

Finn Ove Båtevik, Anders Tønnesen, Johan Barstad,
Randi Bergem og Unni Aarflot

Ein resept å gå for?

Evaluering av modellar for fysisk aktivitet,
røykeslutt og sunt kosthald

Kortversjon

Prosjekttittel	Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald
Prosjektansvarleg	Møreforskning Volda
Prosjektleder	Finn Ove Båtevik
Finansiering	Sosial- og helsedirektoratet
Utgivar	Møreforskning Volda
ISBN	978-82-7692-290-5 (elektronisk utgåve)
ISSN	0805-6609
Sats	Finn Ove Båtevik
Distribusjon	http://www.moreforsk.no/volda.htm http://www.hivolda.no/fou

© Forfattar/Møreforskning Volda

Føresegnene i åndsverklova gjeld for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller framstille eksemplar til privat bruk. Utan særskild avtale med forfattar/Møreforskning Volda er all anna eksemplarframstilling og tilgjengeleggjering berre tillate så langt det har heimel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavarar til åndsverk.

Arbeidsrapportserien er for faglege og vitskaplege arbeid som ikkje fullt ut stettar krava til forskingsrapportar. Det kan vere delrapportar innanfor større prosjekt, eller læremateriell knytt til undervisningsføremål.

Arbeidsrapportane skal vere godkjende av anten dekanus, gruppeleiar, prosjektleder (for IAAI: instituttleiar) eller ein annan fagperson dei har utpeika og forskingskoordinator ved HVO.

Kvalitetssikringa skal utførast av ein annan enn forfattar.

Forord

Dette er kortversjonen av rapporten *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald* (jf. hovudrapporten Båtevik m. fl. 2008). Arbeidet er basert på eit oppdrag gjennomført for Helsedirektoratet. I 2005 løyvde Helsedirektoratet midlar for utprøving tre modellar; Frisklivsmodellen, Fysiotekmodellen og Kompetansmodellen. Gjennom desse modellane har det vore arbeidd med å legge til rette for ordningar som kunne gi oppfølging til grupper som fall utanfor dei eksisterande tilboda for trening og rettleiing med tanke på endring av levevanar. Erfaringar, mellom anna frå ordninga med Grøn resept, viste at endring av levevanar ofte krev eit system for oppfølging av den enkelte. Denne rapporten ser på det utviklingsarbeidet som har vore gjort i forhold til å lukkast med å organisere, forankre og implementere dei aktuelle modellane. Utviklingsarbeidet omfattar i alt 32 kommunar fordelt på fem fylke. Vidare ser den på dei erfaringane ein har gjort med modellane, ikkje minst sett frå brukarsida.

Arbeidet med evalueringa er basert på informasjon frå mange kjelder. Ansvarlege for utviklingsarbeidet, både i kommunane og fylka, har vore nøkkelinformantar både i forhold til å skaffe informasjon og å vere døropnarar for at vi kunne kome i kontakt både med andre involverte i utviklingsarbeidet og med brukarane av dei lokale ordningane. Ei stor takk for den hjelpa vi har fått av desse. Vi må også takke brukarar av ordningane for at vi har kunne få innblikk i deira oppleving av det tilbodet dei har fått.

I arbeidet med datainnsamling og datainnlegging har vi hatt god hjelp av Cecilie Rørstad, Arild Eliassen og Arve Mattland Båtevik.

Avdelingsdirektør Henriette Øien har vore kontaktperson i Helsedirektoratet under arbeidet med evalueringa. Vi vil takke både henne og kollegaene hennar så mykje for eit godt og konstruktivt samarbeid.

Finn Ove Båtevik (prosjektleder)
Anders Tønnesen
Johan Barstad
Randi Bergem
Unni Aarflot

Volda, 31. oktober 2008

Forord.....	3
Perspektiv på evalueringa.....	5
Datagrunnlag	8
Mobilisering og utviklingsarbeid	9
Organisering av reseptordninga	10
Tilvisar i sentral posisjon.....	15
Om å nå dei rette – målgruppe, deltaking og rekruttering.....	17
Reseptperioden – tett oppfølging og nøgde brukarar.....	21
Når reseptperioden er over – kva skjer?	24
Erfaringar og spørsmål til drøfting	27
Referansar	30

Perspektiv på evalueringa

Bakgrunn

I Stortingsmelding 16 (2002-03), *Resept for et sunnere Norge*, kom det framlegg om å innføre ein takst for legar for å stimulere til meir rettleiing om livsstilsendring i helsetenesta. Dette som eit alternativ til medikamentell handsaming av pasientar med høg risiko for hjarte- og karsjukdomar. Dette la grunnlag for ordninga med "Grøn resept", ei ordning der det vart lagt til rette for ein eigen takst for legar som gav slik rettleiing. Taksten er avgrensa til diagnosane høgt blodtrykk og type 2-diabetes, og blir utløyst når Grøn resept blir brukt som alternativ til medikament. Ordninga med Grøn resept blei seinare evaluert, der det mellom anna blei konkludert med at målgruppa var for snever, at den var for byråkratisk, at legane i for liten grad var involverte i utviklinga av ordninga og at ein mangla oppfølgingstilbod til dei som fekk resepten (Bringedal og Aasland 2005).

Samstundes hadde mange kommunar, uavhengig av ordninga med Grøn resept, opparbeidd seg erfaringar med tilrettelegging av lågterskeltiltak gjennom det såkalla FYSAK-arbeidet.¹ Helsedirektoratet hadde positive erfaringar med dette arbeidet, men såg ei utfordring i å nå dei gruppene som fall utanfor dei eksisterande tilboda for trening og rettleiing for endring av levevanar.² Helsedirektoratet opplevde difor at det var behov for å utvikle modellar for å nå nettopp desse gruppene. Direktoratet gjekk difor inn med økonomiske midlar i 2005 for å prøve ut ordningar basert på tre modellar; Frisklivsmodellen, Fysiotekmodellen og Kompetansemodellen. Desse modellane vart vurderte som eigna for pasientar som hadde fått Grøn resept og som hadde behov for oppfølging for å kome i gang med endring av eigne levevanar. Fire fylke vart plukka ut for å prøve ut modellane; Nordland, Buskerud, Troms og Oppland.³ Vest-Agder har arbeidd med liknande ordningar parallelt med desse fire fylka, og har i praksis vorte eit femte fylke for utprøving av modellane.

Gjennom det utviklingsarbeidet som følgde i fylka og i tilknytte kommunar, vart det lagt til rette for ulike lokale variantar av ei reseptordning som skil seg frå Grøn resept. Diagnosegruppene vart til dømes definert vidare enn kva som

¹ FYSAK Nordland vart etablert som eit modellprogram for fysisk aktivitet i utvalde kommunar i Nordland i 1995/96 og varte ut 1999. Vart vidareført som eit fast fylkeskommunalt arbeidsområde frå og med år 2000. Modellen er basert på eit regionalt samarbeid mellom fleire aktørar. I 2005 var det i alt 12 FYSAK-fylke.

Meir informasjon om FYSAK: http://www.shdir.no/fysiskaktivitet/fysak_8579

² I rapporten brukar vi namnet Helsedirektoratet, sjølv om det tidlegare hadde namnet Sosial- og helsedirektoratet.

³ Det har ikkje vore mogleg å følgje opp aktiviteten i Troms like tett som i dei andre fylka. Fleire av kommunane i Troms var i ferd med å justere kurs for eigne opplegg, på den tida vi samla inn våre data. Det vart arbeidd for å utvikle opplegg basert på erfaringar i dei andre fylka. Resultatet var at det var vanskeleg å få inn svar frå kommunane i Troms. Det kom inn berre eitt svar på spørjeskjemaet som blei sendt ut til mottakssentralane. I løpet av den perioden vi registrerte nye brukarar til reseptordninga gjennom individundersøkinga, vart ingen registrerte i Troms. Dermed fall mykje av grunnlaget for ei tett oppfølging av arbeidet i Troms bort.

var tilfelle for Grøn resept. Arbeidet med å utvikle ordningar for oppfølging av den enkelte reseptdeltakar var sentralt. Reseptordninga fekk også ulike namn, avhengig av kva fylke og i somme tilfelle også avhengig av kommune ordninga var utvikla i. Namn som ”Trim på resept”, ”Aktivitet på resept” og ”Opplandsresepten” er døme på dette.

Det er desse ordningane som blir evaluerte i denne rapporten. Felles for ordningane er at dei representerer ulike modellar for lågterskeltiltak for grupper som har behov for oppfølging for å kome i gang med fysisk aktivitet, kosthald og røykeslutt. Det er ikkje snakk om ei reseptordning, men ulike variantar av reseptordningar, baserte på dei modellane som ligg til grunn for arbeidet i kvart fylke. I rapporten brukar vi likevel samlenemninga ”reseptordninga”, samstundes som vi i framstillinga både legg vekt på felles trekk og særtrekk ved dei lokale ordningane.⁴

Ordningane som er prøvd er basert på at tilvisar, i hovudsak legar, kan sende eigne pasientar vidare til ein eigen sentral i kommunen (Frisklivssentral eller Fysiotek).⁵ Med utgangspunkt i ei eiga helsesamtale ved denne sentralen blir det lagt opp til eit løp for å hjelpe den enkelte til å endre eigne levevanar, anten det er snakk om fysisk aktivitet, røyking eller kosthald. Det har vore prøvd ut eit opplegg der sentralane sjølve har tilbod om oppfølging av den enkelte i ein periode på tre månader. Det er også prøvd ut eit opplegg der oppfølginga primært skjer utanfor sentralen, der den enkelte får eit tilbod organisert gjennom lag, organisasjonar, treningssenter ol. Det er lagt opp til at kostnaden ved deltakinga i reseptperioden skal vere låg.

