

Arbeidsrapport nr. 225

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



2008

Prosjekttittel	Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald
Prosjektansvarleg	Møreforsking Volda
Prosjektleder	Finn Ove Båtevik
Finansiering	Sosial- og helsedirektoratet
Utgivar	Møreforsking Volda
ISBN	978-82-7692-289-9 (elektronisk utgåve)
ISSN	0805-6609
Sats	Finn Ove Båtevik
Distribusjon	http://www.moreforsk.no/volda.htm http://www.hivolda.no/fou

© Forfattar/Møreforsking 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/Møreforsking 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 vitskapelege 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: instituttleder) eller ein annan fagperson dei har utpeika og forskingskoordinator ved HVO. Kvalitetssikringa skal utførast av ein annan enn forfattar.

Forord

Rapporten *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald* er basert på eit oppdrag gjennomført for Helsedirektoratet. I 2005 løyvde Helsedirektoratet midlar for utprøving tre modellar; Frisklivsmodellen, Fysiotekmodellen og Kompetansemodellen. 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 døroppnarar 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, 10. oktober 2008

Samandrag

Gjennom ordninga "Grøn resept" har legane sidan 2003 hatt ein eigen takst for å stimulere til meir rettleiing om endring av levevanar. Ordninga er knytt til pasientar med høgt blodtrykk eller type 2-diabetes, som ikkje får medikamentell handsaming for diagnosane. På basis av erfaringar med denne ordninga såg Helsedirektoratet behov for å utvikle lågterskeltiltak for grupper med behov for eiga oppfølging for å kome i gang med endring av levevanar. Inkludert her er mange av dei ein ønskte å nå gjennom Grøn resept.

Fem fylke fekk midlar til å utvikle slike lågterskeltiltak med tilhøyrande oppfølgingstiltak for aktuelle brukarar. Ordninga er prøvd ut i eit utval kommunar i desse fylka. Den er basert på at tilvisar, i hovudsak legar, kan sende eigne pasientar vidare til ein mottakssentral i kommunen (Frisklivsentral eller eit Fysiotek). Med utgangspunkt i ei 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 opplegg der sentralane sjølve har tilbod om oppfølging av den enkelte i ein periode på tre månader. Det er også prøvd ut opplegg der oppfølginga primært skjer utanfor sentralen, der den enkelte får eit tilbod organisert gjennom lag, organisasjonar, treningssenter ol.

Gjennomføringa av arbeidet i kommunane er lagt opp som utviklingsprosess, der det har vore lagt til rette for å utvikle lokale variantar av ei reseptordning. Ordninga har gått under ulike namn som "Trim på resept", "Aktivitet på resept" og "Opplandsresepten". Til forskjell frå Grøn resept er målgruppa ikkje avgrensa til diagnosane høgt blodtrykk eller type 2-diabetes. Den føreliggande evalueringa er ein studie av utviklingsprosessen rundt utviklinga av dei lokale variantane av det som vi samlar under fellesnemninga "reseptordninga". I tillegg er det ein studie av dei opplevingane og erfaringane brukarane har med å delta i ordninga.

Dei lokale variantane av reseptordninga er basert på eit tett samspel mellom regionalt og lokalt nivå. For å få på plass ordninga har det vore viktig å forankre ordninga lokalt, ikkje minst i hos tilvisarane med kommunelege 1 i spissen. Det har også vore lagt vekt på å få ordninga kopla til etablerte strukturar som eksisterande FYSAK-sentralar eller liknande. På denne måten har ein kunne etablere eit tilbod, utan at dette krev store personalressursar knytt til ordninga. På same måten har det vore lagt vekt på å tilpasse opplegget rundt treningane til dei ressursane og fasilitetane som er tilgjengelege lokalt.

Det har vore arbeidd med å legge ein struktur rundt brukarane for å sikre at informasjon om ordninga når ut til tilvisarar og potensielle brukarar, for å legge

til rette for utveksling av informasjon mellom tilvisar og sentral om den enkelte reseptbrukar, helsesamtalar med den enkelte ved oppstart av reseptperioden og i etterkant av at denne er over. Vidare er det prøvd ut ulike tilpassingar for å gi den enkelte reseptdeltakar eit tilpassa tilbod i reseptperioden, der det også er tenkt tilrettelegging med tanke på å gi grunnlag for meir varig endring. Det vil sjølvstund variere i kva grad dei enkelte sentralane har lukkast i si tilrettelegging, men i utviklingsarbeidet som har vore gjennomført er det gjort erfaringar og utvikla rutinar med overføringsverdi for andre.

Legane har ei nøkkelrolle for å få på plass den reseptordninga som har vore under utprøving. Legane er i ein posisjon der dei kan nå mange potensielle brukarar av ordninga. Dei kan også gjere vurderingar med tanke på om ordninga passar til kvar enkelt, ut frå kva som er medisinsk forsvarleg. I praksis har også dei fleste deltakarane i ordninga fått tilvising gjennom lege, sjølv om det ein del stadar også har vore opna for at andre enn legar kan vere tilvisarar. Fleirtalet av dei legane som har konkrete erfaringar med ordninga, gir også uttrykk for positive erfaringar med ordninga slik den har vore praktisert i deira kommune. Mange legar er også positive til at anna helsepersonell kan vere tilvisarar, men er i større grad skeptiske til at andre, slik som til dømes NAV, skal kunne tilvise på reseptordninga.

Reseptbrukarane er i stor grad nøgde med den oppfølginga dei får både gjennom helsesamtale og resten av reseptperiode. Det er også mange som held fram med fysisk aktivitet i etterkant av reseptperioden og som gir uttrykk for at det tilbodet dei har fått gjennom ordninga har vore til god hjelp i så måte.

Dei lokale ordningane er i stor grad prega av at det har vore lagt stor vekt på legge til rette for å få reseptbrukarane i gang med fysisk aktivitet. Tiltak knytt til røykeslutt og kosthald har derimot i varierende grad vore integrert i ordninga. Dei som har vore involverte i ordninga har, samanlikna med fysisk aktivitet, heller ikkje hatt same kompetanse innan dei to andre temaområda. Særleg gjeld dette temaområdet røyking og røykeslutt. Også brukar erfaringane viser at endringane på desse områda er så små at ein må vere varsam med å tolke dei som resultat av ordninga. Her må det også skytast inn at mange av reseptdeltakarane til dømes alt hadde lagt om eigne røykevanar i god tid før dei blei reseptdeltakarar.

Det er også eit spørsmål kven som er i målgruppa for ordninga og kor godt ordninga treff i forhold til dei aktuelle målgruppene. Eit problem er at målgruppa for ordninga ikkje er klart nok definert. Den kan vere ulikt definert frå ein mottakssentral til ein annan. Eit blick på dei som er rekruttert inn i ordninga viser også at bilete er noko samansett. Ein del av dei som startar i ordninga er meir fysisk aktive enn kva ein ville forvente. Det ser også ut til å vere ein tendens til at ordninga har noko overrekruttering av ressurssterke, i alle høve om vi legg utdanningsbakgrunn til grunn for ei slik vurdering. Samstundes

er det mange av reseptdeltakarane som er ute av arbeidsmarknaden, anten fordi dei er trygda, fordi dei er langtidssjukemelde eller ikkje er i arbeid av andre grunnar. Sett i lys av tilknytninga til arbeidsmarknaden, er det såleis mykje som tyder på at fleirtalet som blir rekruttert inn i ordninga står i ein livssituasjon der dei kan vere utsett for marginaliseringsprosessar.

Ordninga rekrutterer også langt færre menn enn kvinner. I tillegg er det ei utfordring at den i liten grad fangar opp personar med minoritetsbakgrunn. Det ser også ut til at enkelte grupper i større grad enn andre følgjer opp det tilbodet dei får i ordninga. Fråfall ser særleg ut til å vere knytt til overvektige og psykisk sjuke.

Når det gjeld brukarerfaringar har evalueringa primært sett på i kva grad reseptordninga gir endringar i fysisk aktivitet, røykevanar og kosthald. Når ein ser på effektar ut over dette, er det mange som opplever at ordninga har gjort at dei til dømes har opplevd glede ved mosjon og ikkje minst hatt glede av å trene med andre. Sistnemnde verkar å vere ei drivkraft for deltakaren i arbeidet med endring av levevanar. Det er derimot svært få som opplever at eigen medisinbruk har vorte redusert. Om slike endringar eventuelt inntreffer på lenger sikt gir denne evalueringa ikkje svar på.

Forord.....	3
Samandrag	5
Kapittel 1 Perspektiv på evalueringa.....	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Problemstillingar	13
1.3 Eit perspektiv på utviklingsarbeid	14
1.4 Perspektiv på endring	17
1.5 Perspektiv på evalueringa	19
Kapittel 2 Datagrunnlag	21
2.1 Kartlegging blant mottakssentralane	21
2.2 Kartlegging på fylkesnivå.....	22
2.3 Feltarbeid i kommunane	23
2.4 Spørjeundersøking blant legar	24
2.5 Spørjeundersøking blant brukarane	25
2.6 Anna datamateriale	29
2.7 Vurderingar.....	29
Kapittel 3 Mobilisering og utviklingsarbeid	31
3.1 Regionale aktørar.....	31
3.2 Interkommunalt samarbeid	33
3.3 Lokale aktørar.....	33
3.4 Erfaringar å bygge vidare på?.....	38
Kapittel 4 Organisering av reseptordninga.....	41
4.1 Mottakssentralane	41
4.2 Å nå ut med ordninga	44
4.3 Bruk av helsesamtaler.....	49
4.4 Bruk av testar.....	50
4.5 Kosthald og røykeslutt – integrerte delar av reseptordninga?.....	51
4.6 Organisering av treninga.....	53
4.7 Når reseptperioden er over.....	58
4.8 Erfaringar å bygge vidare på?.....	60
Kapittel 5 Tilvisar i sentral posisjon.....	63
5.1 Kven tilviser?.....	63
5.2 Kunnskap om ordninga blant legane	66
5.3 Haldningar til reseptordninga	68
5.4 Å treffe dei rette pasientgruppene.....	72
5.5 Mangel på tilvisingar?	74
5.6 Erfaringar å bygge vidare på?.....	76

Kapittel 6 Om å nå dei rette – målgruppe, deltaking og rekruttering	79
6.1 Kven er i målgruppa?	79
6.2 Helsesamtalen som motiveringsarbeid	95
6.3 Bruk av testar – skremmande eller motiverande?.....	99
6.4 Fråfall	100
6.5 Kunnskap hos brukarane.....	103
6.6 Avslutning	104
Kapittel 7 Reseptperioden – tett oppfølging og nøgde brukarar	107
7.1 Gruppeaktivitet – variert, motiverande og tilpassa	107
7.2 Tre månadar på reseptordninga – resultat og vurderingar	110
7.3 Avslutning	123
Kapittel 8 Når reseptperioden er over – kva skjer?	125
8.1 Fysisk aktivitet.....	125
8.2 Røykeslutt og endring av kosthald.....	130
8.3 Betra livskvalitet og helse?.....	132
8.4 Avslutning	135
Kapittel 9 Erfaringar og drøfting	137
9.1 Reseptordninga og brukarane - erfaringar	137
9.2 Reseptordninga og brukarane – drøfting.....	138
9.3 Utvikling av reseptordninga – erfaringar.....	140
9.4 Utvikling av reseptordninga – drøfting.....	141
9.5 Organisering av ordninga – erfaringar.....	144
9.6 Organisering av ordninga – drøfting.....	145
9.7 Legar som tilvisarar – erfaringar	146
9.8 Legar som tilvisarar – drøfting	147
Referansar	149
Vedlegg – spørjeskjema	151

Kapittel 1 Perspektiv på evalueringa

1.1 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 livsstilsending 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 for ordninga var for snever, at ordninga var for byråkratisk, at legane i for liten grad var involverte i utviklinga av ordninga og at ein mangla tilbod for å gi dei som fekk resepten oppfølging (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. 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 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

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.

