

## Helsekilden - en lavterskelmodell for livsstilsendring



**Christine Mikkelsen**, spesialfysioterapeut og folkehelsekoordinator, Grimstad kommune, e-post: christine.mikkelsen@grimstad.kommune.no

**Hildegunn Adde**, fysioterapeut, Grimstad kommune

**Bente Moland Somdal**, spesialfysioterapeut, enhetsleder i helsetjenesten, Grimstad kommune

**Fagartikkelen**, mottatt 17.12.08 og akseptert 15.03.10, er eksternt fagvurdert etter Tidsskriftet Fysioterapeuten's retningslinjer på [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no) og redigert av Astrid Noreng Sjølie.

Oppgitte interessekonflikter: ingen.

### Sammendrag

- Helsekilden er en kommunal lavterskelmodell for å fremme livsstilsendring for røyking, kosthold og fysisk aktivitet. Helsekilden tilbyr individuell oppfølging i form av helsesamtaler og ulike gruppetilbud innen fysisk aktivitet og kosthold i 12 uker, men oppfølgingen forlenges vanligvis cirka ett år.
- I perioden september 2006 til september 2008 fikk Helsekilden i Grimstad kommune henvist fra lege 90 kvinner og 20 menn med gjennomsnittsalder på 50 år. Elleve personer møtte ikke til første samtale. Nittini deltakere fikk dermed oppfølging fra Helsekilden, og 76 av disse deltok i Helsekildens gruppetilbud innen fysisk aktivitet og kosthold.
- Muskelskjelettlidelser, overvekt, psykiske lidelser og hjerte-karilidelser forekom hyppig blant deltakerne. Lavt fysisk aktivitetsnivå var den vanligste årsaken til henvisning. Halvparten av henvisningene gjaldt også kosthold. Det var få henvisninger til røykeslutt.
- Ved en oppfølgingsundersøkelse i 2008 fikk vi informative svar fra 31 av de opprinnelig 99 deltakerne med hensyn til fysisk aktivitet og fra 33 med hensyn til kosthold. Tjue av informantene økte aktivitetsnivået under oppfølgingsperioden og 16 rapporterte endring i kosthold.
- **Nøkkelord:** Livsstilsendring, lavterskelmodell, kommunal frisklivssentral, fysioterapimodalitet, fysioterapispesialitet

### Innledning

Stortingsmelding nr. 16 fra 2002/2003 peker på at atferd og vaner er viktige årsaker til sykkelighet og dødelighet i befolkningen. Cirka halvparten av alle dødsfall som inntreffer før forventet levealder er påvirket av livsstil. Stortingsmeldingen setter som mål å skape flere leveår med god helse for befolkningen og å redusere helseforskjeller (1), men endring av levevaner byr på store utfordringer (2). Med bakgrunn i stortingsmelding nr. 16 innførte daværende helseminister grønntresept-ordningen i 2003, med målsetning om at fysisk aktivitet og sunt kosthold skulle bli førstevalg for lege og pasient ved diagno-

segruppene hypertensjon og diabetes 2 (3). Ordningen fikk imidlertid begrenset legitimitet blant norske fastleger (4). I etterkant ble det i 2005 opprettet fem prøvefylker som fikk midler fra Helsedirektoratet til å prøve ut ulike modeller for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthold (5). Stortingsmelding nr. 47, samhandlingsreformen, anbefaler oppbygging av kommunale lærings- og mestringstilbud blant annet med lavterskeltilbud innen livsstilsendring (6).

Aust-Agder var ikke blant de fem fylkene som fikk midler fra Helsedirektoratet. Vi ble imidlertid inspirert av arbeidet, og basert på lokale ressurser og erfaringer fra prøvefyl-

kene, laget Aust-Agder sin egen modell som ble kalt Helsekilden. Målet var at Grimstad og tre andre kommuner skulle etablere et tilbud, en Helsekilde, hvor personer som ønsker livsstilsendring kunne henvende seg og få hjelp. Tilbudet skulle ikke knyttes til spesielle diagnoser eller medisiner, men deltakerne skulle være henvist fra lege.

I regi av Partnerskap for folkehelse i Agder utarbeidet representanter fra fylkesmann og fylkeskommune i Aust-Agder rammene for Helsekilden i samarbeid med de fire prøvekommunene og legeföreningen i fylket. Partnerskapet er et samarbeid mellom fylkesmenn, fylkeskommuner, kommu-



Deltaker og fysioterapeut kom sammen fram til fysiske aktiviteter og kostholdsendringer.

ner, sykehus, diverse frivillige organisasjoner og Universitetet (tidligere Høgskolen) i Agder. Målet med partnerskapet er å bedre folkehelsen i Agder-fylkene og gi mulighet for samarbeid innen folkehelseoppgaver (7). Fra Grimstad deltok kommuneoverlege, fysak-koordinator og leder for fysio- og ergoterapiavdelingen. Dette skulle sikre en forankring i kommunen og legenes medvirkning. Partnerskapet utarbeidet felles informasjonsmateriell og henvisningsblanketter til legene. Hver kommune laget sitt eget opplegg for organisering av tilbudet. Driften av Helsekilden ble innlemmet i de ordinære kommunale oppgavene, og ressursene som ble brukt på arbeidet var et resultat av interne prioriteringer.