Problemstillingar

Evalueringa skal gi svar på to problemstillingar. For det første er spørsmålet i kva grad ulike modellar for fysisk aktivitet, sunt kosthald og røykeslutt kan legge til rette for endringar i levevanar gjennom lågterskeltilbod. Dette er knytt til dei opplevingane og erfaringane brukarane med ordningane gjer seg. Set deltaking i ordninga i gang endringsprosessar hos dei som blir knytte til den? For det andre er spørsmålet kva faktorar som er viktige i forhold til å lukkast med å organisere, forankre og implementere dei aktuelle modellane lokalt. Dette er knytt til lokale og regionale prosessar som har vore vesentlege for igangsettinga og gjennomføringa av utviklingsarbeidet.

⁴ Ut frå dette nyttar vi omgrep som reseptperiode, reseptdeltakar, reseptbrukar og reseptgruppe

⁵ Omgrepa Fysiotek og Frisklivssentral blir i ein del tilfelle nytta om kvarandre i kommunane. Vi nyttar likevel desse nemningane for å skilje dei to grunnmodellane i arbeidet, der Oppland følgjer Fysiotekmodellen og Buskerud, Nordland og Vest-Agder følgjer Frisklivsmodellen. Hovudskiljet mellom desse går på at ein i Fysiotekmodellen legg opp til at aktivitetane i hovudsak skal gjennomførast av andre aktørar (frivillige lag, organisasjonar, kommersielle aktørar eller offentlege tilbydarar) medan Fysioteket skal ivareta motivasjonssamtalen, klarleggje moglege aktivitetsmulegheiter for dei enkelte og vise desse vidare til ein tilbydar.

Problemstillingane er basert på ei erkjenning av at det er ei stor utfordring å legge forholda til rette for at folk skal lukkast med endringar av levevanar (Mæland 2005). Målet med evalueringa er såleis å skaffe kunnskap om i kva grad lokale støttetiltak kan medverke til slike endringar, og kva vilkår som må vere oppfylt for at ein kan få til dette. Evalueringa er ikkje lagt opp med tanke på å måle effekten av fysisk aktivitet, sunt kosthald og røykeslutt. Spørsmålet er derimot i kva grad dei aktuelle modellane er eigna for å få folk til å endre levevanar.

Perspektiv på evalueringa

Det er viktig å understreke at den følgjande evalueringa handlar om eit utviklingsarbeid. Vi har gått inn i lokale utviklingsprosessar og sett på dei erfaringar som ein har gjort seg med utprøving av ulike modellar for lågterskeltiltak for grupper som har behov for å oppfølging for å kome i gang med fysisk aktivitet, kosthald og røykeslutt. Vi presenterer eit tidsbilete av desse prosessane, og kan vurdere sterke og svake sider ved det arbeidet som har vore gjort. Eit sentralt spørsmål for oss vil vere kva erfaringar ein kan ta med seg frå dette utviklingsarbeidet, dersom ein ønskjer å bygge vidare på dette arbeidet for å legge til rette for nasjonale ordningar for slike lågterskeltiltak.

Gjennom evalueringa er det sentralt å få fram brukarefaringane med reseptordninga. Det er reseptbrukarane ordninga skal gi hjelp til å endre egne levevanar. Vi legg i evalueringa stor vekt på korleis brukarane sjølve opplever det tilbodet dei får. Sjølvopplevde effektar av ordninga blir såleis sentrale i evalueringa. Dette ut frå ein tanke om at dersom den enkelte får tiltru til at han eller ho sjølve kan medverke til å endre eigen situasjon, blir det også lettare å halde oppe eigen motivasjon over tid (Barth m. fl 2001). Tre månader med deltaking på reseptordninga vil uansett berre vere ein start i forhold til å etablere varige endringar i levevanar.

Datagrunnlag

Evalueringa av *Modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald* skal vurdere i kva grad dei lokale reseptordningane som er utvikla, er egna til å legge til rette for endringar i levevanar gjennom lågterskeltilbod. Vidare er det eit mål å vinne innsikt i kva faktorar som spelar inn i forhold til å lukkast med å organisere, forankre og implementere dei ulike modellane lokalt. Desse problemstillingane gjer at evalueringa må basere seg på eit breitt datamateriale som inkluderer data på systemnivå og på individnivå.

Gjennom evalueringa er det samla informasjon om mangfaldet i utviklingsarbeid, organisering og gjennomføring av ordninga gjennom data på systemnivå. I tillegg har det blitt samla inn data på individnivå for å hente inn erfaringar frå brukarane av ordninga. Dette har gjort det mogleg å sjå ordninga frå ulike perspektiv. Breidde i kjeldene har gitt oss innfallsvinklar som utfyller kvarandre. Dette gir ei metodetriangulering, der ein gjennom bruk av fleire metodiske tilnærmingar, forskarar og informasjonskjelder kan få stadfesta eller falsifisert forskingsresultata (Hay 2000). Metodisk triangulering blir nytta for å sikre kvalitet i forskinga og for å gi ei mest mogleg heilskapleg forståing av fenomenene som blir studerte.

Datamaterialet er samla på følgjande måte:

- kartlegging gjennom spørjeskjema blant mottakssentralane (svar frå 30 av 35 mottakssentralar/kommunar ved første inn samling og 22 oppfølgjande undersøking)⁶
- kartlegging av aktiviteten på fylkesnivå gjennom kvalitative intervju over telefon
- feltarbeid med kvalitative intervju der vi har sett nærare på aktiviteten i 16 kommunar, kombinert med oppfølging gjennom telefonintervju i fire andre kommunar
- kvantitativ spørjeundersøking blant legar (124 av 255 legar svara på skjemaet (svarprosent 49) – tre av desse hadde ikkje kjennskap til ordninga)
- kvantitativ spørjeundersøking blant brukarane av reseptordninga (alle nye brukarar som vart registrerte inn i ordninga fekk våren/sommaren 2007 spørsmål om dei ønskte å vere med på undersøkinga vår.

Skjema vart sendt ut til dei same personane i tre rundar; ved reseptstart, ved reseptslutt og eit halvt år etter reseptslutt. I alt 190 personar svara på skjemaet i første runde (svarprosent 75 prosent). I runde to kom det inn 145 svar (svarprosent 57), mot 120 i runde tre (svarprosent 47). Av dei 120 som svara i siste runde, var 21 framleis på reseptordninga (hadde fått ny resept). Dei siste er utelatne i analysane av situasjonen eit halvt år etter reseptslutt.

⁶ Vi har av pedagogiske grunnar brukt prosenttal når vi presenterer resultata frå kartlegginga på mottakssentralane, trass i at talgrunnlaget er lite.

Mobilisering og utviklingsarbeid

Det lokale nivået har vore sentralt i det utviklingsarbeidet som har vore knytt til reseptordninga. Utviklinga av prosjektet har vore heilt avhengig av dei prosessane ein har fått til lokalt. I dette arbeidet har fylka både vore viktige fødselshjelparar og hatt viktige støttefunksjonar.

Regionale aktørar

Sjølv om mykje av det praktiske utviklingsarbeidet har skjedd på lokalt nivå, har fylka hatt ei viktig koordinerande rolle. I Buskerud blir det mellom anna peikt på at: For det første har fylka hatt ein viktig rolle i oppstarten. Fylka tok initiativ overfor kommunane og inviterte dei til å vere med.

Sett frå dei som har vore ansvarlege for prosjekta lokalt er det særleg tre forhold som gjer rolla til fylkesnivået sentral i oppstartfasen:

- Som ein viktig medspelar for å kome i gang
- Som ein medspelar i forhold til politisk nivå i kommunane, som både har arbeidd med å skape forståing og legitimitet for arbeidet lokalt og for å mobilisere kommunale midlar.
- Som ein aktør som har medverka til arbeidet økonomisk

Den viktigaste rolla fylkesnivået har hatt ut over dette, er knytt til den faglege oppfølginga dei har hatt av prosjekta lokalt. Fylket har såleis arbeidd med å legge til rette for lokal forankring. Vidare har fylka vore engasjerte med å utvikle felles materiell som kan brukast i kommunane. Det kan både vere informasjonsmateriell, standardisering av reseptblokker og liknande. Her har det vore tett samarbeid på tvers av fylka.

Av problem i forholdet mellom lokalt og regionalt nivå har det vore peika på at det kan vere ei utfordring i kva grad kommunane skal ha felles tilnærming til opplegget og i kva grad opplegget skal vere tilpassa lokale forhold. Dette ser likevel ikkje ut til å vore noko reell utfordring for utviklingsarbeidet lokalt, i og med at det blir gitt uttrykk for at dei tilfella fylka har gått lengst i legge rammer for dei lokale prosjekta, har kommunane likevel fått vere med i ein dialog om utforming av prosjektet.

Interkommunalt samarbeid

I tillegg til samspelet mellom lokalt og regionalt nivå, har ein del av kommunane etablert samarbeid seg i mellom. I og med at Modum på mange måtar har hatt status som ein føregangskommune for utviklingsarbeidet, i alle høve for kommunane i Buskerud og Nordland, er det fleire som har hatt direkte kontakt til Modum. Dette har vore erfaringsutveksling i brei forstand, men også konkret samarbeid til dømes om utvikling av helsesamtalar, informasjonsmateriell osv. Fylka har eit overordna ansvar for nettverksarbeidet og har såleis vore eit viktig mellomledd. Det same gjeld i dei tilfelle der

kommunar har etablert nettverk på tvers av kommunegrensene i eige fylke. Nasjonale samlingar og konferansar med deltakarar frå lokalnivået har styrka grunnlaget for slik samhandling.