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.³

Ordningane som er prøvd er basert på at tilvisar, i hovudsak legar, kan sende egne pasientar vidare til ein eigen sentral i kommunen (Frisklivssentral eller Fysiotek). Med utgangspunkt i ei eiga helsesamtale ved denne sentralen blir det lagt opp til eit løp for å hjelpe den enkelte til å endre egne 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, treningscenter ol. Det er lagt opp til at kostnaden ved deltakinga i reseptperioden skal vere låg.

Modellane som ligg til grunn for arbeidet

Vanskar med å kome i gang i Troms gjorde at det i praksis vart Frisklivsmodellen og Fysiotekmodellen som blei prøvd ut i prosjektperioden. 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. I Frisklivssentralmodellen vert det i større grad lagt vekt på at sentralen også sjølv skal kunne stå for å organisere aktivitetane. Også der vert det lagt stor vekt på motivasjonssamtalen.⁴

Nordland og Buskerud var først ute og søkte om å prøve ut ein oppfølgingsmodell i tilknytning til innføring av ordninga med Grøn resept. Dei fekk klarsignal i 2004 og var då etter egne utsegn ”allereie i gang” med arbeidet. Oppland og Troms fekk tildeling av midlar i tidleg 2005. I Oppland vart dette følgt opp av ein rask oppstart. Troms hadde derimot ikkje kome langt i dialog med kommunane og kompetansemodellen kom eigentleg aldri skikkeleg i gang.

³ Ut frå dette nyttar vi omgrep som reseptperiode, reseptdeltakar, reseptbrukar og reseptgruppe

⁴Omgrepa Fysiotek og Frisklivssentral blir i ein del tilfelle nytta om kvarandre i kommunane. Vi nyttar likevel desse nemningane for å skjle dei to grunnmodellane.

Vest-Agder fekk løyving sommaren 2005, men her hadde ein då alt starta prosjektet basert på midlar frå fylkeskommunen.

Nordland og Buskerud hadde også ei lengre historie bak seg med tanke på utvikling av lågterskeltiltak ved oppstart av ordninga enn dei andre fylka. Både i Nordland og Buskerud kan vi spore starten på arbeidet attende til ca 1995. I Buskerud er dette kopla til initiativ som dåverande kultursjef i Modum tok i lag med trygdesjefen i kommunen då dei starta å utvikle eit prosjekt for å auke den fysiske aktiviteten hjå grupper som vanlegvis ikkje var aktive. I Nordland starta ein i 1995 opp arbeidet med FYSAK i kommunane.⁵ Mot slutten av 1990-talet vart det vidare oppretta direkte kontakt mellom Nordland og Modum/ Buskerud, der ein utveksla erfaringar frå arbeidet med modellane.

Statlege midlar, eigne midlar frå fylkesnivået, samt eigenandel frå kommunane gjorde at desse to fylka kunne etablere modellar som var meir omfattande – men også meir kostnadskrevjande. Både Nordland og Buskerud har basert arbeidet sitt på Frisklivsmodellen. For dei andre fylka vart mulegheitene noko annleis, i og med dei visste dei ikkje kunne rekne med like store løyvingar frå staten. Reseptmodellane vart her enklare og meir retta mot å prøve ut spesielle aspekt. Prosjektet i Vest-Agder er modellert opp mot Frisklivssentralmodellen, men med større høve til lokal tilpassing enn det denne modellen legg opp til. I Oppland ligg Fysiotekmodellen i botn for arbeidet. Her har ein mellom anna henta inspirasjon frå liknande arbeid i Sverige.

1.2 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.

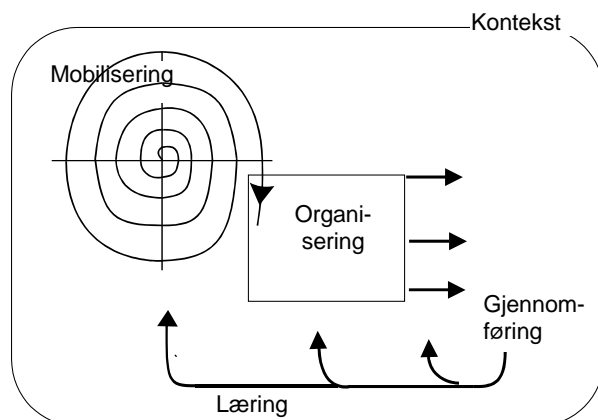
Problemstillingane er basert på ei erkjenning av at det er ei stor utfordring å legge forholda til rette for at folk skal lukkast med endringar av levevanar (Mæland 2005). Målet med evalueringa er såleis å skaffe kunnskap om i kva grad lokale støttetiltak kan medverke til slike endringar, og kva vilkår 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.

⁵ Jf fotnote 1.

1.3 Eit perspektiv på utviklingsarbeid

Som nemnd er ein sentral del av evalueringa er å vurdere utviklingsarbeidet som har vore gjort for å utvikle ulike modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald. Dette krev eit perspektiv for forståing og systematisering av erfaringane som er gjort i dette arbeidet. Primært oppfattar vi at eit arbeid som dette skal gi svar på praktiske spørsmål som kan avdekke handlingsalternativ vidare (Brox 1995).

Evalueringa er ei form for følgjeforskning, der ein studerer prosessar som er i gang. Det er såleis ikkje ei evaluering av arbeid som er slutført. Tornes (1996) knyter termen *følgeforskning* til den kunnskapsproduksjonen som skjer i kommunikasjonen mellom forskarar som analyserer eit pågåande prosjekt eller eit utviklingsarbeid, og dei som er ansvarlege for dette og har erfaringar frå den konkrete gjennomføringa av den. Gjennom denne tilnærminga skal ein sameine *innsikt ved forskning* og *innsikt ved praksis*.



Figur 1.1. Variablar i endringsprosessar – ein modell for evaluering av utviklingsarbeid. (Amdam 1997).

Studien av prosessane knytt til igangsettinga og gjennomføringa av utviklingsarbeidet, er basert tankegangen rundt ein evalueringsmodell (figur 1.1) for gjennomføring av tverrfaglige prosjekt (Amdam og Amdam 2000; Amdam 2005). Sentralt i dette perspektivet står ein tanke om at utviklingsprosessar krev brei deltaking, og at dette stiller krav til å forankre prosjekt i dei organisasjonane som deltek. Modellen vil for det første fungere som eit rammeverk i studien av prosessar knytt til igangsettinga og organiseringa av arbeidet som blir gjort i lokalt. Vidare vil den vere eit grunnlag for studere prosessar knytt til gjennomføring av prosjektet, samt samspelet mellom lokalt og regionalt nivå. Modellen viser fem hovudvariablar i eit slikt utviklingsarbeid, som danner eit teoretisk rammeverk for evalueringa.

- Kontekstvariabelen, handlar om dei rammene utviklingsarbeidet realiserast innanfor, anten dette er snakk om dei rammene fylka arbeider under, eller dei rammene kvar mottakssentral arbeider under når dei skal legge til rette for eit konkret opplegg for dei som får eit tilbod på reseptordninga.
- Mobiliseringsvariabelen handlar om korleis sentrale aktørar blir inkludert i prosessen. Det kan vere aktørar som representerer mottakssentralen, aktørar i primærhelsetenesta i kommunen eller personar som skal delta i opplegget. Eit sentralt spørsmål er i kva grad prosessane blir forankra i organisasjonane som skal gjennomføre dei. Forsking viser ein klar samanheng mellom deltaking i, og resultat av denne typen prosesser (Amdam 2005). Det kan vere teneleg å skilje mellom direkte og indirekte resultat. Direkte resultat gjeld formålet med prosessen, medan dei indirekte resultatata omfattar det vi kan kalle institusjonell kapitalbygging, til dømes ved at det gjennom arbeidet blir etablert varige nettverk og ny kunnskap. Ei viktig erfaring er at vellykka samarbeid på tvers av etatar resulterer i det vi kan kalle sosial infrastruktur som aukar grunnlaget for å etablere vellykka prosessar også i framtida (Healey 1997, Amdam 2005). Mobiliseringsarbeidet vil såleis vere eit viktig grunnlag for det utviklingsarbeidet som blir gjort i kommunane.
- Organisasjonsvariabelen handlar om arbeidsdeling og samarbeid mellom dei som deltek i utviklinga av modellane på regionalt og lokalt nivå. Organisering er eit breitt tema, som kan omfatte ulike dimensjonar. I utviklingsarbeid er det gjerne snakk om organisering på tvers av tradisjonelle sektorar, med sikte på å løyse dei utfordringane ein står overfor. Det er snakk om å kople deltakarar, problem og løysingar innanfor felt, der ein ikkje kan basere seg på politisk styring gjennom kommandomakt (March og Olsen 1976, Amdam 1997). I dette ligg det at utviklingsorienterte organisasjonar må opne opp for kontinuerlege endringsprosessar. Amdam (1997) understrekar at det er avgjerande at det i overgangen frå mobiliseringsprosessen til etablering av ein organisasjon, blir gitt rom for samarbeid der dei enkelte kan inngå som likeverdige aktørar. I dette treng det ikkje ligge at alle er like involverte, men at det er lagt til rette for at interessene til alle aktørane sikrast i relevante samanhengar. Dette er særleg viktig når ein skal sameine aktørar med ulik tilknytning, anten dei er knytte til offentlege, private eller frivillige organisasjonar. Legitimitet og forankring av arbeidet vil ofte vere sentrale stikkord her. Forankringa av ulike tiltak har vist seg å være avgjerande for å oppnå legitimitet og gjennomslagkraft i og på tvers av organisasjonar (Scott 2001).