Helsekilden åpnet i Grimstad kommune i september 2006. Kommunen har cirka 20 000 innbyggere og er i vekst (8). Fysioterapiavdelingen i kommunen fikk ansvaret for Helsekilden, og fysioterapeuter skulle følge opp deltakerne. Folkehelsekoordinator i kommunen bidro med økonomiske midler til å drive eksterne kurs. Ingen andre kommunale instanser ønsket å delta i arbeidet. Høsten 2008 foretok vi en intern evaluering av Helsekilden. Vi ønsket å vite hvordan opplegget hadde fungert, hvilke brukere vi hadde nådd og hvilke endringer vi eventuelt burde gjøre.

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive Helsekildens organisering og aktivitetstilbud, samt evaluere Helsekilden ved å beskrive deltakerne og vurdere potensielle effekter av deltakelse i Helsekilden

## Hoveddel

### Beskrivelse av Helsekilden

#### Organisering

Grimstad har 4,8 årsverk til utøvende fysioterapi i kommunehelsetjenesten. En fysioterapeut samordnet tilbudet, men alle fysioterapeutene brukte noe av sin arbeidstid på Helsekilden. Totalt brukte vi om lag en 50 prosents stilling til dette arbeidet, som foregikk parallelt med andre oppgaver. Arbeidet omfattet helsesamtaler, oppfølging av brukere underveis, fysisk testing, skriving av epikriser, organisering og drift av grupper, organisering av kurs med eksterne ledere,



ILLUSTRASJONSFOTO Colourbox.com

markedsføring og tilstedeværelse i Helsekildens åpningstider.

I ukene før vi åpnet Helsekilden, informerte vi legene i kommunen om tilbudet,

distribuerte informasjonsmateriell og henvisningsblanketter, avterte i avisen, la ut informasjon på kommunens hjemmeside, og fikk oppslag i lokalavisen og på lokalra-

dioen. (Henvisningsblankett og annonse er tilgjengelig på [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no)).

Tilbudet var dermed kjent for mange da vi åpnet Helsekilden for henvendelser halvannen time mandag og torsdag hver uke. Da kunne brukerne møte uten forhåndsavtale eller ringe for å få informasjon om tilbudet og avtale tid for samtale. Vi informerte legene om at vi ønsket at brukerne selv skulle kontakte oss direkte med henvisningen. Selv om vi dermed kunne miste potensielle deltakere, mente vi at deltakerne burde ha et eget ønske om og initiativ til å komme i gang. De gangene legene likevel sendte henvisning direkte til oss, brukte vi mye tid på å få kontakt med deltakerne, og erfaringen var at disse ofte ikke var klare for livsstilsendring.

Oppfølgingen fra Helsekilden startet med en helsesamtale mellom fysioterapeut og deltaker (deltaker: definert som møtt til samtalen). Samtalen var bygd opp rundt en ferdig mal og tok utgangspunkt i legens henvisning og brukerens perspektiv (9). Vi brukte prinsipper fra endringsfokusert rådgivning i samtalen. Dette er en målrettet, kliententrert samtalemetode for å motivere til atferdsendring og endringsprosesser. Metoden har utgangspunkt i at atferdsendring forutsetter aktiv og konstruktiv deltakelse fra klienten (10). Alle fysioterapeutene fikk opplæring i metoden, og vi jobbet kontinuerlig med å forbedre helsesamtalen. Samtalen tok opp deltakernes vaner og erfaringer med fysisk aktivitet, kosthold og røyking, samt deres forventninger til Helsekilden.

Deltaker og fysioterapeut kom sammen fram til et opplegg som inneholdt ulike former for fysisk aktivitet, kostholdsendringer og røykeslutt. Opplegget kunne være i regi av Helsekilden, eller frivillige og private organisasjoner. Noen ønsket utelukkende å drive aktivitet på egenhånd, med veiledning og oppfølging fra Helsekilden. De fleste ønsket en form for jevnlig kontakt med ansvarlig fysioterapeut. Oppfølging på telefon eller e-post hver andre/tredje uke var vanlig. Fra mai 2008 fikk deltakerne tilbud om å gjennomføre kondisjonstesten UKK gåtest på tredemølle før oppstart. Testen er beregnet på friske voksne mellom 20 og 65 år (11). Deltakerne registrerte i oppfølgingsperioden/periodene daglig all fysisk aktivitet på eget skjema. Dette ble brukt i oppfølgings-samtalene.

Etter cirka 12 uker hadde vi en oppfølgingsamtale der eventuell UKK gåtest ble

repetert. Det ble avtalt hvordan deltakeren kunne opprettholde eller komme videre i endringsprosessen. Etter samtalen sendte vi tilbakemelding til lege. Vi erfarte at 12 uker vanligvis var for kort tid til at nye vaner ble innarbeidet, og at de fleste selv anga å ha behov for videre oppfølging. Deltakerne fikk derfor tilbud om å beholde sin kontaktperson og fortsette i Helsekildens aktivitetstilbud. Vi satte ingen grense for varighet av oppfølgingen, men vi arbeidet mot at deltakerne skulle bli selvstendige og trappet gradvis ned oppfølging.