Lokale aktørar

Lokalt prosjektansvarlege. Det er knytt ein eigen stilling til reseptordninga i kvar kommune. Ofte utgjer dette ein del av ei stilling, til dømes i 20 prosent av kommunal fysioterapeutstilling. Til stillingane høyrer det praktiske arbeidet med å gjennomføre helsesamtalar, oppfølging av brukarane av resepten i ulik grad osv, i tillegg til lokal utvikling av ordninga. Dei som fyller desse stillingane har ulik bakgrunn. Den vanligaste fagbakgrunnen er fysioterapi, men det er også mange helse- og treningspedagogar i desse stillingane. Ernæringsfysiologar er berre unntaksvis representert.

Arbeidet starta med ei konkret etablering av sentral for mottak av brukarar, med ein stillingsdel knytt til denne. For kommunar med egne FYSAK-sentralar var sentralen knytt til denne. Med utgangspunkt i dette har utviklinga av sentralane gått vidare, både basert på egne erfaringar og erfaringar henta inn gjennom dei nettverka sentralane har vore ein del av.

Dei lokalt ansvarlege har, ofte i samarbeid med fylkesnivået, arbeidd aktivt for å trekke inn andre aktørar i arbeidet. Samstundes har dei stått for det praktiske utviklingsarbeidet med å etablere ordninga i eigen kommune.

Forankring. Det som blir vurdert som mest avgjerande er å kome i dialog med tilvisarane. I og med at legane har ei sentral rolle som tilvisarar, blir ofte forankring av ordninga hos dei lokale legekontora sett på som heilt avgjerande.

Nøkkelpersonar i kommuneadministrasjonen som ordførarar, rådmann, helse- og sosialsjef eller liknande, andre nøkkelpersonar som leiar av idrettsråd eller andre representantar for idretten, utgjer ofte saman med legane dei viktigaste samarbeidspartane for den lokale prosjektleiaren. Nokre få, men engasjerte samarbeidspartar i slike posisjonar, er ofte vurdert som ein grunnleggande føresetnad for å lukkast i å etablere prosjektet lokalt.

Mangel på lokale støttespelarar og forståing for arbeidet er eit av fleire forhold som har medverka til å bremse utviklingsarbeidet lokalt. Det same gjeld manglande ressursar. Dette gjeld ikkje minst når ein ikkje har hatt legar med på laget. Ein er også avhengig av at ordninga ikkje er for nært kopla mot ein enkeltperson, men at det er eit system som sikrar at fleire er involvert. Det at stillingsprosentane i reseptordninga i mange tilfelle er små og at det ofte er ein person som har ansvaret på mottakssentralen, gjer at dette kan bli ei utfordring.

Organisering av reseptordninga

Å legge forholda til rette for at folk skal lukkast med endring av levevanar er ei stor utfordring (Mæland 2005). Korleis reseptordninga er praktisk organisert er

difor avgjerande i høve om ein lukkast. Med basis i det støtteapparatet som har vore etablert på regionalt nivå og med forankringa av prosjektet som er gjort lokalt, har mykje av utviklingsarbeidet i prosjektet vore gjennomført i kvar enkelt kommune.

Mottakssentralane

Tabell1. Hovudtrekk ved dei ulike reseptmodellane i dei fire fylka

Hovudtrekk ved modellane i fylka				
	Nordland	Buskerud	Oppland	Vest-Agder
Type sentral	Frisklivs-sentralar	Frisklivs-sentralar	Fysiotek	Aktivitetsstad (liknar Frisklivs-sentralar på ein del punkt)
Driftsaktør	Kommunale sentralar	Kommunale sentralar	Kommunale fysiotek	Kommunale og private sentralar
Helsesamtale	Vanleg med to samtalar, ein i byrjinga og ein mot slutten av reseptperioden	Vanleg med to samtalar, ein i byrjinga og ein mot slutten av resept-perioden	Vanleg med tre samtalar i løpet av resept-perioden, eventuelt individuelle tilpassingar etter brukaren sine behov	Vanleg med to samtalar, ein i byrjinga og ein mot slutten av resept-perioden
Treningsform	Sentralane arrangerer gruppe-treningar Vanleg med to treningar i veka	Sentralane arrangerer gruppe-treningar Vanleg med to treningar i veka	Etter motivasjons-samtalen blir brukarane losa over til lokale lag, foreiningar eller private aktørar som tilbyr eigna aktivitet Eigentrening Vanleg med ein til to treningar i veka, eventuelt kombinert med eigenaktivitet	Sentralane arrangerer gruppe-treningar Vanleg med to treningar i veka

Det er etablert egne mottakssentralar for å få ordninga i gang, ofte med utspring i eksisterande strukturar lokalt. Her kan det likevel vere stor forskjell mellom kommunane, der ordninga i den eine kommunen kan ta utgangspunkt i

ein allereie eksisterande FYSAK-sentral, medan andre har vore avhengig av å bygge ordninga frå grunnen av. Sentralane har etablert ein fast struktur rundt ordninga, der regelen er at kvar deltakar startar og avsluttar reseptperioden med ein helsesamtale. Det blir vidare lagt til rette for eit opplegg for fysisk aktivitet, anten i tilknytning til sentralane eller via andre som kan tilby slik trening. I tillegg er det på ulike måtar lagt til rette for å integrere kosthald og røykeslutt som ein del av det opplegget brukarane får tilbod om.

Å nå ut med ordninga

Arbeidet med å nå ut med ordninga har primært to målgrupper som begge er like viktige for ordninga: potensielle brukarar og tilvisarar. I all hovudsak skjer spreiding av informasjon gjennom fem kanalar: brosjyrar, informasjonsspreiing på forskjellige møte, nettsider, lokale media og jungeltelegrafan.

Bruk av helsesamtaler

For å oppnå livsstilsendingar er det sentralt at brukaren sjølv tek tak i eigen situasjon for å betre eiga helse. Her har helsesamtalen ein sentral plass i alle fylka. Ein vellukka helsesamtale er eit startpunkt for dei som skal bruke ordninga. Utfallet av helsesamtalen er såleis viktig for det som skjer vidare. Det sentrale er å motivere brukaren til å ta tak i eigen situasjon, samt å gi han eller ho trua på eigne ressursar og evna til å ta styring over eige liv. Helsesamtalene er følgeleg lagt opp slik at brukarane sjølve skal trekkje konklusjonane i forhold til endringar i levemåte, framfor berre å bli fortalt kva dei skal gjere. I denne prosessen skal dei ansvarlege på mottakssentralen meir fungere som hjelpearar. Helsesamtalen blir brukt til å kartlegge helsetilstand og motivasjon, for så å ende ut med ein plan for gjennomføring, der målet er at den skal opplevast som realistisk for den det gjeld.

Helsesamtalen synest generelt å vere godt etablert, strukturert og i mange tilfelle utvikla ut frå eit klart teorigrunnlag. Det har vore fokusert på korleis ein skapar god kommunikasjon og oppbyggjande prosesser hos brukaren.

Kosthald og røykeslutt – integrerte delar av reseptordninga?

Hovudintrykket er at reseptordninga først og fremst handlar om fysisk aktivitet. Dette inneber likevel ikkje at det ikkje er tilbod innan kosthald og røykeslutt som brukarane av reseptordninga kan nytte seg av i kommunane.

Det er forskjellig integrering av kosthald og røyk i reseptordninga i dei ulike kommunane. Somme kommunar har faste kurs som til dømes er organisert gjennom FYSAK-sentralen. Andre har fast avtale med organisasjonar eller likande som kan tilby kurs, medan andre igjen berre sporadisk har kurstilbod.

Det er relativt vanleg å ta opp røyk og særleg kosthald i helsesamtalen. Ei årsak til at det kan vere noko meir fokus på kosthald kan ligge i at relativt få av dei som deltek i reseptordninga er røykarar. Sjølv om røyk og kosthald blir tatt opp

i helsesamtalen er det erfaringsmessig likevel ofte vanskeleg å følgje dette opp. Respondentar har peika på at fysisk aktivitet kan vere eit lettare startpunkt i forhold til endring av levevanar. Fleire tilrår difor deltakarane å ta ein ting om gongen.

Sterk vektlegging av fysisk aktivitet, kan også vere eit resultat av den kompetansen som er best representert på mottakssentralane. Ernæringsfysiologar står til dømes berre unntaksvis for gjennomføringa av helsesamtale og gjennomføring av aktiviteten.

Organisering av treninga

Treninga er ulikt organisert i dei ulike fylka. Frisklivssentralane utfører treninga sjølve. Fysioteka i Oppland sender brukarane vidare til lokale lag, foreiningar eller kommersielle aktørar som tilbyr aktuelle treningstilbod. Fysioteket tek såleis seg av motivasjonssamtalen, klarleggje moglege aktivitetsmulegheiter for dei enkelte for deretter å vise dei vidare til ein tilbydar.

I dei fleste tilfella er det lagt opp til to treningar for veka. Ei vanleg treningsøkt varer frå ein og opp til to timar. I Nordland, Buskerud og Vest-Agder er utetreninga ofte organisert som stavgang i grupper, der det er lagt inn ulike former for meir intensiv trening og øvingar i løpet av treningsturen. Det blir lagt vekt på at treninga skal tilpassast dei fysiske føresetnader brukarane har, samtidig som at treninga må ha ein viss intensitet for å ha effekt. I aktiviteten ute legg ein vekt på å bruke naturen; gjerne terrenget i nærområde. Det er vanleg at treninga er ein kombinasjon av inne- og utetrening. Innetreninga kan vere styrketrening og uttøying i etterkant av utetreninga. Det kan også vere eigne treningsdagar som er sett av til ulike former for innetrening.

Det er vanleg med kontinuerleg inntak i treningsgruppene. Rundt halvparten av mottakssentralane har krav for deltaking i gruppeaktiviteten. Eit typisk krav kan vere at deltakarane skal kunne gå i eige tempo i 30 minutt.