- Erfaringsmessig er det rimeleg lett å mobilisere aktuelle aktørar (Amdam 1997). Utfordringa ligg i det å sikre at desse aktørane tek ansvar slik at eit samarbeid på tvers av etablerte organisasjonsgrenser kan bli kome på plass. Dette krev gjerne samarbeid både mellom ulike aktørar på utøvande nivå og på tvers av nivåa. Her skal ein til dømes greie å sameine involverte representantar med ulike eksistensgrunnar, ulike kulturar og ulike forventningar.
- Gjennomføringsvariabelen handlar om dei tiltaka som blir sette i verk og resultatane av desse. Det overordna målet for arbeidet er å gi eit tilbod som kan gje varige endringar i form av endring av levevanar. Dette perspektivet blir teke vare på gjennom eigne metodiske opplegg knytt til oppfølginga av deltakarane i reseptordninga. Vidare må gjennomføringa vurderast i forhold til det utviklingsarbeidet som blir gjort i den enkelte kommune. Det å få fram barrierar og suksessfaktorar knytt opp til dei modellane som blir utvikla i kvar kommune i forhold til oppfølginga av den enkelte vil vere eit sentralt tema her.
- Læringsvariabelen peikar på at eit viktig mål med evaluering av prosessen er å betre den organisatoriske praksisen. Erfaringane kommunane gjer gjennom eige utviklingsarbeid, skal vere til nytte både for dei sjølve og andre. Dette er nært relatert til det Argyris kallar organisatorisk intelligens (Argyris 1982, Scott 2001). Intelligensen til ein organisasjon eller ei gruppe organisasjonar er forankra i institusjonelle rutinar og praksisar. Organisatorisk læring skjer såleis gjennom tilpassing av rutinar og praksis til ny kunnskap og erfaring. Eit godt prosjekt legg til rette for slik læring. Ein viktig del av evalueringa er å få fram, vurdere og vidareformidle det utviklingsarbeidet og den læringa som skjer i rundt sentralane i kommunane. Som dei tre læringspilene i modellen viser, skjer organisatorisk læring på fleire nivå – også kalla læringskretsar (Argyris 1982; Amdam 2005).
- **Den første læringskretsen** er knytt til i kva grad gjennomførte prosjekt fungerer etter føremålet. Spørsmålet er i kva grad opplegget har fungert som den skal i forhold til å styrke sjansane for varige endringar i levevanar hos dei gruppene som har behov for oppfølging. Dette blir kalla enkeltkrets læring.
- **Den andre forma for organisatorisk læring** er refleksjon over i kva grad måten å organisere arbeidet på var teneleg i forhold til å oppnå måla. Eit sentralt spørsmål er om ein gjennom måten å organisere tiltaket på, har skaffa seg erfaringar som også andre kommunar kan dra vekslar på.

- **Den tredje forma for læring** er relatert til i kva grad sjølve måla for prosjektet var tenelege og om dei rette aktørane var involvert i prosjektet på rett måte. Også her kan det ligge erfaringar med overføringsverdi til andre som skal gjennomføre liknande opplæringstiltak.

De tre formene for læring korresponderer (i omvendt rekkefølge) til eit strategisk, eit taktisk og eit operativt nivå i organiseringa (Amdam 2005, Amdam og Amdam 2000). utfordringane for evaluator i denne samanhengen, har vore å utforme eit opplegg som, i tillegg til å gi ei evaluering av i kva grad ein har nådd måla for arbeidet, også gjev oppdragsgjevar kunnskap som kan brukast til å utbetre den strategiske (mobilisering), taktiske (organisering) og operative (gjennomføringa) organiseringa av slikt arbeid vidare.

Modellen over blir brukt til å identifisere viktige variablar i utviklingsarbeidet. I evalueringa er det gjennomført både spørjeskjemaundersøkingar og kvalitative intervju, der tema har vore basert på tenkinga bak denne modellen. Data-materiale er henta inn frå aktørar i nøkkelposisjonar lokalt. Desse aktørane må identifiserast i kvart enkelt fylke og i kvar kommune. Ansvarlege for mottaks-sentralane er viktige aktørar her, i tillegg til personar i administrative posisjonar i kommuneorganisasjonen.

1.4 Perspektiv på endring

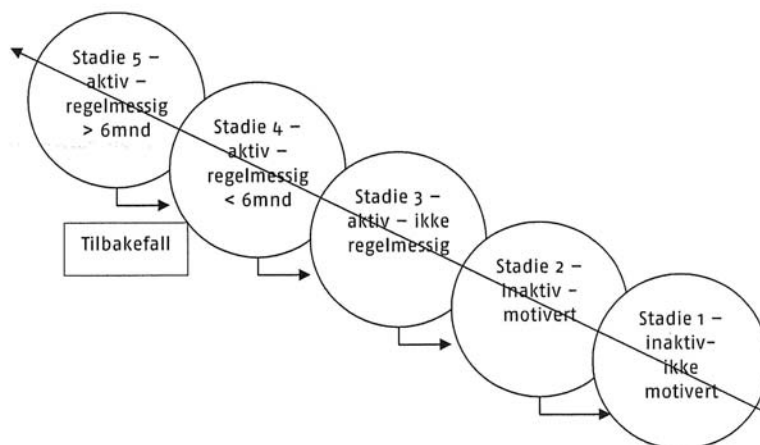
Prochaska og Di Clementes stadiemodell er ein mykje nytta modell i studiet endringsprosessar. Modellen, som vart utvikla gjennom studiar av røykarar, viser kjenneteikn ved ein persons tankar, kjensler og atferd i ulike stadium av ein endringsprosess (Barth m fl 2001). Modellen kan også vere til hjelp i studiet av endring både i forhold til fysisk aktivitet og endring av kosthald. Modellen har i alt fem stadium:

- Stadie 1, "Føroverveilsesstadiet":** På dette stadiet har personen ingen planar om å endre atferd. Personen er lite bevisst ("unaware" eller "underaware") på dei problematiske sidene ved atferda og er i liten grad mottakeleg for informasjon om ulempene ved atferda.
- Stadie 2, "Overveilsesstadiet":** På dette stadiet er personen klar over problemet og vurderer å arbeide med det. Personen er meir open for påverknad, men endringane er likevel ikkje overført til faktisk handling.
- Stadie 3, "Forberedelsestadiet":** Det sentrale på dette stadiet er at personen har fatta ei avgjersle om å endre levevanen og har lagt ein plan for gjennomføring. Dei reelle endringane på dette stadiet kan likevel vere små.
- Stadie 4, "Handlingsstadiet":** Her har personen faktisk endra levevanar og brukar gjerne mykje merksemd på å kontrollere at endringane vert

gjennomført (t.d vektkontroll, kondisjonstest). Handlingsstadiet er, i alle fall i byrjinga, ein oppløftande periode (Barth m fl 2001). Det er likevel avgjerande at personen er budd på vanskar som kan oppstå og har strategiar i forhold til dette (Mæland 2005).

Stadie 5, "Vedlikeholdsstadiet": På dette stadiet arbeider ein for å internalisere den nye atferda, at den skal verte ei rutine. Sentralt på dette stadiet er det å hindre tilbakefall og sjølv etter langvarig endring vil mange måtte vere innstilt på å leve med ambivalens (ibid). Dette kan til dømes vere ambivalens i forhold til kost- eller røykevanar.

Atferdsendring kan være prega av ein lineær gang gjennom stadia, altså at ein tek dei steg for steg, eller det kan gå meir i syklusar. For mange vil arbeidet med å endre levevanar vere prega av syklusar, der tilbakefall inngår som ein del. Tilbakefall er så vanleg i samband med endring av levevanar at det er forventa og blir oppfatta som ein normal del av prosessen (Barth m fl 2001).



Figur 1.2. Stadia i Prochaska og Di Clementes stadiemodell, tilpassa fysisk aktivitet (henta frå Lorentzen m. fl. 2005).

Sosial kognitiv teori framhevar at atferdsendring blir påverka av samspelet mellom miljøet, personlege faktorar og trekk ved sjølve atferda. Relatert til fysisk aktivitet kan gode turområde vere eit eksempel på kategorien miljø, fysisk form eit eksempel på personleg faktor og moderat intensitet vere eit eksempel på trekk ved atferda (Marcus & Forsyth 2003). Desse vil operere i eit samspel, med gjensidig påverknad.

Sosial kognitiv teori legg også i stor grad vekt på samspelet med andre menneske. Endring av atferd kan i så måte vere eit resultat av oppmuntring frå

andre eller at ein gjennom observasjon ser nytta av ei atferdsending. Sjølvtilitt, forstått som tru på egne evner til å til dømes vere fysisk aktiv i forskjellige situasjonar, miljø, sesongar og vêrforhold (Kallings 2008), er sentralt her.

Marcus & Forsyth (2003) nyttar omgrepet mellomliggande faktorar (mediators) om faktorar som kan føre til endring i atferd. Kva syn den enkelte har på det å vere fysisk aktiv kan vere eit eksempel på ein mellomliggande faktor i vårt tilfelle. Dersom utgangspunktet for eit intervensjonsprogram er at det er meir sannsynleg med varig livsstilsending når brukaren har eit positivt syn på fysisk aktivitet, vil det vere viktig at programmet byggjer opp under dette. Syn på fysisk aktivitet kan difor vere ein mellomliggande faktor som kan påvirke endring i fysisk aktivitet. Oppfatting av utfall (outcome expectations) er eit anna eksempel på ein mellomliggande faktor.

Ein endringsprosess skjer såleis i eit samspel mellom fysiske/psykososiale omgivingar og oppfatningar hos personen. Det vil til ein kvar tid vere prosessar som kan verke oppbyggjande eller nedbrytande. Ei skade kan gjere at ein kjem ut av "flytsona" og ikkje tek til att med trening seinare. På same måte kan ein sorgreaksjon resultere i at ein et meir usunn mat. I motsett tilfelle kan ein god dynamikk i treningsgruppa gjere at ein står på litt ekstra og kanskje kjem på ei trening som ein elles hadde stått over.

1.5 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 sider av 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 brukarerfaringane 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.

Kapittel 2 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
- 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
- kvantitativ spørjeundersøking blant brukarane av reseptordninga

2.1 Kartlegging blant mottakssentralane

Mottakssentralane har hatt ei viktig rolle i arbeidet med reseptordninga. Mykje av det lokale utviklingsarbeidet er knytt til desse sentralane. Mottakssentralane har også ei viktig rolle i forhold til reseptdeltakarane.

Arbeidet deira er følgt opp på fleire måtar i evalueringa. Startpunktet var ei kvantitativ undersøking adressert til dei kommunane som har vore involverte i utviklingsarbeidet i kvart av dei fem fylka (Oppland, Buskerud, Vest-Agder,

Nordland og Troms). Kommunar som var aktuelle å kontakte vart identifiserte ved hjelp ansvarlege på fylkesnivået. Dette utgjorde til saman 32 kommunar som alle fekk tilsendt spørjeskjema. I ein av kommunane, Kristiansand, vart det i utsendinga teke høgde for at byen i alt hadde tre mottakssentralar. Her var ordninga organisert gjennom tre private sentralar, samt prosjektleiinga på kommunenivå. Spørjeskjemaet vart sendt både til sentralane og til den ansvarlege i kommunen. Med denne tilpassinga for Kristiansand var det i alt 35 aktuelle "einingar" i undersøkinga. Total fekk vi svar frå 30 av desse. Sjølv om dette er svært små tal i statistisk samanheng, har vi av pedagogiske årsaker valt å bruke prosent i framstillinga.