### *Aktivitetstilbud*

Ved oppstart i 2006 ønsket vi å knytte Helsekilden tett opp mot eksisterende aktivitetstilbud i kommunen, både av ressurs hensyn og for å forenkle overgangen til aktivitet i regi av frivillige eller private. De frivillige organisasjonene var positive. Vi fant passende tilbud til våre deltakere hovedsakelig hos Friskis og Svettis, Seniordans og Helsesportslaget. Ansvarlig fysioterapeut kontaktet gruppevert på aktuelle Friskis og Svettis-treninger når nye brukere fra Helsekilden ønsket å benytte dette tilbudet. I startfasen opprettet Friskis og Svettis en egen «Helsekilden-gruppe», men denne ble avvirket da deltakerantallet var for lavt. Vi brukte oversikter over andre lavterskeltilbud i kommunen når vi avtalte aktivitetsplaner med deltakerne. I tillegg la vi opp til å drive en turgruppe og en bassenggruppe selv.

Vi erfarte at dersom vi skulle lykkes med å nå gruppen som var i dårligst form og/eller hadde ulike typer fysiske og psykiske lidelser, måtte Helsekilden drive flere aktivitetstilbud. Selv om de frivillige organisasjonene beskrev sine tilbud som lavterskeltilbud, var ikke nivået lavt nok for mange av Helsekildens deltakere. Mange deltakere oppga at det ble for tøft å møte opp i ordinære aktivitetstilbud, og økonomiske hensyn var viktig for mange. Vi opprettet derfor flere grupper i regi av Helsekilden underveis, som alle ble ledet av fysioterapeuter. Ressursbruken begrunnet vi med at fysioterapitjenesten i kommunen skal inkludere helsefremmende og forebyggende arbeid.

Per 01.09.08 drev Helsekilden en turgruppe, to bassenggrupper og en bevegelsesgruppe. Vi arrangerte årlig kosthold/matlagingskurs med eksterne kursledere. Det var for få interesserte til røykesluttkurs, og vi henviste derfor til kurs/oppfølging andre steder, og brukte Røyketelefonene ak-

tivt. Alle gruppene var blandet med tanke på alder, diagnose og kjønn, med unntak av bevegelsesgruppa, som var en ren kvinnegruppe. Turgruppa gikk en relativt fast runde i et av Grimstads mest brukte tur-områder. Deltakere som ønsket det brukte staver og fikk opplæring i dette. Målet var at alle skulle gå cirka en time. Fysioterapeuten gikk alltid bakerst, og det var mulig for deltakerne å korte ned turen og likevel møte resten av gruppa flere ganger underveis. Deltakere som ble i bedre fysisk form, ble oppfordret til å gå raskt noen ekstra ganger i en bakke midtveis i løypa. Bassenggruppene drev lett kondisjons- og styrketrening i cirka 40 minutter i varmtvannsbasseng. Bevegelsesgruppa inneholdt cirka 45 minutter variert sirkeltrening, enkel trening til musikk og noe psykomotorisk fysioterapi. Kostholdskursene varierte fra rene teorikurs ledet av ernæringsfysiolog til mer praktiske matlagingskurs.

Siden alle Helsekildens fysiske aktivitetstilbud foregikk på dagtid, var det vanskelig å nå personer som var i full jobb, men denne gruppen var ofte de mest ressurssterke som kunne gå inn i andre aktivitetstilbud eller ønsket selvstendig aktivitet med hyppige samtaler og telefonkontakt. Noen arbeidsplasser ga deltakere i Helsekilden mulighet til å delta i gruppeaktivitet på dagtid.

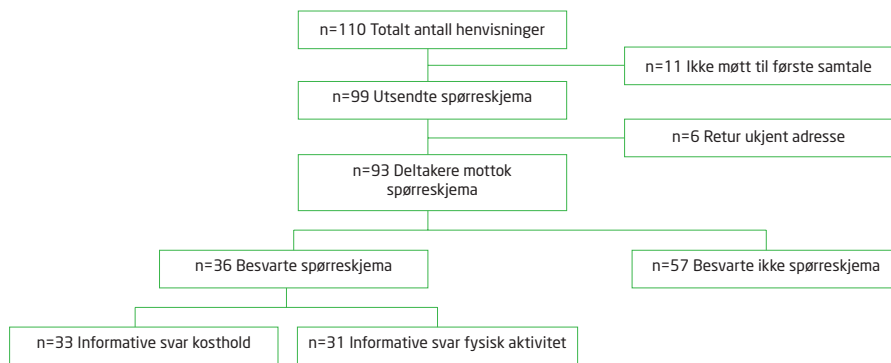
Da ett av målene med Helsekilden var å favne alle sosiale grupper og bidra til å redusere sosiale helseforskjeller, valgte vi å holde et lavt kostnadsnivå. Deltakelsen med helsesamtaler, oppfølging og fysisk testing var gratis. Aktivitetstilbudene hadde mindre egenandeler (fra 200-250 kroner per halvår). Deltakelse på trening i regi av de frivillige organisasjonene hadde ordinære deltakeravgifter.