Som regel er fysioterapeutar eller helse- og treningspedagogar instruktørar på treningane.

Fleksibilitet i treninga. Sjølv om det er mykje som er standardisert i gruppetreninga er det likevel noko fleksibilitet, t.d. ved å legge til rette for innetrening når spesielle forhold tilseier at den enkelte er avhengig av det, ved bruk av treningsdagbok, ved at ein kan ha ein dag i veka der ein deltek på valfri FYSAK-aktivitet o.l. Det er likevel slik at fleksibiliteten for brukaren i stor grad ligg i tilpassingar under treningsturen i dei tilfella der denne er organisert som gruppetrening. Fleksibiliteten er eit av fortrinna med ordninga i Oppland, der brukarane i stor grad har innverknad på kva slags aktivitet han eller ho skal vere med på. Kor fleksibelt dette er, vil likevel vere avhengig av om det er eit breitt utval av tilbod i den enkelte kommune eller ikkje.

Når reseptperioden er over

Det er ønske for å få fleire reseptar i alle fylke. I dei fleste kommunane kan resepten fornyast to gonger, men det er også eksempel der den blir fornya fleire gonger. Det er likevel eit uttalt mål hos aktivitetsleiarane at brukaren skal kome seg over i "vanlig" trening etter kvart. Dette er også ein grunnleggande premis ved ordninga.

Tilvisar i sentral posisjon

Det er i all hovudsak legane som tilviser på resepten. Legane blir vurdert som sentrale for ordninga ut frå fleire argument:

1. Det er ein motiverande faktor for brukaren at ein lege skriv ut resepten. Det blir sett som ein viktig signaleffekt for brukaren at ein lege står for dette.
2. Ved å gå via legekantoret er ein i stand til å nå de gruppene som har størst nytte av ordninga.
3. Det gir tryggleik både for ansvarlege for treningsopplegget og for brukaren at det er ein lege står som tilvisar.

Samstundes er det eit sterkt ønskje om å nå ut til så mange som mogleg av dei som er i målgruppa for resepten. Dermed er det ved fleire av mottakssentralane opna for at andre enn legane kan vere tilvisarar. Mange har vurdert anna helsepersonell enn legar, men også NAV, som aktuell tilvisar. Tendensen er at fleire og fleire av mottakssentralane vurderer om dei skal gå inn i slike ordningar.

Mange av legane er positive til at anna helsepersonell i tillegg til dei sjølve kan vere tilvisarar på reseptordninga.⁷ Det er derimot fleire, men langt frå alle, som er skeptiske til at til dømes NAV skal kunne tilvise på reseptordninga.

Når legane kommenterer den rolla andre faggrupper kan ha i forhold til å skrive ut reseptar for fysisk aktivitet, er det særleg to synspunkt som gjer seg gjeldane. Det eine er at ein kan nå fleire potensielle brukarar om ein opnar for at fleire kan skrive ut slike reseptar. Samstundes er fleire av legane opptekne av at fastlegen er informert og kan vurdere resepten ut frå ein medisinsk ståstad.

Kunnskap om ordninga blant legane

Dei fleste legane har kjennskap til reseptordninga i eigen kommune. Berre tre av 124 legar som svara på undersøkinga, hadde ikkje kjennskap til ordninga i eigen kommune. Eit gjennomgåande trekk i tilbakemeldingane er at kjennskapen til, kunnskapen om og bruken av ordninga er avhengig av kontinuerleg informasjon. Mottakssentralane opplever at utan påminning til tilvisarane går talet på utskrivne reseptar ned over tid.

Haldningar til reseptordninga

Tilbodet dekkjer i følgje mange av legane eit viktig behov hos pasientane (80 prosent er heilt eller nokså einige i dette). Det er i tillegg eit fleirtal av legane som gir uttrykk for at dei alltid vurderer å bruke resepten i forhold til viktige

⁷ Påstandane som legane tok stilling til hadde svaralternativa heilt einig, nokså einig, både/og, nokså ueinig og heilt ueinig. I tillegg var veit ikkje også eit svaralternativ. Det er i alt 121 legar som har svara på spørsmåla.

målgrupper for ordninga (60 prosent). Det nesten like mange av legane som er einige i at ei slik ordning er nødvendig for at pasientane skal greie å endre levevanar (57 prosent). Sjølv om enkelte av tilvisarar gir uttrykk for skepsis til ordning, synest ikkje dette å vere ei utbreidd haldning blant legane. Ein viktigare grunn til at legane ikkje alltid er like flinke å bruke ordninga, er nok at mange har lett for å gløyme den i ein travel kvardag og at den kan forsvinne i mengda av verkemiddel dei har til rådvelde.

Tilpassa arbeidssituasjonen? Legane er i all hovudsak positive til dei administrative sidene ved ordninga og opplever også at informasjonen om den er god. I alt 79 prosent opplever at sentralen i eigen kommune har lagt opp gode rutinar som gjer det lett for den som er lege å administrere ordninga med resepten, 81 prosent av legane gir uttrykk for at dei har fått god informasjon om ordninga med resepten og 70 prosent av legane opplever at oppfølginga pasientane får frå sentralen gjennom ordninga gjer eige arbeid med oppfølging av pasienten enklare, noko som tyder på at den blir oppfatta som mindre byråkratisk enn ordninga med ”Grøn resept” (Bringedal og Aasland 2005). Eit fleirtal av legane er også einige i at dei får relevante tilbakemeldingar om den oppfølginga pasientane får ved sentralen (58 prosent).

Å treffe dei rette pasientgruppene

Legane opplever i stor grad at ein gjennom ordninga når fram til dei rette pasientgruppene. I alt 74 prosent av legane opplever at ordninga er lagt til rette på ein måte som gir et godt tilbod til grupper som elles har vanskelig for å komme i gang med aktivitet som behandlingstiltak. Dei opplever i relativt liten grad at pasientane reagerer negativt på tilbodet om ein slik resept (7 prosent opplever at mange pasientar reagerer negativt). Når det gjeld oppfølging av resepten frå pasientane si side, har legane derimot litt meir blanda erfaringar. I alt 20 prosent av legane opplever at mange av pasientane ikkje følgjer opp tilbodet, medan 47 prosent svarar både/og på spørsmålet.

Mangel på tilvisingar?

Sett frå mottakssentralane, opplever 70 prosent av dei at dei har kapasitet til å ta i mot fleire brukarar på reseptordninga, enn dei faktisk får. Det blir også gitt uttrykk for at dette ikkje skuldast mangel på potensielle kandidatar. Det viser seg til dømes at tilstrøyminga av reseptbrukarar aukar dei gongene ein har vore ut med informasjon om ordninga til tilvisarane. I ei oppfølgingsundersøking sommaren 2008 viste det seg i tillegg at fleirtalet av sentralane har hatt eit stigande tal reseptbrukarar.

Informasjon er viktig. Koordinatorane på sentralane registrerer at talet på tilvisingar går opp etter oppslag i media, eller etter informasjonsrundar. Dette kan tyde på at det trengst hyppige påminningar og mykje informasjonsarbeid for at talet på tilvisingar skal auke, og for at fleire legar skal bruke ordninga. Det er også arbeid for å forenkle informasjonsgangen mellom mottakssentral og lege, til dømes ved bruk av elektroniske reseptar.

Om å nå dei rette – målgruppe, deltaking og rekruttering

Den vanlege reseptdeltakaren er ei middelaldrane kvinne med etnisk norsk bakgrunn. Menn er klart underrepresenterte blant deltakarane. Det same gjeld unge vaksne og personar med minoritetsbakgrunn. Reseptordninga når, slik den blir praktisert i kommunane som har utvikla og prøvd ut ordninga, ut til langt fleire diagnosegrupper enn dei som var målgruppe for Grøn resept. Taksten for Grøn resept kan berre bli utløyst ved type 2-diabetes og/eller høgt blodtrykk. Kriteria for å utløyse taksten blei sett slik at resepten berre kan brukast som eit alternativ til medikament.⁸

Kven er i målgruppa?

Reseptordninga, slik den har vore prøvd ut i dei utvalde kommunane, har ikkje vore basert på noko eintydig definisjon av kven som er i målgruppa. Kvar enkelt kommune definerer derfor målgruppa på litt ulik måte. Medan målgruppa for Grøn resept blei vurdert som for snever, kan den reseptordninga som no er prøvd ut stå i fare for å bli sett på som utydleg og med ei for uklar avgrensing av kven som utgjer målgruppa. I den danske evalueringa av ”Motion på recept” blir det nettopp understreka at det er viktig at målgruppa for ordninga er klart avgrensa, for å hindre usikkerheit blant tilvisarane og feiltilvisingar (Müller m. fl. 2007:19)

Ei ordning for middelaldrane og eldre? Med ein gjennomsnittsalder på vel 50 år og svært få deltakarar under 30 år, er det i første rekkje middelaldrande og eldre som gjer seg nytte av reseptordninga. Det er fleire forhold som også tilseier at behova for ordninga endrar seg med auka alder. Den fysiske forma vil generelt sett vere betre hos dei yngre enn eldre. Vidare vil ein del av dei risiko- eller sjukdomstilstandane som fører fram til tilvising på reseptordninga, først råke dei fleste når dei er middelaldrande og eldre. Det blir likevel oppfatta som eit problem at ordninga for i liten grad når ut til unge. I dette ligg det ei vurdering av at det er ei gruppe blant dei unge som har behov for eit lågterskeltilbod på line med det som blir gitt i reseptordninga.