Hovudmålet med undersøkinga blant mottakssentralane var å kartleggje arbeidet i kommunane. Forankring av prosjektet, organisering av trening, tilbud gjennom kurs, tiltak for informasjon, samt rutinar knytt til fråfall og rapportering var sentrale tema i undersøkinga. Med 2006 som utgangspunkt vart det også gjennomført ei kartlegging av reseptane som vart skrivne ut i dette året. Fordeling mellom kjønn, forhold mellom tal på reseptar og tal på personar som byrja, samt kva faggrupper som stod for tilvisningane var sentralt her.

Sommaren 2008 vart det sendt ut ei oppfølgjande undersøking til mottakssentralane. I denne undersøkinga vart det brukt nettskjema og vi fikk inn totalt 22 svar. Også i denne undersøkinga vart spørjeskjemaet sendt til dei tre sentralane i Kristiansand, men denne gangen ikkje til kommunenivået, i og med at spørsmåla i denne runda berre hadde relevans inn mot aktiviteten ved kvar mottakssentral. Dermed vart svarprosenten på 65 prosent (22 svar av 34 moglege) noko som er lågare enn i den første undersøkinga av sentralane. Også for denne undersøkinga har vi av pedagogiske grunnar valt å gi opp fordelingane i prosent, sjølv om den totale svarmengda er lita i statistisk samanheng.

2.2 Kartlegging på fylkesnivå

Hovudfokuset i *Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald* ligg på kommune-/prosjektnivå. For å kunne forstå og tolke det som skjer i kommunane, såg vi behov for å samle inn meir informasjon om det som skjer og har skjedd på fylkesnivået. Det har difor blitt utført ei enkel intervjurunde over telefon blant prosjektleiarane på fylkesnivå i dei fem fylka. Det vart utforma ein spørjeguide med opne tema/spørsmål som vart brukt som basis for intervjuet. Desse vart tekne opp på band og utskrift av desse vart sendt til informantane for godkjenning. Andre kjelder som har blitt nytta i kartlegginga av fylkesnivået sin aktivitet er diverse dokument slik som planar og rapporteringar, i tillegg til informasjon tilgjengeleg på aktuelle nettsider.

2.3 Feltarbeid i kommunane

I utforming og gjennomføring av prosjekta er det lokale variasjonar ikkje berre mellom fylka, men også innan eitt og same fylke. Gjennom å besøke ulike kommunar og intervju fleire personar i same kommune, har vi fått god innsikt i korleis lokale forhold har innverknad på organisering av reseptordninga.

Dei 16 kommunane fordeler seg på fylka Nordland, Buskerud, Oppland og Vest-Agder.⁶

Utval av kommunar har vore gjort strategisk ut i frå funn i undersøkinga blant mottakssentralane. Det var viktig for oss å finne fram til kommunar som hadde hatt ein del aktivitet ved mottakssentralen og som dermed hadde erfaringar å dele med oss. Det var ei rimeleg hypotese at dei som har ein viss mengde aktivitet ved sentralen gjerne har utvikla seg over tid og funne løysingar på eventuelle utfordringar undervegs. Slike erfaringar ville vere viktig informasjon for oss. Kommunane skulle også fordele seg noko lunde likt mellom fylka. I tillegg var det viktig at dei to store bykommunane Drammen og Kristiansand var med i utvalet, for å sikre at vi fekk med erfaringar både frå små og store kommunar.

Ute i dei enkelte kommunane har dei som er ansvarlege for mottakssentralane vore ei viktig informantgruppe. Desse har blitt intervjuja på basis av ein spørjeguide med opne spørsmål, noko som gav meir utfyllande informasjon enn det som var mogleg å fange opp i spørjeundersøkinga. I tillegg har andre som kjenner godt til ordninga lokalt vore nyttige informantar. Døme på denne type informantar kan vere helsesjef i kommunen, kommunelege eller liknande. Med to unntak, vart det gjennomført intervju med minimum to personar i kvar kommune, der ein av desse var ansvarleg ved mottakssentralen. Dei andre informantane vart plukka ut på basis av informasjon om kven andre enn ansvarleg for mottakssentralane, som var sterkt involverte i utviklinga av reseptordninga lokalt. Desse intervjuja har gjort det mogleg for oss å sjå ordninga i ein lokal kontekst der forankring i administrativt og politisk styresett har vore sentralt. Som kvalitetssikring av data har oppsummeringar av hovudfunn frå kvart fylke blitt sendt til respondentane for kommentarar.

Feltarbeida i kommunane har gjort det mogleg å studere både sterke og svake sider ved dei ulike modellane og dei lokale tilpassingane i reseptordninga. Breidda i informantgruppa har gjort at vi i kvar kommune har fått eit godt bilete

⁶ 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.

av korleis ordninga er organisert lokalt, og korleis ulike aktørar vurderer denne forma for organisering. Gjennom intervju med sentrale aktørar i kommunen, har det vore mogleg å få ei betre forståing av dei lokale føresetnadane som reseptordninga har vorte til under. Felles for alle informantane var at dei med utgangspunkt i ulike posisjonar hadde vore involverte i utviklinga av ordninga, og slik kjende denne relativt godt. Dette gav innsikt i ordninga, men kan også gjere at dei sit i ein posisjon som systemforsvarar. Vårt inntrykk er likevel at ein gjennom utvalet av informantar fekk tilbakemeldingar både om sterke og svake sider ved ordninga. Det er viktig å merke seg at når det gjeld vurderingar korleis mottakssentralane fungerer, har vi sikra oss informasjon om dette gjennom fleire kjelder. Det gjeld for det første gjennom kvantitative data. Her har både legane og reseptbrukarane svara på spørsmål om den rolla sentralane har hatt. I tillegg var dette også tema i gruppeintervju med reseptdeltakarar.

Dei nemnde gruppeintervju vart gjennomført i løpet av feltarbeidet. Deltakarar frå i alt tolv grupper vart intervju. Målet med desse intervju var mellom anna at deltakarane skulle vurdere ordninga ut frå eigen ståstad. Gruppeintervju var primært meint som eit supplement til individundersøkinga. Fordelen med å intervju brukarane i grupper, er at dette kan gi effekt på den måten at dei utfyller kvarandre og kanskje også utfordrar kvarandre undervegs i samtalen. Samtalen under gruppeintervjuet kan såleis generere informasjon som vi elles ikkje hadde fått tilgang til. Dette gjeld både i forhold til korleis ulike brukarar opplever ulike sider ved ordninga meir allment og korleis den fungerer i forhold til eigen situasjon.

2.4 Spørjeundersøking blant legar

Legane har ein sentral posisjon i reseptordninga. Dei har stått for hovuddelen av tilvisingane. Mange av legane har såleis gjort seg konkrete erfaringar med ordninga. Det vart difor utarbeidd eit spørjeskjema til fastlegane i kommunane. Dette vart distribuert til legane via mottakssentralane. På denne måten hadde denne undersøkinga ei lokal forankring. Ansvarlege for sentralane kunne såleis informere om undersøkinga og stimulere til at mange svara på skjemaet. Det vart også lagt vekt på at skjemaet som blei utforma var kort, slik at det ikkje tok lang tid å fylle ut.

På bakgrunn av funn frå kartlegginga blant mottakssentralane valde vi ut kommunar der ein stor del av legane hadde konkrete erfaringar med å tilvise reseptbrukarar til ordninga. Dette for å sikre at flest mogleg av legane kunne svare på spørsmåla på basis av egne erfaringar. I alt 20 kommunar vart valt ut. Basert på opplysningane frå mottakssentralane var det til saman 255 fastlegar i desse kommunane. Dei fekk tilsendt skjema, etterfølgd av ei påminning om å svare på skjemaet. Dette resulterte i 124 svar, det vil seie ein svarprosent på 49. Tre av legane som sende inn skjema kryssa av på skjemaet for at dei ikkje kjende til reseptordninga i eigen kommune og kunne dermed ikkje svare på

spørsmåla om eigne erfaringar med reseptordninga. Basis for analysen er såleis i alt 121 legesvar.

2.5 Spørjeundersøking blant brukarane

Eit sentralt spørsmål for evalueringa er om reseptordninga gir endringar i fysisk aktivitet, røyking og kosthald blant deltakarane. For å kunne seie noko om dette, var det behov for å utvikle eit opplegg for å sjå på endringar hos deltakarane over tid. Dette krev innsamling av longitudinelle data, det vil seie eit opplegg der ein følgjer dei same personane over ein kortare eller lenger periode av livsløpet. Opplysningar om kvart individ blir samla inn på fleire registreringstidspunkt. På denne måten kan endringar koplast til tidsdimensjonen, der endringar gjerne blir sett som eit samspel mellom omgjevnadane og den enkelte (Frønes m. fl. 1997).

Det individuelle livsløpet er påverka av ulike sosiale institusjonar. Reseptordninga er ein slik institusjon. Ein intervensjon av den typen reseptordninga representerer for den enkelte, har som mål å legge til rette for endring av levevanar. Gjennom å følgje dei som har vore deltakarar på ein slik intervensjon over tid, vil ein også kunne spore endringar av intervensjonen over tid.

Det blei utarbeidd tre spørjeskjema, berekna på å registrere situasjonen for brukarane i tre ulike fasar; ved starten på reseptperioden, etter at reseptperioden var over og når det hadde gått seks månader etter at reseptperioden var over.

Første kontakt med deltakarane gjekk via mottakssentralane i kvar kommune. Alle nye reseptdeltakarar vart registrert med kjønn og alder, samt spørsmål om dei ønskte å delta når dei kom til mottakssamtale på sentralen. Dei som ville vere med på undersøkinga fekk utlevert spørjeskjema med eit identifikasjonsnummer. I tillegg vart namn, adresse og telefonnummer registrert på ei separat liste. Denne lista vart returnert til Møreforsking etterkvart som nye deltakarar kom til.

