average 1.9 (SD = 1.5) exercise referrals. A total of 55% of the respondents reported increased activity level 2-4 years after the exercise referral period. The most frequently reported reason for increased activity level was exercising with others, whereas increasing health problems was the main barrier to activity. The respondents with increased activity level reported better physical health condition and a better experience of coordination between the exercise referral centre and the referring institution.
- **Conclusion:** The greatest barrier to physical activity among receivers of exercise referral is increasing health problems, and not lack of time. The importance of exercising with others indicates a need for group exercises. Adequate coordination between the exercise referral centre and the referring institution is crucial for maintenance of increased activity level after the exercise referral period.
- **Keywords:** physical activity, exercise therapy, adults, life style, change of behaviour.

nyttig og sensitivt evalueringsverktøy til bruk i fysioterapi praksis. *Fysioterapeuten.* 2003;8:26-30.

18. Finset A, Steine S, Haugli L, Steen E, Laerum E. The Brief Approach/Avoidance Coping Questionnaire: Development and validation. *Psychology, Health & Medicine.* 2002/02/01;7(1):75-85.

19. Cohen J. A power primer. *Psychological bulletin.* 1992 Jul;112(1):155-9. PubMed PMID: 19565683.

20. McArdle WDK, F.I.; Katch, VL. Exercise physiology. Energy, nutrition, and human performance. 5th ed. Baltimore, MA: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.

21. Deci EL, Ryan RM. The Theory of Self-Determination of Motivation and Its Relevance to Pedagogics. *Z Padagogik.* 1993 Mar;39(2):223-38. PubMed PMID: ISI:A1993KZ23900004. German.

22. Anderssen SA. Physical activity among adults and elderly in Norway: report from a survey in 2008 and 2009. Oslo: HelseDirektoratet, 2009.

23. Haugo AM. Veien til varig endring: et kvalitativt forskningsprosjekt om hvordan å lykkes med en endring av fysiske aktivitetsvaner. Bø i Telemark: [A.M.Haugo]; 2012. 106, [20] s. p.

3-DELT «CLASSIC» BEHANDLINGSBENK

Med sin klassiske utforming, sentrallåsable hjul og solide rammeverk er benken stabil og enkel å forflytte. Den kan tilpasses en hvilken som helst terapeutisk behandling. Behandlingsbenken kan leveres med elektrisk løft, drenasjefunksjon og armsupport.



*Norskprodusert og markedsledende
i mer enn 30 år*

www.steens-physical.no

Veiledende pris 15.940,- + mva



Steens Physical