Ei ordning for kvinner? Kvinnene dominerer blant deltakarane. Dette gjeld alle fylke. Heile 75 prosent av dei som starta i ordninga i 2006 var kvinner. Erfaringane gjennom intervju med nøkkelinformantar i kommunane og deltakarane i reseptgruppene, peikar i retning av at det er fleire grunnar til at rekrutteringa av menn til ordninga er relativt svak. Det skjer ei utsilinga før reseptbrukarane kjem til mottakssentral for å gjennomføre første helsesamtale.

⁸<http://www.lommelegen.no/php/print.php?id=322769>

Dette kan bety at menn i mindre grad enn kvinner får utskrive denne typen resept, eventuelt at menn som har fått resept ikkje møter på mottakssentralen. Ulike grad av legekontakt mellom kvinner og menn, kan vere med på å forsterke forskjellane i rekruttering til reseptordninga mellom kvinner og menn, men er ikkje tilstrekkelege til å forklare at forskjellane er så store som dei faktisk er.

Personar med minoritetsbakgrunn fråverande? Personar med minoritetsbakgrunn er så godt som fråverande i reseptordninga. Fleire av dei ansvarlege for ordninga erkjenner at dei også kunne ha vore meir medvitne om minoritetsgrupper i utforminga av opplegget. Det blir opplevd at det ofte er kulturelle og språklege hindringar i vegen for å få personar med minoritetsbakgrunn til å delta. Samstundes opplever mottakssentralane vanskar med å nå ut med informasjon til denne gruppa.

Utfordringar i forhold til andre grupper. Frå ansvarlege ved mottakssentralane blir det peikt på at enkelte andre grupper, ut over dei som alt er nemnde, også er vanskelege å nå. Dette gjeld særleg personar med psykiske problem og overvektige. I forhold til den første gruppa kan manglande kompetanse i forhold til korleis ein skal jobbe denne målgruppa vere eit problem. Når det gjeld overvektige blir det sagt at ordninga slik ho er no ikkje er godt nok tilpassa og eigna for denne gruppa.

Ei ordning for langtidssjuka og trygda? Legg ein utdanningsnivå til grunn, er det ein overrepresentasjon av høgskule- og universitetsutdanna blant reseptdeltakarane. Det er likevel lite som peikar i retning av reseptdeltakarane representerer ei ressurssterk gruppe i økonomisk forstand. Få er i arbeid (berre 38 prosent av reseptdeltakarane var i arbeid dei tre siste månadane før reseptstart). Nesten kvar tredje (31 prosent) av dei som var i arbeid dei siste tre månadane før reseptstart, hadde vore langtidssjukemeldt eller kombinert trygd og arbeid i same periode. Sett i lys av dette, når ordninga ut til ei gruppe som etter alt å døme har behov for eit tilbod som er ope også for dei med svak økonomi.⁹ Mange er i ein situasjon der risikoen for marginalisering, ikkje minst på arbeidsmarknaden, er til stades.

Ei ordning for dei motiverte? Inntrykket av deltakarane er at mange av desse alt er i ferd med å endre levevanar før dei kjem med i ordninga. For det første er det svært mange som har eit positivt forhold til fysisk aktivitet. For det andre er det mange som allereie var i gang med fysisk aktivitet før resepten. Nesten kvar tredje deltakar melder om at dei hadde vore regelmessig fysisk aktive i meir enn tre månadar ved reseptstart.¹⁰ Heile 83

⁹ I reseptperioden har brukarane tilbod om trening til subsidierte prisar. Berre ein av ti var heilt einige (6 prosent) eller nokså einige (4 prosent) i at deltakinga i reseptordninga hadde kosta dei mykje økonomisk.

¹⁰ Kva som ligg i regelmessig fysisk aktivitet er ikkje definert direkte i det aktuelle spørsmålet som ligg til grunn for desse tala. I spørsmålet rett før på spørjeskjemaet er fysisk aktivitet derimot definert som det å vere aktiv i minst 30 minutt, slik at ein blir sveitt/andpusten (jf vedlegg Båtevik m.fl 2008).

prosent av reseptdeltakarane gav til dømes uttrykk for at dei likte fysisk aktivitet svært eller nokså godt når dei startar i ordninga. Berre to prosent svarar at dei likar fysisk aktivitet nokså dårleg eller svært dårleg. Mange av reseptdeltakarane hadde røykt tidlegare, men hadde slutta før dei kom med i reseptordninga, ofte lenge før (42 prosent). Tal røykjarar blant reseptdeltakarane er om lag på gjennomsnittet for landet. Reseptdeltakarane opplever at dei sjølve har eit sunt kosthald. I alt 26 prosent av reseptdeltakarane opplever eige kosthald som usunt. Dei fleste som ikkje opplever at dei har eit sunt kosthald, er i ferd med eller har endra dette alt ved reseptstart.

Sjølv om den enkelte er motivert for å endre eigne levevanar, kan han eller ho oppleve behov for hjelp både for å kome i gang med endring og oppretthalde endringstrykket over tid. Dette kan vere personar som treng rettleiing, til dømes for å sikre at aktiviteten er mest mogleg tilpassa helsesituasjonen for kvar enkelt. Det kan såleis vere vanskeleg å seie at dei mest aktive, ikkje tilhøyrer målgruppa for reseptordninga. Det som er den store utfordringa er å få tak i fleire av dei inaktive, som i utgangspunktet er lite motiverte for å endre eigne levevanar, gitt at ein også ønskjer at ordninga også skal nå desse.

Helsesamtalen som motiveringsarbeid

Helsesamtalen er ein viktig del av motiveringsarbeidet i reseptordninga. Mykje tyder på at ein gjennom helsesamtalane i reseptordninga i stor grad har lukkast med å oppnå god kommunikasjon. Brukarane opplever i høg grad møtet med mottakssentralen og gjennomføringa av helsesamtalen som positiv. Nesten alle opplever at samtalen var lagt til rette på ein slik måte at han eller ho fekk fremja eigne synspunkt (94 prosent). Vidare opplevde svært mange at helsesamtalen var lagt opp på ein måte som i høg grad var tilpassa eigen situasjon (88 prosent). Det synest også som om mottakssentralen i sterk grad har lukkast å møte brukarane i den situasjonen der dei er og i forhold til dei behova dei har. Heile 90 prosent av brukarane seier at dei fekk eit tilbod som dei opplevde som realistisk å gjennomføre og 87 prosent opplevde tilbodet tilpassa seg sjølv og eigen situasjon.

Brukarane opplever også at helsesamtalen gir kunnskap om lokale tilbod. Eit klart fleirtal opplever at dei har vorte betre kjende med høva til å drive fysisk aktivitet i eigen kommune etter fullført helsesamtale (72 prosent er einige i dette). Det er også eit fleirtal av dei som er i målgruppa for kosthaldskurs eller røykesluttkurs, som gir uttrykk for at dei har vorte betre kjende med høva til å ta slike kurs i kommunen.

Vilje til endring som ei følgje av helsesamtalen? Helsesamtalane sporar heilt klart til meir fysisk aktivitet blant dei aller fleste reseptbrukarane. I alt 90 prosent opplevde at denne samtalen hadde motivert dei til å drive med meir fysisk aktivitet. Den sporar også til endringar i kosthald og røykevanar, utan at dette har same omfang. Det er likevel så mange som 64 prosent som blei

motiverte til å endre eigne kostvanar gjennom samtalen, medan 52 prosent av røykarane vart motiverte til å røyke mindre.¹¹

I dei aller fleste tilfella resulterer helsesamtalane at brukarane hadde eit planlagt opplegg for fysisk aktivitet (91 prosent). Det var langt færre tilfelle der samtalen konkretiserte seg i eit opplegg for endring av kosthald (42 prosent) eller røykevanar (40 prosent), sjølv om ein tek omsyn til at langt frå alle var i målgruppa for slike tiltak.¹²

Fråfall

Reseptordninga når av ulike grunnar ikkje alle som kunne hatt behov for dei tilboda ei slik ordning gir. I tillegg er det heller ikkje alle av dei som får resept, som følgjer denne opp. Fråfall kan skje i ulike fasar. Enkelte får resept frå legen, men møter ikkje til helsesamtale. Andre kan møte til helsesamtale, men møter ikkje til trening. Også i reseptperioden er det fråfall.

Fråfall i forkant av reseptperioden. Av dei som vart tilviste på resepten, møtte i alt 82 prosent (tal frå 2006). Dette var i alle fall tilfelle blant dei mottakssentralane som har innkallingsrutine for dei som har vorte tilviste på resepten. Det er grunn til å tru at fråfallet i denne fasen er vesentlig større på sentralar som ikkje har fast innkallingsrutine. Av mottakssentralane har 70 prosent fast rutine for innkalling av brukarar som har fått utskrive resept.

Fråfall i løpet av reseptperioden. I alt 69 prosent av alle reseptdeltakarane har gjennomført heile eller store delar av reseptperioden. Av dei som ikkje følgde opplegget, var sjukdom eller skade vanlegaste grunnen til dette, etterfølgt av at ordninga var vanskeleg å kombinere med jobb.

Oppfølgingsrutinar ved fråfall. Det er 73 prosent av mottakssentralane som har rutinar for oppfølging ved fråfall i reseptperioden. Det vanlegaste er å sende e-post eller ringe til brukaren. Inntrykket frå intervjuet med ansvarlege for treningane, er at det er størst fråfallet tidleg i reseptperioden.

Kunnskap hos brukarane

Halvparten av brukarane kjende til reseptordninga i eigen kommune før dei sjølve fekk resepten. Her er det store forskjellar mellom fylka. På same måte som det er viktig å kontinuerleg ha informasjon om ordninga ovanfor tilvisarar, er det same også naudsynt ovanfor potensielle brukarar.

¹¹ Merk at det er få røykarar med i materialet.