Registreringa av nye deltakarar starta etter at nødvendige løyve vart gitt i april 2007 og vart avslutta ved utgangen av september 2007. I alt 255 reseptdeltakarar fekk i denne perioden spørsmål om dei ønskte å delta. Av desse var det i utgangspunktet berre elleve som ikkje ville ta del i undersøkinga. I praksis var det langt fleire som ikkje sende inn skjema. Det kom såleis inn skjema frå i alt 190 personar ved reseptstart. Ei praktisk utfordring var å organisere purring. I og med at vi ønskte å registrere situasjonen ved reseptstart, ville svar sendt inn lang tid etter at reseptdeltakaren var i gang med å følgje opp tilbode han eller ho hadde fått, ha mindre verdi for undersøkinga. Enkelte sentralar sende inn listene over nye deltakarar så seint at det ikkje var mogleg sende ut purring. Når listene kom raskt inn, vart dei som ikkje sende inn svar kontakta og påminna om undersøkinga etter kort tid. Då fekk dei også tilbod om

å gjennomføre undersøkinga som telefonintervju. Dette for at personar som av ulike grunnar fann det vanskeleg å fylle ut spørjeskjemaet på eiga hand, også fekk høve til å svare. Skjema vart utforma slik at det var tilpassa ordninga i kvar fylke og kvar kommune. Det betyr at det lokale namnet på resepten blei brukt, slik at det ikkje skulle vere noko tvil om kva ordning spørsmåla dreia seg om.

Når reseptperioden var over vart dei same personane kontakta på nytt. Fleirtalet gjennomførte reseptperioden på tre månader. Før skjema vart sendt ut, bad vi likevel om stadfesting frå sentralane om at dei som følgde resepten, faktisk var ferdig med perioden. Dette fordi enkelte kom litt seinare i gang enn planlagt eller hadde pausar undervegs. Skjemaet vart såleis først sendt ut til kvar enkelt når reseptperioden var over. For dei som av ein eller annan grunn avbraut deltakinga, vart skjemaet sendt ut på det tidspunktet reseptperioden etter planen skulle ha vore avslutta for deira del. Skjema vart denne gongen sendt til kvar enkelt gjennom posten. Purring vart gjennomført både per post og telefon. I alt 145 svara på skjemaet i andre runde.

Tredje innsamling vart gjennomført på liknande måte som andre runde. Om lag seks månader etter andre runde fekk dei tilsendt nytt skjema. Etter purring kom det i denne runden inn 120 svar.

Det er tre utfordringar for bruken av data frå denne longitudinelle studien. Den første er knytt til fråfallet av deltakarar som svara på skjemaet i løpet av dei tre innsamlingsrundene. Det andre er knytt til kva status deltakarane har ved siste registrering. Den tredje er talet på deltakarar i undersøkinga.

Utfordringar knytt til fråfall. Sett i forhold til dei registrerte nye reseptdeltakarar i perioden april til september 2007, fekk vi svar frå 75 prosent i første runde. Etter andre runde vart svarprosenten redusert til 57 prosent, medan den i siste runde var 47 prosent (av dei opphavleg 255 registrerte brukarane i perioden). Dei aller fleste let vere å svare, utan å gi noko grunn til det. I tillegg var det fire som trekte seg på ulike tidspunkt undervegs og ein som døde.

Gjennom aktive tiltak, først og fremst ved å følgje opp deltakarane tett, mellom anna ved påminningar over telefon og tilbod om å svare gjennom telefonintervju, kunne ein nå mange som kanskje ville vere vanskeleg å nå elles. Vidare deltok alle som svara i trekning av ti gåvekort, noko som også var meint som ein inspirasjon til å vere med på alle tre rundane. Når meir enn halvdel av deltakarane var ute av undersøkinga ved tredje innsamlingsrunde, er det likevel grunn til kontrollere i kva grad fråfallet endrar samsetning av gruppa.

Kontrollert for variablar der vi har opplysningar om alle dei 255 personane som kunne vore med i undersøkinga, viser fråfallanalysane følgjande:

- Kvinnene er i utgangspunktet overrepresenterte blant reseptdeltakarane jamført med menn. Denne overrepresentasjonen aukar som følge av fråfall med 7,5 prosentpoeng fram til og med tredje innsamlingsrunde.
- Det er relativt stort fråfall blant dei yngste reseptdeltakarane. Andelen under 30 år blei redusert med 3,7 prosentpoeng i løpet av heile innsamlingsperioden, medan andelen mellom 30 og 45 år blei redusert med 11,2 prosentpoeng.
- Blant fylka, er fråfallet størst i det fylket som i utgangspunktet var registrert med flest reseptdeltakarar, nemleg Oppland. Andelen av deltakarar frå Oppland som svara på skjemaet i siste runde var redusert med 5,3 prosentpoeng jamført med dei som fekk tilbod om å vere med i undersøkinga.

Kontrollert for variablar der vi har opplysningar om dei som sende inn skjema ved reseptstart, viser fråfallsanalysane følgjande:

- Andelen som gir uttrykk for at dei likar fysisk aktivitet godt (svært godt eller nokså godt) er nokså lik for dei 190 som svara i første innsamlingsrunde og dei 120 som svara på skjemaet i siste innsamlingsrunde. Det er såleis 2,5 prosentpoeng fleire blant dei siste enn dei første som svarar at dei likar fysisk aktivitet godt.
- Det er eit fråfall på 5,8 prosentpoeng blant dei som har grunnskuleutdanning som høgste avslutta utdanning frå første til siste innsamlingsrunde, medan dei med utdanningar på høgskule- og universitetsnivå i større grad enn andre svara på skjemaet i dei tre innsamlingsrundane. Slik sett var høgskule- og universitetsgruppa 6,9 prosentpoeng større ved siste registrering samanlikna med første. Dei med høgskule- og universitetsutdanningar utgjer såleis 35,9 prosent av dei som svara på individskjemaet tre gonger.
- Fråfallet blant dei som ikkje var i fast arbeid var på 3,4 prosentpoeng i perioden.

Når vi ønskjer å måle i kva grad reseptordninga gir auka fysisk aktivitet blant brukarane, har målet vore å få svar både frå dei som har fullført reseptperioden og dei som ikkje har gjort det, frå dei som held fram med fysisk aktivitet etter reseptperioden og dei som ikkje gjer det. Fråfallanalysane kan vere ein indikasjon på at dei som ikkje svarar på skjemaet i større grad enn andre droppar ut av ordninga. Erfaringar i evalueringa elles peikar til dømes i retning av unge oftare fell ut av ordninga enn eldre. Ein annan indikasjon på det same er at fråfallet frå andre til siste datainnsamling, var 5,2 prosentpoeng større blant som ikkje hadde fullført resepten jamført med dei som hadde fullført resepten ved andre datainnsamling. Det er difor grunn til å tru at ”vellinga” reseptdeltaking også har vore ein større inspirasjon til å svare på skjemaet enn ”mislukka” reseptdeltaking.

Utfordringar knytt til statusen reseptdeltakarane har ved siste innsamling.

Til grunn for analysen ligg tanken om at reseptdeltakarane gjennomfører ein reseptperiode på tre månader, for deretter å vere meir sjølvgåande. Realiteten er derimot at ein del tidlegare reseptdeltakarar gjennomfører nye reseptperioder i etterkant av den første. Dette kan vere personar som av ulike grunnar avslutta første reseptperiode utan å fullføre. Det kan også vere personar der ein har vurdert at dei treng ekstra oppfølging, slik at dei har fått ny resept i etterkant av den første. Status for "tidlegare reseptdeltakarar" kan såleis vere at dei seks månader etter at første reseptperiode vart avslutta, framleis er reseptdeltakarar.

Av 120 tidlegare reseptdeltakarar er det knapt 18 prosent som er i ein slik situasjon ved siste innsamlingsrunde. Når vi går inn å analyserer aktivitetsnivået for dei som er knytt til reseptordninga og dei som "går for eiga maskin" seks månader etter at første reseptperiode vart avslutta, registrerer vi at det er høgast hos dei første. Dei som framleis er med i reseptordninga er gjennomsnittleg i fysisk aktivitet på ein slik måte at dei blir svette/andpustne 3,4 gonger i løpet av ei veke ved siste registrering. Dei som ikkje var på reseptordninga var på same tidspunkt i gjennomsnitt i tilsvarande aktivitet 2,7 gonger. Det er såleis ein forskjell mellom dei to gruppene, både i faktisk aktivitet og status i forhold til resepten. Det er såleis berre 99 av dei 120 personane som har svara på spørjeskjemaet i tre omgangar som har følgd eit meir tilnærma "normalløp" for resepten, slik at dei er ute av reseptordninga seks månader etter at første periode av reseptordninga er avslutta.

Reduksjonen av analyseiningar, både som følgje av fråfall og som følgje av at enkelte framleis er reseptdeltakarar, gjer grunnlaget for analysane mindre enn kva dei ideelt kunne vore. Vi har difor vurdert det som nødvendig primært å presentere resultatata som ei kartlegging av situasjonen seks månader etter at resepten er over, utan at ein kan analysere betydinga ulike bakgrunnsvariablar systematisk, slik opphavleg tenkt.

Tal brukarar i reseptordninga. Det er også eit spørsmål om dei 255 personane som vart oppgitt som nye reseptdeltakarar i perioden april til september 2007, tilsvarar alle nye deltakarar i same periode. Frå Nordland vart rapportert inn i alt 75 nye brukarar frå mottakssentralane i den aktuelle perioden. For heile 2007 var det 355 registrerte brukarar i Nordland (jf kapittel 4.2). Sjølv om perioden der vi registrerte nye brukarar inkluderer sommarferien, er tal deltakarane vi har fått innrapportert kanskje færre enn vi kunne vente ut frå totalt tal deltakarar i ordninga. Inntrykket vårt er også at enkelte av mottakssentralane i mindre grad enn andre følgde opp med registreringa av nye deltakarar til undersøkinga vår enn andre. Dette galdt ikkje berre i Nordland, men også i dei andre fylka. Frå Vest-Agder vart det til dømes berre meldt inn 30 deltakarar totalt. Av desse var det 20 reseptdeltakarar som svara ved første innsamlingsrunde. I dei andre fylket var det totale talgrunnlaget betre, med 59 svar frå Oppland, 56 svar frå Nordland og 55 svar frå Buskerud.

Data om kosthald og røyking. Vi fekk i forkant av datainnsamlinga i Oppland og Vest-Agder opplyst at kosthald og røyking ikkje var tema ved første helsesamtale i desse fylka. Spørsmål som handla om kosthald og røyking knytt til første helsesamtale vart difor utelatne her. Dette gjer at det berre er samla inn data frå Nordland og Buskerud på ein del av dei spørsmåla som gjeld kosthald og røyking.

I tillegg er det ein del av dei som svarar på spørsmål om røyking og kosthald, som vel svaralternativet "passar ikkje" når dei svarar på spørsmål om dette. Dette fordi dei ikkje røykjer eller fordi dei opplever eige kosthald som sunt. Dette gjer at talgrunnlaget ofte blir lite, særleg når det er snakk om røyking. Når det gjeld kosthald kan det i tillegg vere ein logisk inkonsistens i svara. Medan over 70 prosent opplyser om at dei har eit sunt kosthald ved starten av reseptperioden, var det 64 prosent av reseptdeltakarane i Nordland og Buskerud som vart motiverte til endre kostvanar gjennom første helsesamtale. Dette kan vere uttrykk for at behovet for å gjere noko med eige kosthald er større enn kva opplevinga eige kosthald faktisk tilseier. Ein slik inkonsistens gjer det ekstra vanskeleg å tolke svara om oppleving av eige kosthald.