### **Evaluering av Helsekilden**

#### *Metode*

Høsten 2008 samlet vi informasjon ved gjennomgang av deltakerlister, oppmøteskjemaer fra de ulike aktivitetene, journaler fra helsesamtalene, legehenvvisninger, epikriser, egentreningsskjemaer og samtaler med deltakere. I tillegg gjennomførte vi en enkel, anonym spørreundersøkelse, og sendte et spørreskjema (tilgjengelig på [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no)) til de 99 deltakerne i Helsekilden i perioden september 2006 til september 2008 sammen med et informasjonsskriv og ferdig adressert og frankert svarkonvolutt. Skjemaet besto av 13 spørsmål med av-





**FIGUR 1** Flytskjema av henviste og deltakere i Helsekilden, samt frafall og informanter i spørreundersøkelsen i 2008.

**TABELL 1** Oppgitt årsak til henvisningene til Helsekilden fra legen.

Henvisningsårsak	Alle henvisninger n=110	Deltakere n=99
Fysisk aktivitet + kosthold + røykeslutt	9	9
Fysisk aktivitet + kosthold	49	47
Fysisk aktivitet + røykeslutt	1	1
Fysisk aktivitet	42	40
Røykeslutt	2	1
Manglende opplysninger eller manglende henvisning	7	1
<b>Sum</b>	<b>110</b>	<b>99</b>

**TABELL 2** Legens diagnose på henvisningen\*

Diagnose	Diagnose hos henviste n=110	Diagnose hos deltakerne n=99
Muskelskjelettlidelser	60	57
Overvekt	50	50
Psykiske lidelser	49	48
Hjerte-karlidelser	43	42
Lunge/luftveislidelser	15	15
Diabetes	10	10
Ingen diagnose/andre diagnoser	6	6

\* Hver deltaker kan ha flere diagnoser

kyringsalternativer og rom for utdypende kommentarer. Flytskjema i figur 1 beskriver antallet fra de opprinnelige henvisningene til de aktuelle informantene (deltakere som besvarte spørreundersøkelsen).

Av de 11 som ikke møtte til første helse-samtale, fikk vi ikke opprettet kontakt med tre der henvisningen var sendt direkte fra lege, fem unnlot å møte til avtalte samtaler eller utsatte oppfølgingen/trakk seg, og for tre personer ble det klart før samtalen at tilbudet ikke passet. Vi oppsporet ny adresse til fem av de 11 vi fikk i retur grunnet ukjent adresse. Totalt mottok dermed 93 deltakere spørreskjemaet, og 36 returnerte besvarte

skjemaer. Vi gjorde ingen purringer. Tre skjemaer inneholdt bare kommentarer om at deltakerne hadde falt fra tidlig i opplegget og derfor ikke anså det som viktig å besvare skjemaet. Av de 33 informantene hadde 15 fortsatt oppfølging fra Helsekilden, mens 18 hadde avsluttet oppfølgingen.

#### *Helsekildens henviste og deltakere ved deres første møte med Helsekilden*

Henvisningene inkluderte 90 kvinner og 20 menn, fra 19 til 79 år, med gjennomsnittsalder på 50 år. Nittisju var henvist til Helsekilden for å øke sitt fysiske aktivitetsnivå (tabell 1).

Rundt halvparten av henvisningene omfattet også kosthold. Det var få henvisninger til røykeslutt.

Muskelskjelettlidelser dominerte bildet av medisinske diagnoser, og overvekt, psykiske lidelser og hjerte-kar lidelser forekom også hyppig (tabell 2).

Legehenvvisninger og journalnotater fra helsesamtalene ga opplysninger om yrkesstatus: 31 var i arbeid, 20 uføretrygdet, 11 alderstrygdet, 10 hjemmевærende/uten arbeid, ni sykemeldte, fire studenter, mens data manglet for 14 personer.

Under første Helse-samtale registrerte vi hvordan deltakerne selv vurderte sitt fysiske aktivitetsnivå og kosthold. Bare fem vurderte seg selv til å være fysisk aktiv og oppga aktivitet flere timer i uka. De resterende 94 var lite eller svært lite fysisk aktive. Resultatene til deltakere som gjennomførte UKK gåtest, viste at deltakerne var i dårlig fysisk form. Dette var også tydelig når nye deltakere startet i aktivitetsgruppene. Over halvparten av deltakerne oppga at kostholdet ikke var bra, eller at de burde gjøre endringer i det.

De 33 informantene i spørreundersøkelsen oppga også generelt å være lite fysisk aktive og i dårlig fysisk form da de startet i Helsekilden. Cirka 70 prosent var fysisk aktive mindre enn to timer per uke. Av disse var over 40 prosent i aktivitet mindre enn én time i uka.