¹² To av fylka har ikkje integrert røykeslutt og kosthaldsendring i sine opplegg. I tillegg er det mange ikkje-røykarar og ein del som ikkje har behov for å endre kosthald blant reseptbrukarane. Det difor teke omsyn til ikkje-røykarar og dei som svara "passar ikkje" på spørsmål rundt kosthald i helsesamtalen i dei tala som ligg til grunn her.

Reseptperioden – tett oppfølging og nøgde brukarar

I reseptperioden får deltakarane tett oppfølging. Etter dette ligg det i opplegget at dei fleste skal greie seg utan same oppfølging. Tanken er at deltakarane etter reseptperioden skal gå over i andre ordinære tilbod. Reseptperioden skal vere ei ekstra hjelp på vegen til å legge om levevanar, anten det er snakk om fysisk aktivitet, kosthald eller røyking.

Gruppeaktivitet – variert, motiverande og tilpassa

Trening i grupper utgjer i dei fleste tilfelle kjerneaktiviteten i reseptperioden. Gruppeintervjua viser at treningane blir oppfatta som variert, motiverande og tilpassa, slik at deltakarar med ulike føresetnader kan henge med. Instruktørane blir i stor grad omtala som inspirerande og intervjua indikerer også at det er høgde for variasjonar i fysisk form og prestasjonsnivå. Gruppeintervjua gir likevel det inntrykk at gruppetrening ikkje passar for alle. Det krev eit visst fysisk nivå og fleire peikar på at det kan vere litt tøft for dei som ligg sist i gruppa. Sjølv om det er aksept for at folk er i ulik form i gruppa, kan det vere vanskeleg å vere ein som alle ventar på.

To ting som blir framheva som viktige ved å organisere treninga i grupper; gruppa som ein sosial møteplass og gruppa som ei positiv forplikting. God gruppedynamikk er såleis ein viktig suksessfaktor i kommunar som har trening i grupper. I motsett tilfelle er det i ordninga døme på negative spiralar der folk ikkje møter til trening, fordi det er få deltakarar i gruppa. Mange opplever det som forpliktande på ein positiv måte å vere ein del av ei gruppe. Forpliktinga byggjer i stor grad på vissheita av at positive gruppeprosessar og sosialt samspel er avhengig av at deltakarane møter opp på trening. Forplikting og tilhøyrse er på denne måten nært knytt saman.

Sosiale aktivitetar. Det er i varierende grad lagt opp til sosiale aktivitetar utanfor dei faste treningstidene. Frå brukarane blir dei sosiale aktivitetane høgt verdsett, ikkje berre som eit sosialt tiltak, men også som eit utgangspunkt for å byggje opp sjølvtrillit til å legge ut på lange turar på eiga hand. Det gir også brukarane ein sjanse til å få innblikk i aktuelle turområde som ein kan nytte ved andre høve.

Behovet for å vere del av eit fellesskap blir understreka av mange. Ettersom fleire er sjukmelde eller trygda, er det også mange som saknar det fellesskapet ein elles har gjennom arbeidsplassen. Gruppene kan på denne måten fungere som ”sosial trening” og vere nettverksskapande. I ein del tilfelle kjem brukarane frå miljø der dei i utgangspunktet ikkje har så mange rundt seg som driv fysisk aktivitet. Å knyte nye kontaktar som det er naturleg å trene saman med, kan difor vere til hjelp for at personen skal halde fram med fysisk aktivitet etter reseptperioden er over.

Tre månadar på reseptordninga – resultat og vurderingar

Tilpassa eigen situasjon? Dei som har fullført reseptperioden er også i stor grad einige i at dei gjennom reseptordninga fekk eit tilbod som dei opplevde som tilpassa dei sjølve og eigen situasjon. Heile 93 prosent av dei reseptbrukarane som fullførte ordninga, sa seg heilt eller nokså einige i ein slik påstand. I overkant av halvdelen (53 prosent) av dei som ikkje fullførte reseptperioden, gav også uttrykk for at ordninga var lagt opp slik at den var tilpassa eigen situasjon. Det var også 82 prosent som opplevde at dei gjennom reseptordninga fekk eit tilbod som var realistisk å gjennomføre.

Endra atferd? Det er i forhold til fysisk aktivitet, at flest deltakarane på reseptordninga rapporterer om størst endring i eiga atferd. I tillegg er det gjennomgåande slik at dei som har fullført reseptperioden i størst grad melder tilbake om at dei har opplevd endringar i eigen situasjon. I alt 86 prosent gir tilbakemelding om at dei etter å følgd opplegget med resepten i tre månader, mosjonerer meir enn tidlegare. Også dei som har følgd delar av perioden mosjonerer meir, men klart færre enn i den første gruppa (54 prosent av desse seier seg heilt eller nokså einige i ein slik påstand). Blant dei som opplevde at dei hadde behov for å endre kosthaldet, er det under halvdelen (45 prosent) av dei som har fullført reseptperioden som opplever at dei har greidd å endre kosthaldet i rett retning. Det er heller ikkje stor skilnad på den gruppa som har fullført reseptperioden og dei som ikkje har gjort det. For røyking er grunnlagstala svært små. Dei tala vi har peikar likevel i retning av det har vore lite endring på dette området. Få har gjennomført kurs for røykeslutt eller kosthaldskurs i løpet av denne perioden.

Auka kunnskap? Reseptbrukarane opplever i størst grad at deltakinga i ordninga har gitt dei ny kunnskap med tanke på samanhengen mellom fysisk aktivitet og helse, i minst grad om samanhengen mellom kosthald og helse. I alt 72 prosent av reseptbrukarar svarar at dei gjennom reseptperioden fekk ny kunnskap om samanhengen fysisk og aktivitet og helse. Det var vidare 63 prosent av røykarane opplevde at dei gjennom reseptperioden fekk ny kunnskap om samanhengen mellom røyking og helse.¹³ I dei fylka der kosthald har vore tema i resepten, var det 58 prosent av reseptbrukarane som gav tilbakemelding om at dei hadde fått ny kunnskap om samanhengen mellom kosthald og helse som deltakarar i reseptordninga.

Ei ordning som fungerer? Alle deltakarane vart utfordra til å kommentere reseptordninga gjennom opne spørsmål i spørjeskjemaet. Eit stort fleirtal av dei som har kommentarar til ordninga, var positive. Dette forsterkar klart biletet av ei ordning med mange nøgde brukarar. Heile 84 prosent gir uttrykk for ei slik haldning. I tillegg er nokre av kommentarane positive til enkelte sider ved

¹³ Tala for røyking og kosthald gjeld berre for dei fylka der dette har vore tema for reseptordninga, det vil seie Nordland og Buskerud.

ordninga, samstundes som dei også opplever sider ved ordninga som ikkje har fungerer like bra for eigen del. Det er 10 prosent av deltakarane på resepten som gir uttrykk for at ordninga har positive sider, samstundes som dei kommenterer forhold som dei ikkje er like nøgde med. Til sist er det 6 prosent som er kritiske i kommentarane til ordninga eller opplegget rundt den. Eit par sitat frå nøgde brukarar viser illustrerer litt av dei mange positive tilbakemeldingane:

- *Kjempebra opplegg som de fleste kan greie! Regelmessig og inkluderende. Frivillig delaktighet og "enkel" målsetting. Her kan mange få fysisk aktivitet i friluft på en gang etter "enkle – men gode prinsipper. Kombinasjonen trim – kostveiledning – livsstilsendring er viktigere enn noensinne.* Kvinne, Buskerud
- *Har vært til stor hjelp for meg. Fikk meg ut av godstolen, gode venner, gode samtaler med Fysioteket – oppmuntrende.* Kvinne, Oppland

Sjølv om mange har ei grunnleggande positiv haldning, peikar fleire både på sterke og svake sider ved ordninga. For å få eit mest mogleg nyansert bilete av korleis den fungerte for den enkelte, blei dei utfordra til å nemne inntil tre forhold ved opplegget som virka motiverande for å følgje opplegget og inntil tre forhold som har gjort det vanskeleg for dei å følgje det.

Kva motiverer? Det er ei lang rekke forhold som motiverar for deltaking på ordninga. Det som blir nemnt aller oftast er den sosiale delen av opplegget (60 prosent). Gjennom gruppetrening blir den enkelte ein del av eit sosialt fellesskap som mange har stort utbyte av. I tillegg blir sjølve treningsopplegget og trenarane trekt fram som ein motiverande faktor i seg sjølv (32 prosent). I forhold til verknadane av reseptordninga, er det oppleving av beta fysisk form, meistring av fysisk aktivitet og livskvalitet som oftast blir trekt fram (44 prosent). Andre forhold som blir nemnt er mellom anna at ein opplever at treningane er lagt opp på ein slik måte at det fungerer i forhold til eigen kvardag, at ordninga blir opplevd som helsefremjande eller forhold knytt til vektreduksjon, kosthald og/eller røykevanar.

Kva er vanskeleg? Det er også mange som opplever vanskar ved ordninga. For enkelte har desse vanskane vore av ein slik karakter at dei ikkje har følgd ordninga i særleg grad. Andre har gjennomført store delar av eller heile opplegget, trass desse vanskane. Den viktigaste grunnen til at det kan vere vanskeleg å følgje opplegget er sjukdom og ulike former for helseproblem (42 prosent). Arbeidssituasjonen har også skapt vanskar for fleire (22 prosent). Andre forhold som blir nemnde er omsorgsoppgåver, tidspunkt for trening, reiseavstand, motivasjon og andre aktivitetar.

Når reseptperioden er over – kva skjer?

Reseptordninga tek sikte på å legge grunnlag for at deltakarane kan legge om eigen levemåte i ein sunnare retning. Skal reseptordninga innfri i forhold til dei mål som er sette for den, er ein avhengig av at reseptbrukarane tek med seg nye levevanar også etter at resepten er slutt.