2.6 Anna datamateriale

Som tidlegare nemnt vart dei 16 kommunane som var med i feltarbeidet valt ut primært fordi dei hadde kome lenger i utviklingsarbeidet med reseptordninga enn mange av dei andre. I etterkant av feltarbeidet valte vi å supplere dette materialet ved å følgje opp nokre av dei kommunane som har hatt liten aktivitet og få reseptrukarar. Dette vart gjort gjennom telefonintervju med opne spørsmål til personar som har vore prosjektansvarlege for reseptordninga i sin kommune. Totalt var det utført intervju med fem personar frå fire kommunar.

Målsetjinga med denne intervjurunden var å kartlegge om dei erfaringane desse kommunane hadde gjort seg var annleis enn det som kom fram gjennom den opphavlege intervjugranskinga. Spesielt vart det lagt vekt på å finne ut om ein hadde hatt særlege vanskar knytt til tilhøve som ressurstilgang, bemanning og kontinuitet. Samarbeidet med andre aktørar på kommunenivå var også tema.

2.7 Vurderingar

Det er eit mangslunge datamaterialet som ligg til grunn for evalueringa. Vi kombinerer både kvantitative og kvalitative data. Dette gir grunnlag for å kartlegge status ved ulike sider av ordninga, kartlegge haldningar til og opplevingar av ordninga osb, samstundes som ein kan få meir innsikt i korleis ordninga blir opplevd og dei prosessane som ligg bak utviklinga av ordninga. Vi har også henta informasjon frå ulike informantar. Dette har si styrke i at ein kan

vurdere reseptordninga frå fleire ståstader, der både brukarar, tilvisarar og dei som har delteke i utviklinga av ordninga kjem til orde. Utfordringa er å handsame datamaterialet på ein slik måte at det gir ein best mogleg innsikt både i ordninga og korleis den fungerer for brukarane. Dette er mellom anna gjort ved at ein del av materialet, primært det kvantitative blir presentert som bakgrunnsstoff i eigen faktaboksar.

I evaluering av eit utviklingsarbeid, vil det også vere ei utfordring at ordningane er i stadig utvikling og endring. Dette har skapt behov for innhenting av informasjon i etterkant i feltarbeida og kartleggingsstudiane frå 2007, ein informasjon som ikkje alltid kan hentast like systematisk som den første.

Fråfall er ei klar utfordring for individundersøkinga. Det ligg også klare utfordringar når ein skal legge opp til ei slik gransking der førstehandskontakt gjekk via 34 mottakssentralar. Tilboda den enkelte får innanfor ordninga vil kunne variere frå sentral til sentral og frå fylke til fylke. Samstundes er talmaterialet så lite at det i liten grad gir grunnlag for å gjere samanlikningar på tvers av fylke. I dei tilfelle vi likevel samanliknar fylke, er det viktig å vere merksam på at talgrunnlaget er lite.

Resultatet er at data frå individundersøkinga i hovudsak blir brukt til å gi eit samla bilete av korleis deltakarar på reseptordninga i dei fire fylka under eitt opplever det tilbodet dei får og kva endringar tilbodet har gitt med tanke på eigne levevanar. Vi gjer også merksam på at utvalet av analyseiningane ikkje er trekt tilfeldig, noko som gjer at datamaterialet ikkje gir grunnlag for statistiske generaliseringar (Ringdal 2007: 341). Det er derfor ikkje gjort testar av signifikansnivå i analysane.

Individundersøkinga er basert på sjølvrapportering. Ut frå dei gitt rammene for prosjektet ville det vore vanskeleg å gjennomføre ei oppfølging av reseptdeltakarar knytt til mange mottakssentralar på ein annan måte. I denne rapporteringa har vi lagt inn spørsmål med konkret innhald, til dømes knytt til kor mange gonger den enkelte er fysisk aktiv i løpet av ei veke ut frå nærare definerte kriterium. Mange andre spørsmål dreiar seg derimot om korleis brukarane sjølve opplever det tilbodet dei får. Slike spørsmål er viktige fordi eiga oppleving kan vere avgjerande for ein del av dei endringsprosessane som ein prøver å legge til rette for i reseptordninga (jf kapittel 1.5).

Kapittel 3 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.

3.1 Regionale aktørar

Fylka har hatt ulik forhistorie og ulike føresetnader for arbeidet med reseptordninga (jf kapittel 1.1). Dette har gitt særleg Buskerud og Nordland grunnlag for å etablere og prøve ut modellar som har vore meir omfattande og kostnadskrevjande, noko som gir ulikt grunnlag for å drive utviklingsarbeidet på lokalt nivå, ikkje berre frå kommune til kommune, men også frå fylke til fylke. Ut over dette har arbeidet på fylkesnivå i hovudsak vore organisert rundt dei avdelingane som har ansvar for fysisk aktivitet og helse hos fylkeskommunane og fylkesmennene. Fylket har vidare vore den sentrale kontakten inn mot Helsedirektoratet, men har i liten grad vore i inngrep med legeforeininga og brukarorganisasjonane. Når det gjeld legeforeininga har fleire fylke prøvd å etablere slik kontakt, men utan å lukkast. Strategien har heller vore **å involvere legar frå lokalt nivå, inn i det overordna arbeidet regionalt**. Både i Vest-Agder og i Oppland har ein opplevd dette som ein vellukka strategi. Med dei rette personane i ein slik posisjon, det vil seie ein lege som kjenner ordninga og det utviklingsarbeidet som skjer lokalt, kan ho eller han fungere som ein viktig døropnar i forhold til andre legar. Når det gjeld brukarorganisasjonane har det meir vore eit medvite val å ikkje trekke dei direkte inn i arbeidet, fordi ein frå regionalt nivå ønskjer å framstå som breie og inkluderande. Ved å knyte til seg enkelte interessegrupper har ein vore redd for å kunne verke ekskluderande på andre.

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: *Fylket er en viktig aktør i det arbeidet som sentralen driver. Fylket har en rolle som bindeledd mellom kommunene og som støttespiller for kompetanseutvikling og for å løfte frem det som skjer lokalt*. Ansvarlege for det lokale utviklingsarbeidet i det andre fylka synest i stor grad å dele ei slik oppfatning.

For det første har **fylka hatt ein viktig rolle i oppstarten**. Fylka tok initiativ overfor kommunane og inviterte dei til å vere med. Enkelte stadar var ein alt i gang med arbeid med ordningane før prosjektet vart initiert frå Helsedirektoratet. I Buskerud kunne ein byggje vidare på eit prosjekt som blei sett i gang midt på 1990-talet i Modum kommune. I Nordland bygde ein vidare

på ordninga som var etablert gjennom FYSAK i kommunane.⁷ Dette er også bakgrunnen for at ein frå fylkesnivå i Nordland gir uttrykk for at prosjektet eigentleg har vakse fram frå kommunenivået. I dei andre fylka har regionnivået hatt ei meir framtrødande rolle som initiativtakar til utviklingsarbeidet. I Vest-Agder blir det til dømes understreka at regionnivået hadde ei svært sentral rolle både i etableringa og utviklinga av prosjektet. Fylkesnivået valte til dømes medvite ut dei kommunane dei ønskte skulle delta, mellom anna for å få prøvd ut ordninga i både små og store kommunar.

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**

I Oppland spela til dømes fylkesnivået ei viktig rolle ved at dei reise rundt i oppstartsfasen og informere legane, lag og foreiningar om ordninga. Dette vart gjort både for å gi ordninga meir tyngde og for å gjere resepten kjent.

Den viktigaste rolla fylkesnivået har hatt ut over dette, er knytt til den **faglege oppfølginga** dei har hatt av prosjekta lokalt. Fylket blir til dømes omtala både som mentor og motivator for arbeidet, ein viktig diskusjonspartnar for dei som har hatt ansvaret lokalt, der forholdet mellom lokalt og regionalt nivå ofte har vore prega av tett dialog. Frå mottakssentralane blir det mellom anna sagt at: *Fylket fremstår som en engasjert og kunnskapsrik aktør i arbeidet.*

Fylkesnivået har i større eller mindre grad også vore med på å legge rammene for dei lokale prosjekta, ikkje minst i Vest-Agder og Oppland. I Oppland laga fylket ein modell som fungerer som ei felles plattform for kommunane. Kvar kommune kan så forme arbeidet etter dei lokale forholda slik at lokale eigenartar kan bli utnytta. Gjennom å bruke lokale lag og foreiningar blir ordninga meir integrert i kommunen, og kommunane får dermed eit eigarskap til ordninga. 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, ikkje minst mellom Buskerud og Nordland. Vidare har det til dømes i Oppland

⁷ Jf fotnote 1.

og Vest-Agder vorte laga elektroniske versjonar av resepten som legene har kunna integrere i edb-journalane.

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.

3.2 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 erfaringsutvekslinga 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.

3.3 Lokale aktørar

Lokalt prosjektansvarleg i sentral rolle

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.

Avhengig av tilgang på ressursar og lokal organisering av ordninga, har ein i nokre kommunar delt arbeidet mellom to personar, medan andre kommunar har berre ein person direkte knytt til ordninga gjennom eigen stillingsdel. Ved avslutninga av prosjektfasen, var ordninga institusjonalisert som ei fast ordning i mange kommunar, medan vidare finansiering av ordninga var uklar somme stader.

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

Faktaboks 3.1

Mobilisering og utviklingsarbeid

- Ansvar for prosjektet i kvar kommune har gjerne vore knytt til ein eller to personar. Desse kan ha ulike bakgrunn, men det er ikkje uvanleg at fysioterapeutar og helse- og treningspedagogar fyller desse stillingane.
- Registrering hos mottakssentralane viser òg at i 87 prosent av kommunane har fysioterapeutar vore involverte i utviklinga av dei lokale prosjekta. I tillegg har helse- og treningspedagogar vore involverte på ein slik måte i 43 prosent av kommunane. Nokre av desse har fungert som lokale støttespelarar i arbeidet, men oftast er det her snakk om dei personane som er tildelt ansvar for prosjektet lokalt.
- I tillegg til dei som har hatt ansvaret for utviklingsarbeidet, har legane (primært kommunelege 1) ofte vore trekte inn i utviklingsarbeidet. For 70 prosent av mottakssentralane har legane hatt ein slik funksjon. Dette inneber at legane i ei eller anna form har fungert som ein støttefunksjon for prosjektet. Graden av involvering kan variere frå kommune til kommune.
- Av formaliserte støttefunksjonar har 73 prosent av mottakssentralane ei styringsgruppe, arbeidsgruppe eller liknande.

Kjelde: Kartlegging blant mottakssentralane.