#### *Registrerte oppmøter på gruppeaktiviteter i Helsekildens regi*

Gjennomgang av deltakerlister fra gruppeaktiviteter, epikriser og journalnotater viste at 74 av de 99 deltakerne deltok på organisert fysisk aktivitet i regi av Helsekilden. Data på deres aktiviteter i regi av frivillige og private organisasjoner er ikke tilgjengelig. Tjueen var aktive i flere enn ett av Helsekildens tilbud innen fysisk aktivitet. Tjuetre deltok på kostholdskursene. Tabell 3 viser oppmøte i Helsekildens grupper.

Bassenggruppene inkluderte 53 deltakere, turgruppa 23 og bevegelsesgruppa seks. Turgruppa og den ene bassenggruppa eksisterte hele to-års-perioden, mens den andre bassenggruppa ble opprettet vinteren 2007, og bevegelsesgruppa våren 2008. Deltakerne hadde svært varierende oppmøte på aktivitetene (1-40 ganger). Tabell 4 viser antall oppmøter gjennomsnittlig per deltaker.

De 74 deltakerne hadde gjennomsnittlig oppmøte på 13 ganger, med størst oppmøte på bassengtrening. Nitten aktive deltakere i

**TABELL 3** Oppmøte i turgruppe, i bassenggruppe og totalt i aktivitetsgrupper i Helsekildens regi fra september 2006 til september 2008.

Antall ganger møtt i gruppe	Turgruppe	Bassenggruppe	Bevegelsesgruppe	Totalt antall deltakere for alle grupper
1-4	12	16	4	25
5-9	13	12		14
10-14	3	15	1	14
15-19	5	3	1	6
> 20	3	7		15
<b>Sum deltakere</b>	<b>36</b>	<b>53</b>	<b>6</b>	<b>74</b>

**TABELL 4** Totalt oppmøte og gjennomsnittlig oppmøte per deltaker i de ulike Helsekildengruppene i perioden september 2006 til september 2008.

Aktivitet	Totalt oppmøte (antall ganger)	Gjennomsnitt per deltaker
Gågruppe	344 (n=36)	9,6
Bassenggrupper	599 (n=53)	11,3
Bevegelsesgruppe	32 (n=6)	5,3
Alle aktiviteter	975 (n=74)	13,2

**TABELL 5** Informanter (gruppen som besvarte spørreskjemaet) i de ulike aktivitetskategoriene før, under og etter oppfølging\*.

Aktivitetsnivå	Før oppfølging	Under oppfølging	Etter oppfølging
0-2 timer per uke	22 (71 %)	8 (24 %)	4 (24 %)
2-4 timer per uke	6 (19 %)	14 (45 %)	10 (59 %)
Over 4 timer per uke	3 (10 %)	10 (33 %)	3 (18 %)
<b>Sum</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>17</b>

\*Mange av informantene har fortsatt oppfølging fra Helsekilden og har dermed ikke besvart spørsmålet om aktivitetsnivå etter oppfølging.

gruppetilbudene i september 2008 fortsatte i Helsekilden etter registreringsavslutning. Tjuvfem deltok ikke i organisert fysisk aktivitet i regi av Helsekilden, og 25 deltok mindre enn fem ganger totalt i gruppetilbudene. Tre av disse var i startfasen av opplegget da registreringen ble gjort og fortsatte i Helsekildens gruppetilbud. Tre hadde behov for tettere oppfølging og fikk innvilget en kommunalt ansatt treningskontakt med opplæring i treningslære, rus og psykiatri. Fra helsesamtalene vet vi at flere gikk over i andre tilbud hos frivillige eller private organisasjoner, og mange drev egentrening. Vi mangler registreringer både over antallet som ikke kom i gang med fysisk aktivitet, og antall og oppmøte på aktivitet gjennomført andre steder, inklusive Helsekilden-gruppen til Friskis og Svettis.

### Informantenes aktiviteter og endringer

Tjuesju oppga å delta i fysisk aktivitet i regi av Helsekilden: 20 på bassengtrening, 11 på turgruppe og tre på bevegelsesgruppe. Fem

deltok på kostholdskurs. Sju deltok på mer enn et tilbud, to utelukkende på kostholdskurs og fire deltok ikke på noen av Helsekildens tilbud. Fjorten deltok i organisert fysisk aktivitet i regi av andre. Tjue av informantene økte aktivitetsnivået i oppfølgingsperioden. Antallet fysisk aktive mindre enn to timer per uke ble mer enn halvert (tabell 5).

Gruppen fysisk aktive fra to til fire timer ble mer enn doblet under oppfølgingsperioden, og gruppen fysisk aktive mer enn fire timer per uke ble tredoblet. Noen rapporterte å redusere aktivitetsnivået sitt noe etter at oppfølgingen var avsluttet. Få så imidlertid ut til å gå tilbake til et like lavt fysisk aktivitetsnivå som de hadde tidligere. Cirka en fjerdedel var lite fysisk aktive gjennom hele oppfølgingsperioden.

I alt 16 av informantene gjorde kostholdsendringer i oppfølgingsperioden.

Fjorten oppga å ha gjort varige endringer i kostholdet sitt, sju av disse hadde fortsatt oppfølging fra Helsekilden.

Fra helsesamtalene har vi inntrykk av at

mange av deltakerne har gjort endringer i kostholdet sitt, men vi mangler eksakte data på dette.