Fysisk aktivitet

Alle reseptdeltakarane har hatt eit tilbod om oppfølging for å kome i gang med fysisk aktivitet i løpet av reseptperioden. Sjølv om relativt mange av reseptdeltakarane alt var regelmessig aktive ved reseptstart, har det skjedd klare endringar i ettertid. Reseptperioden gav ein klar vekst i tal personar som var regelmessig fysisk aktive. Medan 45 prosent av deltakarane var regelmessig fysisk aktive veka før dei tok til på resepten, var 73 prosent aktive like etter at reseptperioden var over.

Det er også ein stor del av reseptdeltakarane som held fram med regelmessig fysisk aktivitet i dei første seks månadane etter at reseptperioden var over. Rett nok går den delen av gruppa som er aktive regelmessig litt ned i løpet av desse seks månadane, men nedgangen er moderat. Det er såleis 68 prosent av reseptdeltakarane som framleis er regelmessig fysisk aktive seks månader etter at dei avslutta reseptperioden. I løpet av perioden som har gått frå reseptstart fram til seks månader etter reseptslutt, er andelen reseptdeltakarar som er regelmessig fysisk aktive på nivå med den norske befolkninga sett under eitt. I alt 66 prosent av den norske befolkninga karakteriserar seg sjølve som fysisk aktive (Sosial- og helsedirektoratet 2007).¹⁴

Endringane kjem også til uttrykk gjennom ein auke i frekvensen på fysisk aktivitet. Veka før resepten var kvar enkelt i gjennomsnitt fysisk aktiv 1,9 gonger. Kravet for å bli rekna som fysisk aktiv var at denne aktiviteten gjekk over minst 30 minutt, slik at ein vart sveitt eller andpusten. Ved reseptslutt hadde dette talet auka til 2,6 gonger. Også i den følgjande perioden var det ein auke i aktiviteten. Seks månader etter reseptslutt, hadde gjennomsnittet auka til 2,7 gonger.¹⁵ Så sjølv om tal reseptdeltakarar som var regelmessig aktive hadde gått litt ned i denne siste perioden, hadde andre auka frekvens på sin aktivitet.

Reseptdeltakarane i Oppland har følgd eit opplegg der ein har vore særleg opptekne av å legge til rette for å gjere overgangen mellom reseptperioden og

¹⁴ Omnibusundersøkinga som Helsedirektoratet stod bak brukte same metode for å registrere omfanget av regelmessig fysisk aktivitet. I denne omnibusundersøkinga blir det rett nok skilt mellom dei som har lagt om vanane dei siste 6 månadane, medan vi her har justert dette til tre månader, for å kunne ha ein periode som tilsvarar reseptperioden. I forhold til samanlikning av dei som regelmessig aktive og dei som ikkje er det, har derimot ikkje denne forskjellen i målingane noko praktisk betydning.

¹⁵ Det er overraskande at dette talet stig i etterkant av reseptperioden. Endringane er likevel så små at vi ikkje kan trekkje noko konklusjonar ut frå dette.

aktivitet i etterkant lettast mogleg. Dette er gjort ved å knyte reseptperioden til ordinære treningstilbod. I gjennomsnitt var reseptdeltakarane frå Oppland noko meir aktive før reseptstart jamført med dei tre andre fylka. Medan deltakarane var fysisk aktive i minst 30 minutt 2 gonger i veka før reseptstart i Oppland, var tilsvarende tal for dei andre fylka samla 1,9. I tida fram til siste registreringspunkt, det vil seie seks månader etter reseptslutt, auka den gjennomsnittlege treningsintensiteten noko meir i Oppland enn i samanlikningsfylka. Medan nivået i Oppland gav eit gjennomsnitt på 2,9 gonger per veke, var gjennomsnittet for dei andre fylka sett under eitt 2,6 gonger. Begge modellane har likevel medverka til eit relativt høgt aktivitetsnivå i perioden etter at reseptordninga var over for den enkelte.

Dei som ikkje er regelmessig aktive seks månader etter at reseptperioden vart avslutta, grunngir mangel på aktivitet primært ut frå sjukdom/helseproblem og manglande motivasjon. I alt 73 prosent seier at helseproblem og sjukdom har gjort det vanskeleg å vere fysisk aktiv, medan 55 prosent har opplevd motivasjonsproblem som ei utfordring. Kvar tredje av dei reseptdeltakarane som ikkje er regelmessig fysisk aktive etter at reseptperioden er over, opplever mangel på støttande strukturar for trening som ei utfordring i forhold til eigen aktivitet.

Dei aktive. Dei som er aktive har i stor grad ordna seg slik at den fysiske aktiviteten skjer i lag med andre. Dei som driv med fysisk aktivitet utelukkande aleine, utgjer knapt ein fjerdedel av dei tidlegare reseptdeltakarane (23 prosent). Dei andre er anten saman med andre, eller kombinerar det å vere saman med andre og det å vere fysisk aktivitet på eiga hand.

Dei aktive gjer seg nytte av ulike treningstilbod. Mest vanleg er å bruke tilbod organisert gjennom kommunen, til dømes gjennom FYSAK-sentralane. I alt 31 prosent deltek i fysisk aktivitet i regi av kommunen, medan 25 prosent går på treningsstudio. Vidare er det 20 prosent som deltek i aktivitetar i regi av lag og foreiningar utanom idrettslaga, medan fem prosent er med på eit tilbod som idrettslag har. Ein del kombinerer bruk av fleire slike tilbod.

På grunnlag av konkrete spørsmål, stadfesta 78 prosent av dei som var regelmessig fysisk aktive, at det var ein samanheng mellom eigen aktivitet og den motivasjonen som reseptordninga hadde gitt. Vidare er det nesten like mange som opplever at dei gjennom reseptordninga har fått gode treningsvanar og lært å sette pris på fysisk aktivitet på ein slik måte at dette har vore med å legge grunnlag for vidare aktivitet.

Røykeslutt og endring av kosthald

Reseptordninga har teke mål av seg å legge til rette for integrering av tiltak for å motivere utsette grupper til å endre levevanar, både når det gjeld fysisk aktivitet, røyking og kosthald. Andelen av ikkje-røykarar har likevel berre auka

med knappe to prosentpoeng. Også når det gjeld kosthald, er det relativt små endringar både i reseptperioden og i ettertid. Andelen som opplever eige kosthald som sunt auka med sju prosentpoeng for heile perioden sett under eitt. Med atterhald om den usikkerheita som ligg i eit lite talgrunnlag, synest utviklinga å gå i rett retning med omsyn til kosthald.¹⁶ Endringane er likevel små.

Betra livskvalitet og helse?

Reseptdeltakarane opplever at eiga deltaking verkar positivt på både livskvalitet og helse; 86 prosent av dei som fullførte reseptperioden rapporterer at dei har opplevd glede ved mosjon gjennom deltaking i ordninga, 74 prosent opplevde at deltakinga på reseptordninga har medverka til at den enkelte er i betre form, 67 prosent melder at dei opplever at dei har fått betre helse som følgje av opplegget, medan 61 prosent gir uttrykk for at dei har fått meir overskot gjennom å ha vore med i ordninga. Dette gjeld ikkje berre rett etter at reseptperioden er over, men også eit halvt år seinare.

Resultata er indikasjonar på at erfaringane reseptbrukarane har gjort seg, ikkje skil seg vesentleg frå andre erfaringar som er dokumentert gjennom anna forskning på området. Samstundes må det understrekast at dette er spørsmål som må følgjast opp nærare, dersom ein vil ha meir nøyaktige mål av kva resultat deltaking på resepten gir i konkret helsevinst.

Sjølv om mange opplever endringar i eiga helse, er det få som gir uttrykk for at desse endringane har gitt seg utslag i eigen medisinbruk. Det er rett nok berre 51 av reseptdeltakarane som har svara på spørsmålet om eigen medisinbruk.¹⁷ Av desse er det berre 16 prosent som var einige i at dei hadde redusert eigen medisinbruk samanlikna med situasjonen før reseptordninga. Dette er låge tall gitt at eit av måla med Grøn resept ordninga var å få ned bruken av medikamentell behandling. Om ein slik verknad ligg lenger fram i tid enn 6 månadar etter reseptperioden har vi derimot ikkje grunnlag for å seie noko om.

Resultata er indikasjonar på at dei erfaringane reseptbrukarane har gjort seg, ikkje skil seg vesentleg frå andre erfaringar som er dokumentert gjennom anna forskning på området. Samstundes må det understrekast at dette er spørsmål som må følgjast opp nærare, dersom ein vil ha meir nøyaktige mål av kva resultat deltaking på resepten gir i konkret helsevinst.

¹⁶ Kommenterar frå ein del av dei ansvarlege ved mottakssentralane, peikar i retning av at det ikkje er uvanleg at fleire av reseptdeltakarane har ein tendens til å vurdere eige kosthald som sunnare enn det egentleg er ved starten av reseptperioden. Dei som oppfattar eige kosthald ved reseptstart som sunt, kan såleis revurdere dette etter å ha vore ei stund i ordninga. Slik sett kan endringane i kosthald vere større en kva vi måler her.

¹⁷ I alt 36 brukte svarkategorien "passar ikkje" på dette spørsmålet. Ein del av desse kan ha valt dette svaret fordi dei ikkje tek medisin.

Erfaringar og spørsmål til drøfting

Gjennom det utviklingsarbeidet som er gjort regionalt og lokalt ligg det ei rekke erfaringar. Likeeins ligg det erfaringar med ordninga som gjennom evalueringa har vorte formidla av reseptbrukarane som har prøvd den i praksis og legar som har erfaring med den frå eigen kommune.