Ein viktig føresetnad for etableringa og utviklinga av prosjektet lokalt, er det arbeidet som er utført av dei som har gått inn i prosjektstillingane. Dei 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. Gjennom fylke og samarbeid på tvers av kommunane, har dei henta innspel til eiga utvikling utanfrå. I og med at arbeidet på Modum var godt i gang lenge før dei andre kommunane kom på banen, har dette vore eit viktig referanseprosjekt særleg i Nordland og elles i Buskerud (jf kapittel 3.1 og kapittel 1.1). I tillegg var det òg andre som var i gang med relevante tiltak med utspring i FYSAK-arbeidet, alt før den eigentlege prosjektstarten.

Kristiansand skil seg ut ved at det ikkje er den lokale prosjektleiaren som står for oppfølginga av brukarane. Kommunen har hatt ein koordinator med ansvar for prosjektet. I og med at Kristiansand er ein klart større kommune samanlikna med dei fleste kommunane som har vore involverte i prosjektet, har det vorte

etablert tre sentralar med ansvar for oppfølging av reseptbrukarane. Dette er gjort ved å knyte til seg tre private aktørar som er spreidde geografisk. Sjølv om koordinatoren ikkje har direkte oppfølging av brukarane, hadde han i starten veldig tett oppfølging av treningsstadane, inkludert oppsøking av desse og deltaking i aktiviteten. Ei slik tett oppfølging tidleg i arbeidet vart vurdert som svært nyttig hos dei ansvarlege på treningsstadane.

Formelle styringsgrupper og forankring

I alt 73 prosent av prosjektkommunane har ei styringsgruppe, arbeidsgruppe eller liknande som har ein funksjon i forhold til reseptordninga (jf faktaboks 3.1). Det varierer i kva grad dette er ei eiga styringsgruppe for prosjektet eller om dette til dømes er ei gruppe som arbeider med folkehelse meir generelt, og slik også tek føre seg spørsmål som gjeld reseptordninga. Slike styringsgrupper kan vere både breitt og smalare samansette.

Det er ulike erfaringar i forhold til i kva grad styringsgruppene faktisk har fungert i forhold til det lokale utviklingsarbeidet. Det er ikkje alle styringsgrupper som er like aktive: *Det var en styringsgruppe for prosjektet en periode, men den fungerer ikke i særlig grad nå.* Det kan vere vanskeleg å få til møte som involverer mange personar. Dette har til dømes gjort at enkelte har funne fram til ei meir operativ arbeidsgruppe som har jobba relativt tett i forhold til det konkrete utviklingsarbeidet. Det varierer i kva grad dette har vore formalisert som ei fast gruppe, eller som ei meir uformell gruppe. Det siste har gjerne vore vanlegare enn det første.

Tabell 3.1. Døme på samansetting av styringsgruppe på lokalt nivå.

Vefsn	Gausdal	Kristiansand	Ål
Helsetenesta: Kommune- overlege og helsesjef Idrettsetaten og fysak: Fysak- fysioterapeutar Oppvekst: Rektor Frivillige lag og foreiningar: hovudtillitsvald Idrettsetaten: Plan og utviklingssjef Personal- avdelinga: Personalrådgivar	Politisk leiing: Ein politisk representant Helsetenesta: Kommunelege 1 Ein representant frå helsestasjon Leiar rehabiliterings- avdeling Kommune- administrasjonen: Personalrådgivar Ein representant frå rådmannsgruppa Lag og foreininga: Ein brukarrepresentant	Samfunns- medisinsk avdeling: Assisterande kommunelege Folkehelse- koordinator, Rådgivar folkehelse	Politisk leiing: Ordførar Varaordførar Kommune- administrasjonen: Personalsjef Assisterande rådmann Helsetenesta: kommuneoverlege NAV/trygdeetaten: trygdesjef Idretten: To medlemmar av idrettsrådet.

I og med at styringsgruppene ikkje alltid har vore like aktive, har verdien av desse også variert sterkt frå eit lokalt prosjekt til eit anna. Generelt kan ein nok seie at utviklingsarbeidet vel så mykje har vore knytt til mindre og meir ad hoc-baserte nettverk lokalt. Tilknytning til ei formell styringsgruppe kan likevel vere verdifull. Den gir ei formell forankring av utviklingsarbeidet, sjølv om ikkje styringsgruppa er veldig aktiv. I tillegg vil ein gjennom ei styringsgruppe oppleve at spørsmåla som ansvarleg for mottakssentralane jobbar med til dagen, blir vurdert og sett i ein større samanheng.

Det er mange døme på at ein har greidd å **forankre arbeidet både på politisk og administrativt nivå**. Dette kjem også til uttrykk gjennom at toppleinga i kommunen er representert i enkelte av styringsgruppene. Ut over dette er det ikkje uvanleg at ein gjennom arbeidet med prosjektet har knytt til seg ein eller to særleg sentrale støttespelarar i administrasjonen. Dette kan til dømes vere helse- og sosialsjef eller plan- og utviklingssjef. Dei prosjekta som har lukkast i dette arbeidet, har gjerne lagt vekt på å informere aktivt frå prosjekta både mot politikarar og administrasjon i kommunane. Dette har kravd aktivt initiativ frå prosjektarbeidarane si side, i forhold til å få tilgang til arenaer som formannskap og kommunestyre. I dei kommunane der ein har brukt tid på slikt informasjonsarbeid, har ein opplevd at dette har ført til ei positiv og støttande haldning. Denne kampen er ikkje vunnen ein gong for alle. Erfaringane viser at det er behov for å arbeide aktivt for å sikre at den positive haldninga også gjev seg utslag i konkret handling:

Både rådmannen og ordføraren likar å flagge dette tiltaket. Men vi må passe på at sentralen ikkje vert ei sovepute for kommunen.

Ansvarlig på mottakssentral

Sjølv om dei prosjektansvarlege lokalt har den sentrale rolla i utviklingsarbeidet, er det **ein føresetnad å trekke med sentrale støttespelarar** for å kunne fungere best mogleg. 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**. Det er i alt 70 prosent av mottakssentralane som opplever at legane har vore involverte i utviklinga av dei lokale rammene for ordninga (jf faktaboks 3.1). I dette ligg det ulik grad av involvering. I enkelte tilfelle kan det vere snakk om at kommunelege 1 gir kommentarar til forslag som kjem frå den prosjektansvarlege. I andre tilfelle kan kommunelege 1 vere ein av dei som er med å frontar prosjektet både lokalt og elles. Vi har nemnt at både Oppland og Vest-Agder har kommunelegar som også er engasjerte i prosjektet ved å gå inn i utviklingsarbeidet på fylkesnivå. Likeeins er det legar som har hatt tilsvarende roller lokalt. I tillegg til **nøkkelpersonar i kommuneadministrasjonen** som ordførarar, rådmann, helse- og sosialsjef eller liknande, andre nøkkelpersonar som leiar av idrettsråd eller andre **representantar for idretten**, utgjer såleis

ofte legane dei **viktigaste samarbeidspartane for den lokale prosjektleiaren**. Det sikrar ei lokal forankring av utviklingsarbeidet, samstundes som det legg grunnlag for jamleg tilbakemelding. Nokre få, men engasjerte samarbeidspartar i slike posisjonar, er ofte vurdert som ein grunnleggande føresetnad for å lukkast i å etablere prosjektet lokalt.

Prosjektleiarar som har hatt vanskar med å sikre eit slikt samspel med dei mest strategiske samarbeidspartane, har hatt ein mykje tyngre veg å gå for å få i gang arbeidet i eigen kommune. Dette gjeld ikkje minst dei som ikkje har hatt legar med på laget. Der ein ikkje har lukkast like godt i forhold til legane, handlar dette gjerne om meir grunnleggande syn på kor eigna ordninga er i forhold til kva heleseffekt den kan gi. Derimot har ein opplevd at samarbeidsrelasjonane til legane kan endre seg, til dømes når det blir tilsett ein ny kommunelege 1. Dette skjedde i slutten av prosjektperioden i ein av kommunane. Den nye kommunelegen har vist aktiv interesse for arbeidet med reseptordninga, utan at ho som nyleg tilsett har delteke direkte i utviklingsarbeidet av resepten. I dette tilfelle blir kommunelegen omtala som den første støttespelar prosjekt har hatt i ein sentral posisjon i kommunen. Slik sett er dette eit døme på ein kommune der ein faktisk har greidd å få ordninga i gang, inkludert brukarar som har fått tilvising på resept, utan at prosjektet var godt forankra utover den avdelinga og dei personane i kommunen som var direkte involverte i arbeidet. Dette skuldast svært aktiv innsats frå prosjektansvarlege, men er eit vanskeleg utgangspunkt for å legge grunnlag for eit utviklingsarbeid som kan gi varige endringar. Slik sett kan ei vellukka kopling opp mot den nye kommunelegen vere eit viktig steg i utviklingsarbeidet.

Det er ikkje uvanleg at prosjektleiarane gjennom eiga stilling har vore knytt til anna folkehelsearbeid. Det har likevel jamt over **ikkje vore lagt vekt på å involvere dei som arbeider med reseptordninga meir direkte inn i eit breiare folkehelsearbeid**. Det er berre i avgrensa grad etablert eigne arenaer for slikt samarbeid lokalt, der reseptordninga er representert. I Oppland har ein til dømes tenkt slik i forhold til dette. Involvering frå fysioterkar i folkehelsearbeid i kommunen varierer frå kommune til kommune. Nokre av kommunane finn det naturleg å involvere fysiotekaren i nettverka, men vi har også eit døme der ein medvite har halde fysiotekaren utanfor slike oppgåver. Grunngevinga for denne strategien var at fysiotekaren skulle bruke den knappe tida si målretta på fysiotek-arbeid og sleppe å ta del i andre oppgåver.

Forhold som kan bremse utviklingsarbeidet

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. 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. Ein folkehelsekoordinator omtaler situasjonen slik:

Den ordningen vi har hatt her har noen svakheter ved seg. En svakhet er at den er veldig personavhengig. Av og til passer det ikke for hun som er ansatt på mottakssentralen, og da har jeg vært vikar. Men av og til er det litt flaks at vi kan holde det i gang. Det er litt sårbart bemanningsmessig.

Når utviklingsarbeidet meir eller mindre har stoppa opp i enkelte kommunar, er dette ofte knytt til at den som er ansvarleg for arbeidet lokalt har slutta i stillinga eller hatt permisjon. I og med at det er mange unge kvinner som ofte fyller dei aktuelle stillingane, er det ikkje uvanleg med permisjonar knytt til barnefødsler. Dersom ordninga er knytt til ein person i slike tilfelle, kan det vere vanskar med å sikre kontinuiteten i ordninga, i alle høve i ein utviklingsfase. Særleg små kommunar er sårbare i ein slik samanheng, men det kan også vere eit spørsmål om kva ressursar som er sett til ordninga og korleis den er organisert.