### Tilfredshet med oppfølgingen

Deltakerne i Helsekilden har gitt hyppige muntlige tilbakemeldinger om at det oppleves motiverende og trygt å ha en kontaktperson som følger opp jevnlig. Skjemaet for registrering av egenaktivitet har virket både motiverende og fungert som en realitetsorientering, da mange først blir klar over hvor lite de er i aktivitet når de har skrevet det ned over tid. Fellesskapet på treningene har vært viktig for mange. Det har vært godt å være i en gruppe der alle har noenlunde samme forutsetninger, og gitt trygghet at fysioterapeuter med kunnskap både innen trening, helse og sykdomslære, har ledet treningen. Flere av deltakerne har funnet «treningsvenner». Dette har gjort det lettere for noen å opprettholde aktivitetsnivået etter avslutning i Helsekilden.

Tjueseks av informantene oppga å være fornøyde med oppfølgingen fra Helsekilden, seks var usikre og én unnlot å besvare spørsmålet. I kommentarene oppga en informant at skjemaet for registrering av egenaktivitet ga motivasjon til å øke aktivitetsnivået, og at Helsekilden ga en starthjelp til å komme i gang med fysisk aktivitet. En annen skrev at oppfølgingen på tekstmeldinger og telefon hadde vært en god støtte, og en tredje at Helsekilden hadde bidratt til at vedkommende var tilbake i full jobb. Noen oppga at det positive sosiale miljøet på aktivitetene inspirerte til å delta. En informant mente Helsekilden ga gode tips og starthjelp, og at ansvaret for videre endring nå var hans/hennes eget. Det var ingen negative kommentarer.

Flere informanter savnet mer personlig oppfølging på kosthold. Noen ønsket seg konkrete menyer for å redusere kaloriinnhold og mulighet til å komme og veie seg jevnlig. En informant ønsket at Helsekilden hadde tilgang på psykolog. En annen ønsket seg tettere oppfølging fra Helsekilden når han/hun skulle begynne å trene hos Friskis og Svettis. Noen ønsket seg flere aktivitets-tilbud, tilbud på kveldstid og tettere oppfølging enn vi kunne tilby dem.

### Diskusjon Frem til i dag

Evalueringen vår har store metodiske svakheter. Vi mangler kontrollgruppe og kan

ikke si om deltakelse i Helsekilden er årsak til endringene. Spørreundersøkelsen har lav svarprosent og gir bare informasjon om et lite utvalg av deltakerne. Resultatene derfra må tolkes med stor forsiktighet, og det er usannsynlig at hele deltakergruppen gjorde tilsvarende endringer som informantene. Vi burde gjort purringer for å øke svarprosenten. Også opplysninger som kom fram i helsesamtalene må tolkes med forsiktighet, da de kan være påvirket av fysioterapeutens tanker, ønsker og meninger. Vi er dessuten ikke sikre på at deltakerne gir all relevant informasjon under samtalene. Vi ser i ettertid at vi skulle ha samlet inn alle egentrenings-skjemaene, samt foretatt registreringer i treningsgruppene til samarbeidspartnerne og gjort nøyaktige registreringer på all utført aktivitet.

Vi vet imidlertid at de fleste deltakerne var lite fysisk aktive da de startet oppfølging i Helsekilden. Syttiseks av totalgruppen på 99, og 29 av de 33 informantene fra spørreundersøkelsen, deltok i Helsekildens treningsgrupper. Totalgruppen og informantene har noenlunde lik fordeling på deltakelse i flere gruppetilbud, og Helsekilden har dermed sannsynligvis bidratt til økt fysisk aktivitet hos svært mange deltakere. Den registrerte gjennomsnittlige treningsdosen på 13 oppmøter per deltaker er liten, og gir et skjevt bilde, siden mange av deltakerne var i oppstartfasen da registreringen ble gjennomført. I tillegg gjennomførte mange trening i regi av andre eller på egenhånd.

For den fjerdedelen av deltakerne som benyttet seg av Helsekildens gruppetilbud over en lengre tidsperiode flere ganger i uka, har Helsekilden sannsynligvis spilt en viktig rolle i forhold til å øke fysisk aktivitetsnivå. En gruppe av informantene så til en viss grad ut til å opprettholde livsstilsendringene i etterkant av oppfølgingen. Vi vet imidlertid lite om hvordan det gikk med resten av deltakerne etter avslutning av oppfølgingen.

Det er bekymringsfullt at 23 deltakere fra totalgruppen ikke deltok i Helsekildens aktivitetstilbud, at 19 deltok mindre enn fem ganger, og tilsvarende at cirka en fjerdedel av informantene verken økte sitt fysiske aktivitetsnivå eller gjorde endringer i kosthold. For 42 deltakere mangler vi dermed informasjon om mulige livsstilsendringer. Opplysninger fra helsesamtalene antyder at en gruppe av disse utførte fysisk aktivitet på egenhånd og i regi av frivillige og private aktører. De resterende deltakerne har i liten



## Vår ressursbruk som fysioterapeuter kan forsvares fordi Helsekilden bidrar til økt fysisk aktivitet.

grad gjort livsstilsendringer. Vår erfaring er at noen deltakere ikke var klare for å starte opp endringsprosessen. Vi fulgte dem opp med samtaler og unngikk å presse dem inn i en endringsprosess. Det var imidlertid få som valgte å avslutte oppfølgingen underveis i opplegget. De aller fleste gjennomførte avtaler og samtaler, men en gruppe lyktes sannsynligvis ikke med å gjennomføre de avtalte endringene. Noen av disse har henvendt seg til oss på et senere tidspunkt for å starte endringsprosessen. Det er selvsagt også en gruppe deltakere som Helsekildens tilbud ikke passet for, og som ikke lyktes, fordi de ikke fikk den oppfølgingen de ønsket.