Reseptordninga og brukarane

Målsettinga med reseptordninga er at den skal legge grunnlag for at brukarane skal kunne endre eigne levevanar. Sett frå brukarperspektiv har ein også lukkast med ordninga ved at:

- Mange brukarar er godt nøgde med den oppfølginga dei får i reseptperioden
- Den fungerer ved at dei som har følgd ordninga er klart meir aktive i etterkant av resepten enn kva dei var før. Dette gjeld både tida rett etter avslutta reseptperiode og eit halvt år etter dette igjen.

Fråfallet blant dei som alt har starta på resepten er relativt lite og har ”naturleg” forklaring (t.d. sjukdom eller skade)

Samstundes kunne fleire grupper vore aktuelle i reseptordninga enn dei ein faktisk når.

- Når potensielle nye reseptdeltakarar ikkje blir rekrutterte til ordninga kan dette til dømes skuldast at tilvisar ikkje presenterer resepten som eit alternativ for dei, at tilbodet om resepten blir avvist eller at dei som har fått resepten ikkje møter på helsesamtale på mottakssentralen.
- Samansetninga av reseptgruppene indikerer klart at det skjer ei ”siling” av potensielle deltakarar til ordninga. To grupper er til dømes klart underrepresenterte på reseptgruppene; menn og etniske minoritetar.
- Erfaringar som ansvarlege ved mottakssentralane har gjort peikar også i retning av at enkelte grupper er vanskelegare å rekruttere inn i ordninga og har større sjanse for å falle frå i reseptperioden enn andre. Dette gjeld særleg overvektige og psykisk sjuke.
- Ordninga når etter alt å døme i større grad personar som frå før er motivert til endring eller som alt er i ferd med å endre eigne levevanar, enn dei som er inaktive og som treng særleg oppfølging for å kome over i ein endringsprosess.

Gjennom reseptordninga kan brukarane få tilbod om hjelp til å endre levevanar, ikkje berre med tanke på fysisk aktivitet, men også i form av røykeslutt og endring av kosthald. Medan fysisk aktivitet er ein integrert del av opplegget, gjeld dette ikkje alltid røykeslutt og kosthald.

- Det er relativt få som er i ferd med å endre eigne kostvanar i ein sunnare retning.
- Når det gjeld røyking er det så godt som inga endring å registrere blant reseptdeltakarane.
- Ei utfordring i forhold til tilbod om hjelp til røykeslutt og omlegging av eige kosthald, er tilgang på kompetanse. Dette gjeld ikkje minst i små kommunar.

Slik reseptordninga har vore praktisert til no, er det inga felles forståing av kven som er i målgruppa. Ved å vere tydeleg på kva grupper ordninga er meint å nå, vil det vere lettare å kommunisere til tilvisarane kven som er aktuelle og kven som ikkje er aktuelle for tilvising.

Tema til drøfting:

- Svak deltaking blant menn, personar med minoritetsbakgrunn, overvektige og psykisk sjuke, opnar for ei drøfting av spørsmålet om tilbodet i større grad må tilpassast behova til ulike grupper. Vil trening i eigne grupper vere eit alternativ eller vil dette øydelegge noko av den gruppedynamikken som ein har fått til ved å bruke samansette grupper?
- Er det føremålsteneleg å integrere røykslutt og kosthald gjennom ei ”steg for steg-tilnærming”, der fysisk aktivitet fungerer som eit startpunkt?

Utvikling av reseptordninga

Reseptordninga har vore prega av ei utvikling der det har vore lagt til rette for ei lokal forankring og tilpassing til lokale forhold. Dei kommunane som har kome lengst i utviklingsarbeidet, er mellom anna prega av:

- At det er personressursar til stades, slik at ansvaret for arbeidet er lagt til bestemte personar.
- At arbeidet er knytt til fagfolk som har tilknytning til etablerte strukturar i kommuneorganisasjonen.
- At det er fleire enn ein person som kan ha ansvar for ordninga, slik at ein sikrar kontinuitet i arbeidet ved permisjonar o.l.
- At opplegget rundt treninga blir tilpassa dei ressursane og fasilitetane som er tilgjengelege lokalt.
- At ordninga blir gradvis utvikla, både på basis av dei erfaringane som ein sjølve gjer seg undervegs og gjennom tilgang til erfaringar frå andre.
- At ordninga er godt forankra hos lokale støttespelarar, både politisk og administrativt i kommunane. Startpunktet for arbeidet med å sikre forankring, er gjennom kommunelege 1.

I tillegg til den lokale forankringa, styrkar eit godt samspel mellom lokalt og regionalt nivå føresetnadane for det lokale arbeidet. Eit godt samspel mellom fylke og kommunane er sentralt for å sikre reseptordninga lokal legitimitet og tilgang på viktige nettverk og kompetanse.

Reseptordninga har røter i ”Grøn resept” som vart etablert som ei nasjonal ordning. Den reseptordninga som er utvikla i fylka og kommunane har fjerna seg frå ”Grøn resept” både i namn og innhald. Så langt er det ikkje etablert ein nasjonal overbygning for den eller dei nye lokale ordningane. Ein slik overbygning vil vere avgjerande for at den skal få større legitimitet.

Tema til drøfting:

- Behovet for å utvikle ei ordning som både sikrar nasjonal overbygging og lokal forankring.
- Korleis sikre tilgang til kompetanse på område der den lokale kompetansen er svakast, primært kosthald og røyk?

Organisering av ordninga

Gjennom utviklingsarbeidet i reseptordninga er det etablert ein del struktur og gjort ein del erfaringar som ligg relativt fast og som dei fleste mottakssentralane legg til grunn for eige arbeid.

- Dei fleste deltakarane får tilbod om å delta i eit organisert opplegg som eit første steg på vegen mot å legge grunnlag for endring av eigne levevanar. Med unntak av Oppland er tilbodet som blir gitt organisert som eigne reseptgrupper.
- Oppland følgjer ein modell der brukarane blir kanaliserte inn i ulike etablerte tilbod lokalt. Når det gjeld brukarerfaringar, skil Oppland seg ikkje vesentleg ut i forhold til dei andre fylka.
- Etablering av reseptgruppene gir ein fast struktur rundt treninga for den enkelte. Om deltakarane gjennom ordninga blir introdusert for lokale tilbod i løpet av reseptperioden, kan dette vere ein opning for å meistre steget vidare i etterkant.
- Reseptperioden blir til vanleg starta og avslutta med ein eigen helsesamtale. Det er etablert rutinar for dette og erfaringane med slike helsesamtalar synest gjennomgåande å vere gode.
- Utvikling av enkle rutinar i forhold til praktiske sider ved reseptordninga er ofte med å forenkle kommunikasjonen mellom involverte partar. Dette gjeld ikkje minst i forholdet mellom mottakssentral og lege, til dømes ved at sentralane får informasjon om kven som har fått utskrive resept eller at sentralen gir relevante tilbakemeldingar til lege i løpet av eller i etterkant av reseptperioden.
- I dei tilfelle der det ikkje er etablert rutine for å sende kopi av resepten frå tilvisar til mottakssentralen, blir fråfall i forkant av reseptperioden opplevd som eit problem.
- Skal ein nå ut til målgruppene krev dette stadig fornya informasjon om ordninga retta mot både tilvisarar og brukarar.

Legar som tilvisarar

Mange kommunar har opna for at fleire kan tilvise på resepten, i ein del tilfelle også andre enn helsepersonell. Legane har likevel ei nøkkelrolle i reseptordninga lokalt. Det store fleirtalet av tilvisingar skjer via legar. Legane er også i ein posisjon der dei når ut til mange potensielle brukarar. God dialog med legane og forankring hos kommunelege 1 er ein viktig føresetnad for få ordninga i gang. Enkle rutinar og bruk av informasjonskanalar er viktige element for å få ordninga til å fungere i det daglege.

- Jamt over gir legane uttrykk for at dei har positive erfaringar med ordninga. Mange er også opne for at anna helsepersonell kan vere tilvisarar.
- Fleire av dei mottakssentralane som har stått for utviklingsarbeidet med reseptordninga har ønskt å opne for at andre enn helsepersonell kan vere tilvisarar til reseptgruppene. Legane er sjølv meir skeptisk til ei slik ordning.

Tema til drøfting:

- Korleis ein skal få fleire legar til å nytte ordninga?
- Skal legane kan ha ei meir aktiv rolle i motivasjonsarbeidet for å få fleire til å gå inn i ordninga?
- Skal andre enn legane vere tilvisarar og kva rolle skal legane ha i forhold til dette?

Referansar

- Barth, T, Børtveit, T og Prescott, P (2001). "Endringsfokusert rådgivning" Oslo:Gyldendal
- Bringedal, B og Aasland, O. G (2005). "Legers bruk og vurdering av Grønn resept ordninga" Legeforeningens Forskningsinstitutt.
- Båtevik, F. O, Tønnesen, A, Barstad, J, Bergem, R og Aarflot, U (2008). *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald.* Arbeidsrapport nr. 225. Volda: Høgskulen i Volda og Møreforskning Volda.
- Hay, I (2000). "Qualitative research methods in human geography" Melbourne: Oxford University Press
- Müller, H. B, Gårn, A og Holt, A. R (2007). "Motion på recept. Erfaringar og anbefalinger" Sund By Netværket
- Mæland, J. G. (2005). "Forebyggende helsearbeid. I teori og praksis" Oslo: Universitetsforlaget Sosial- og helsedirektoratet (2007). Fylkestall fra Omnibusundersøkelse om fysisk aktivitet. <http://folkehelse.vfk.no/~media/Folkehelse/nyheter/FysiskAktivitet/vestfoldfysiskaktivitet2007.pdf.ashx>
- Stortingsmelding 16 (2002-03) "Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken." Helsedepartementet.