Vi ønsket at Helsekilden skulle være et lavterskeltilbud innen livsstilsendring, og også bidra til å redusere sosiale helseforskjeller. Helsekilden ser ut til å ha lykket med å nå ulike sosiale grupper, men rekrutterer få menn og røykere. Et annet spørsmål er om 110 henviste i løpet av to år er det en burde forvente i en kommune med 20 000 innbyggere. Helsekilden har en utfordring i forhold til å rekruttere flere deltakere.

### Veien videre

Samhandlingsreformen setter kommunale lavterskeltilbud (frisklivssentraler) ytterligere på dagsorden (6). I Aust-Agder er Helsekilden nå etablert i syv kommuner, og flere kommuner starter opp i 2010. Vi synes det er riktig at fysioterapeuter, med sin kunnskap om trening, helse, livsstilssykdommer og kommunikasjon, blir viktige brikker i etablering og drift av kommunale «frisklivssentraler». Det er likevel vanskelig å sette ordinære fysioterapioppgaver opp mot dette arbeidet og gjøre prioriteringer. Siden vi i Grimstad bruker rundt 50 prosent fysioterapistilling på arbeidet med Helsekilden uten tilførte ressurser, prioriterer vi nye skader og lidelser og personer med opptreningspotensial, men må redusere tilbudet til voksne/eldre på institusjon og hjemme. Beboere på institusjoner med behov for vedlikeholdsbehandling, får utarbeidet et treningsprogram,

og personalet får veiledning. Hjemmeboende som kan forflytte seg ute, blir henvist til privatpraktiserende fysioterapeut.

Kostnadene av livsstilssykdommer er enorme, både for enkeltindividet og samfunnet som helhet (1). Siden aktivitetsgruppene hadde stor deltakelse og nær halvparten av informantene både økte sitt aktivitetsnivå og gjorde endringer i kosthold, mener vi at Helsekildens ressursbruk sannsynligvis er berettiget. Livsstilsendring er en langvarig og krevende prosess (2). Vi håper Helsekilden kan bidra til at flere vil gå inn i en endringsprosess.

Kanskje burde vi kreve at deltakerne skal delta på et minimum av Helsekildens aktivitetstilbud? Selv om det sannsynligvis er lettere for deltakere med tett oppfølging i grupper å lykkes med livsstilsendring, ønsker vi at Helsekilden skal tilby oppfølging til et så bredt spekter deltakere som mulig, og også til dem som ønsker å gjøre mer på egenhånd eller i regi av frivillige eller private organisasjoner. Vi må imidlertid jobbe med å skape et tettere samarbeid med de ulike organisasjonene for å øke kvaliteten på oppfølgingen deltakerne får der.

Som et resultat av evalueringen har vi gjort noen endringer i opplegget. Vi har nå mobiltelefon som deltakerne kan ringe/ sende meldinger til utenom åpningstiden til Helsekilden. Deltakerne får ved oppstart utdelt et hefte med kontrakt på hvilke endringer de skal gjøre, diverse treningsprogram, kostholdsråd og tips fra røyketelefonen. Vi har utvidet gruppetilbudet med sirkeltrening, fysio-pilates og spinning, og vurderer endring eller avslutning i bevegelsesgruppa grunnet lavt oppmøte. UKK-testen er erstattet med en tredemølletest med fast gangtid. Vi tilbyr frivillig veiing på spesialvekt, og har innledet et samarbeid med kostholdsopplegget Libra, som er anbefalt av Sosial- og helsedirektoratet. Libra arrangerer egne åtte ukers kostholdskurs for Helsekildens deltakere med personlig oppfølging.

Vi må arbeide med å bedre tilbudet innen røykeslutt, og vurderer samarbeid med na-

bokommuner i forhold til røykesluttkurs og muligheter for individuell oppfølging. Vi jobber for å få et tettere samarbeid med psykiatrisk sykepleier.

Det er en stor utfordring å legge til rette for at deltakerne skal lykkes med å opprettholde aktivitet i etterkant av oppfølgingen fra Helsekilden. En gruppe deltakere vil komme greit i gang med trening på egenhånd og/eller i regi av andre. For noen er imidlertid overgangen til å klare seg på egenhånd vanskelig. Vi vurderer løsninger med selvhjelpsgrupper og felles oppmøte med fysioterapeut to ganger i halvåret på noen frivillige aktivitetstilbud. Siden spinninggruppa foregår i lokalene til Friskis og Svettis, blir det lettere å gå over i annen aktivitet der og sannsynligvis også andre steder. Vi mener likevel at kommunen trolig må beholde ansvaret for noen av deltakerne, spesielt dem med omfattende psykiske lidelser.

Vi ønsker innspill fra andre som arbeider med modeller for livsstilsendring. Det er behov for mer kunnskap og forskning både i forhold til hvordan sentralene for livsstilsendring bør drives og organiseres, og på endringseffekter over tid hos deltakerne. Vi håper at modellene som prøves ut i de fem prosjektfylkene, vil resultere i økt nasjonal satsing og bidra til at vi får en felles modell som kan tilpasses og brukes i resten av landet.

## Oppsummerende avslutning

Lavterskeltilbudet Helsekilden i Grimstad, som drives av kommunalt ansatte fysioterapeuter, mottok 110 legehenvendelser med ønske om livsstilsendring angående fysisk aktivitet, kosthold og røyking i perioden september 2006 til september 2008. Høsten 2008 ble det igangsatt en evaluering av Helsekilden. Syttiseks av de henviste deltok i grupper med fysisk aktivitet og kostholdskurs i perioden. Siden så mange deltok i aktiviteter som ellers mangler i de ordinære fritidstilbudene, mener vi at Helsekilden og vår ressursbruk som fysioterapeuter kan for-

**Title: «Helsekilden» - a low threshold model for changing lifestyles**

**Abstract**

- «Helsekilden» (The Source of Health) is a Norwegian community based low threshold model developed to encourage lifestyle changes, in relation to smoking, nutrition and physical activity. «Helsekilden» offers individualized follow-up in form of conversation and different groups for physical activity and diet. The follow-up is initially 12 weeks, but is usually extended to approximately a year.
- From September 2006 until September 2008 «Helsekilden» in Grimstad received medical referrals concerning 90 women and 20 men, with an average age of 50 years. Eleven persons did not show up for the first conversation, which resulted in 99 participants for the follow up program by «Helsekilden». Seventy-six of these participated in physical activity or diet courses.
- Musculo-skeletal disorders, obesity, psychological disorders and cardiovascular diseases were frequently reported among the participants. Physical inactivity was the most common cause of referral. Half of the referrals were also related to diet. There were few referrals regarding smoking.
- In a follow-up survey in 2008, we got informative answers from 31 of the original 99 participants regarding physical activity, and from 33 regarding diet. Twenty of the participants increased their level of activity during the program, and 16 reported changes in their diet.
- **Keywords:** Life style changes, Health Promotion, Community Health Center, Physical Therapy Modalities, Physical Therapy Speciality

svares. På tross av store metodiske svakheter og usikkerhet rundt evalueringen mener vi likevel at de ulike informasjonskildene, sett i sammenheng med våre erfaringer fra arbeidet, har gitt oss viktige opplysninger om hvordan Helsekilden har fungert og gitt en legitimering av virksomheten i tillegg til ideer til forbedringer. I arbeidet fremover har vi fokus på kvalitet, på oppfølging og utvidelse av tilbud.

### Litteratur

1. Stortingsmelding nr. 16. «Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken». Oslo: Helsedepartementet, 2002-2003.
2. Mæland JG. «Forebyggende helsearbeid. I teori og praksis». Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
3. Grønn resept - et veiledningshefte til legen. Oslo: Sosial og Helsedirektoratet, 2005.
4. Bringedal B og Aasland OG. «Legers bruk og vurdering av

grønn resept ordninga». Tidsskrift for Den norske legeförening 2006; 126: 1036-1038.

5. Bråtevik FO, Tønnesen A, Barstad J et al. «Ein resept å gå for? Evaluering av modeller for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthold». Arbeidsrapport nr 225. Volda: Møreforskning, 2008.

6. Stortingsmelding nr. 47. «Samhandlingsreformen». Oslo: Helsedepartementet, 2008-2009.

7. Aust-Agder Fylkeskommune. Strategidokument Folkehelse i Agder. Tilgjengelig på: [www.aa-f.kommune.no/file.axd?fileID=1893](http://www.aa-f.kommune.no/file.axd?fileID=1893).

8. Statistisk sentralbyrå: Tilgjengelig på [www.ssb.no/kommuner](http://www.ssb.no/kommuner).

9. Bedre Helse Aust-Agder. Stikkord til helsesamtalen. Arendal: Partnerskap for folkehelse i Agder, 2006.

10. Barth T, Børtveit T og Prescott P. «Endringsfokuset rådgivning». Oslo: Gyldendal norsk forlag AS, 2001.

11. Laukkanen R. «Development and evaluation of a 2-km walking test for assessing maximal aerobic power of adults in field conditions». Kuopio University Publications. D Medical Sciences 23. Tampere: University of Kuopio. UKK Institute, 1993.

12. Næss O, Rognerud M og Strand BH. Rapport 2007:1 «Sosial ulikhet i helse. En faktarapport». Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007.

**Follo Corpus - Norskproduserte behandlingsbenker.**  
**Kvalitet - komfort - pålitelighet.**

  
**FOLLO FUTURA**  
[www.follo-futura.no](http://www.follo-futura.no)