I kommunar som har hatt liten aktivitet er det ikkje uvanleg med stillingsdelar på reseptordninga heilt ned i 10 %. Dette har lagt klare begrensningar på kva som har vore mogleg å gjere. I og med at arbeidet med reseptordninga ofte har vore definert som svært relevant inn mot deira ordinære stilling i kommunen, har enkelte likevel hatt høve til å bruke ekstra tid/ressursar inn mot aktivitetar i prosjektet. Fleire ansvarlege i desse kommunane opplever likevel at stillinga er fylt opp med mange små stillingsbitar, noko som gir lite tid til å konsentrere seg om dei aktuelle oppgåvene.

3.4 Erfaringar å bygge vidare på?

- **Samspelet mellom det regionale og lokale nivået** har vore ein viktig føresetnad for utviklingsarbeidet i kommunane. Dei nettverka og den kompetansen som er representert på fylkesnivået, er gjerne ein føresetnad for at kommunane skal kome i gang med arbeidet. Samstundes kan representantar frå fylkesnivået vere viktige for å skape forståing og legitimitet for arbeidet på politisk nivå i kommunane.
- Det har gjennom fylkesnivået også vore gjort grep for å **skaffe legitimitet i forhold til legane**. Konkret har ein trekt på ressursar som er involverte i arbeidet lokalt. Ei styrking av denne legitimiteten krev også ei meir regional og nasjonal forankring.
- Likeeins fungerer **nettverka og kompetansen på fylkesnivå** som ei viktig støtte i det lokale utviklingsarbeidet, mellom anna gjennom å kople saman lokale aktørar både regionalt og nasjonalt.

- Det er sentralt for utviklinga av dei lokale prosjekta at ansvaret for arbeidet har vorte knytt til **fagfolk som både har hatt ei tilknytning til etablerte strukturar i kommuneorganisasjonen og som har vore direkte knytt til arbeidet med brukarane** av reseptordninga. Gjennom å knytte utviklingsarbeidet direkte til FYSAK i dei kommunane der dette er ei etablert ordning frå før, kan reseptordninga integrerast i dei aktivitetstilboda som er etablert i FYSAK. Dette er ein modell som gjerne lettast let seg gjennomføre i kommunar der det er ein viss størrelse på det fagmiljøet ordninga blir knytt til.
- Arbeidet har vore prega av at ein har kombinert etablering av ei konkret ordning i kommunen, materialisert gjennom ein sentral for mottak av brukarar av reseptordninga, med **gradvis tilpassing og utvikling av ordninga basert på egne erfaringar og erfaringar frå andre** slike mottakssentralar.
- Å mobilisere **lokale støttespelarar** har vore viktig for å kome vidare i det lokale utviklingsarbeidet. Dette handlar ikkje nødvendigvis om ei brei mobilisering av alle relevante instansar. Fleire har lukkast gjennom ei stegvis mobilisering, der ein først har involvert dei **mest sentrale støttespelarar, som ordførarar, helse- og sosialsjef og ikkje minst kommunelege 1**. Seinare har andre vorte involverte, basert på dei behov som har meldt seg undervegs.
- Mange av mottakssentralane er drifta av berre ein person, i fleire tilfelle i ein avgrensa stillingsprosent. **For å unngå at drifta av reseptordninga blir for personavhengig, vil det vere gunstig at fleire personar i kommunen er involvert i arbeidet**. Det er også viktig at ordninga er forankra i eit system som sikrar kontinuitet i ordninga ved permisjonar eller sjukdom.

Kapittel 4 Organisering av reseptordninga

Føregåande kapittel viser korleis ein gjennom mobiliseringsarbeidet har lagt til rette for ei organisering av reseptordninga på ein måte som kjenneteiknar såkalla utviklingsorienterte organisasjonar (jf kapittel 1.3). I dette kapitlet går vi nærare inn på dei meir praktiske sidene ved organiseringa av ordninga, der ein får illustrert korleis dei strukturane som er etablert opnar eller stengjer for gjennomføring av ei ordning som er meint å medverke til at folk endrar eigne levevanar.

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. Det er etablert eigne 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. Med utgangspunkt i mottakssentralane har arbeidet med informasjon om ordninga og rekruttering av deltakarar kunne teke til. 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.

4.1 Mottakssentralane

Reseptordninga er knytt til anna FYSAK-arbeid i kommunane og dette arbeidet har vore eit viktig grunnlag for den lokale satsinga. Ansvaret for utvikling av dei lokale tilboda ligg hos kommunane. I denne prosessen har fylka i hovudsak vore rådgjevar og tilretteleggar for kommunane. Under følgjer ei oversikt over hovudtrekka ved modellane i dei ulike fylka.

Tabell 4.1. 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

Organiseringa av mottakssentralane er stort sett lik i **Buskerud og Nordland**. Ordninga er organisert gjennom kommunale mottakssentralar og det er desse som står for den faktiske gjennomføringa av treninga. I **Vest-Agder** blir både kommunale og kommersielle sentralar nytta. I dei mindre kommunane er det gjerne kontekstuelle faktorar, knytt til for eksempel kommuneøkonomi og eksisterande tilbod, som er utslagsgjevande for korleis ordninga vert organisert. Kristiansand, som er den eine av dei to større bykommunane i prosjektet, skil seg ut. Det same gjeld Oppland.

Kristiansand har ei organisering som skil seg ut frå alle dei andre kommunane som har vore med i utviklingsarbeidet. Her er det eit koordinerande og styrande ledd i kommunen, medan tre kommersielle treningsstader gjennomfører treninga. I organiseringa av prosjektet i Kristiansand har det vore lagt vekt på å etablere tilbod nær potensielle brukarar, då dette blir sett på som ein suksessfaktor i forhold til å nå desse. Treningsstadane som blir nytta er difor geografisk spreidde i kommunen. Ei slik løysing er gunstig med tanke på å nytte kompetansen som fanst på treningsstadane, samstundes som det var ei løysing tilpassa dei tilgjengeleg økonomisk ramme for prosjektet. Det er likevel ressurskrevjande å koordinere tre mottakssentralar. I byrjinga brukte kommunen mykje midlar på oppfølging av treningsentra (inkludert oppsøkande verksemd). Dette vart sett på som nødvendig for å etablere lik praksis. Det har også vore vanskeleg å få til lik rapportering på dei tre mottakssentralane. Dette har vore ei utfordring for kommunen gjennom heile prosjektperioden og er ein av grunnane til at det no blir vurdert ei driftsløysing med ein kommunal mottakssentral.

I **Oppland** er sjølve treninga i hovudsak lagt til eksisterande tilbod i lokalmiljøa. Rolla til fysiotekaren er å kartleggje kva lokale aktivitetar som finst, inngå avtalar med desse og kvalitetssikre at brukaren blir tatt godt vare på av dei ulike laga, foreiningane eller dei kommersielle aktørane. Gjennom motivasjonssamtalen blir brukar og fysiotekar einige om kva aktivitetar som passar behov hos brukaren. Fysiotekaren losar deretter brukaren over i eigna tilbod lokalt. Aktivitetar som symjing/trim i basseng, tur/stavgang og trening på treningscenter blir mykje brukt. I enkelte kommunar blir også kommersielle aktørar nytta. Nokre kommunar nyttar treningscenter som er særleg godt tilpassa Opplandsresepten. På dette treningscenteret er aktivitetane tilpassa eit lågterskelnivå og brukarane får god oppfølging frå dei tilsette i reseptperioden. Dette treningscenteret har også lagt opp til ei gunstig avtale økonomisk, noko som blir oppfatta som svært positivt for brukarane. Når brukaren startar ved dette centeret blir det sett opp eit treningsprogram og det blir gitt rettleiing av ein fysioterapeut under reseptperioden. Dersom den tilrådde aktiviteten på treningscenteret eller i eit lag/foreining viser seg å ikkje passe brukaren, kan brukaren bytte aktivitet undervegs. For fysiotekaren er det viktig å bevisstgjere lag og foreiningar i forhold til den rolla dei har, og sikre at dei har personar som viser god forståing for kva lågterskelaktivitetar inneber. Lag og foreiningar skal ikkje endre sitt mandat eller profil, men gjere meir av det dei elles gjer, berre med eit litt meir inkluderande fokus.

Reseptordninga har ulike namn i dei fire fylka. I Buskerud blir resepten kalla Trim på resept, i Vest-Agder går den under namnet Aktivitet på resept. I Oppland blir resepten kalla Opplandsresepten. Dette er det same namnet som folkehelseprogrammet i Oppland fylke blir kalla, noko som kan skape forvirring i somme samanhengar. I Nordland har kommunane ulike namn på reseptordninga, noko som gjer at det her til saman eksisterer sju ulike namn på reseptordninga innan same fylke. Fordelane med **fleire reseptnamn** er at

ordninga er lokalt tilpassa **og gir eit lokalt eller regionalt "eigarskap"** til resepten. Ulempa er at ein **ikkje har ei felles overbygging som kan gi nasjonal gjennomslagskraft**.

Mottakssentralane – ein konkurrent til private tilbod?

Organiseringa av mottakssentralane og treninga reiser spørsmålet om reseptordninga er eller bør vere ein konkurrent til private tilbod eller ikkje. Når kommunane sjølve organiserer treninga, kan private aktørar oppfatte dette som ei subsidiert reseptordning retta mot potensielle kundar ved treningssenteret. Dette gjeld ikkje minst kommunar der det offentlege disponerer gode treningslokalitetar. Reseptordninga i ein av kommunane i Nordland har opplevd dette. Noko av det same har vore tilfelle i Kristiansand. Her har private aktørar tatt kontakt med kommunen med spørsmål om støtte, slik at dei kan opprette tilsvarande opplegg som Aktivitet på resept. I denne kommunen opplever også legane at private aktørar tek direkte kontakt med dei for å knytte til seg pasientar. Generelt blir likevel reseptordninga vurdert som eit lågterskeltilbod som ikkje konkurrerer med tilboda til private treningssentra. Enkelte kommunar har derimot samarbeid med treningssenter, noko som gjer at reseptordninga kan bli opplevd som ei opning for treningssentra til å rekruttere nye brukarar. Dette er tilfelle i fleire av fylka, mellom anna i Oppland, der Fysioteka ikkje driv trening sjølve. At det er vanskeleg å få tilvist deltakarar til resepten frå private fysioterapeutar, blir frå mottakssentralane si side vurdert som eit uttrykk for at desse fysioterapeutane opplever tilbodet som konkurrerande verksemd sett frå deira ståstad.

4.2 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 spreieing av informasjon gjennom fem kanalar: brosjyrar, informasjonsspreieing på forskjellige møte, nettsider, lokale media og jungeltelegrafan.

Brosjyrar med informasjon om ordninga har vore nytta i alle fylke. Generelt har brosjyrar med informasjon til tilvisar i stor grad vore retta mot legar og fysioterapeutar. I nokre av kommunane blir det sendt ut bulletinar/nyheitsbrev med jamne mellomrom til legane, om kva som har skjedd og kva som skjer vidare. Dette er meint som ei orientering og ei påminning om ordninga. Nordland og Buskerud, som på mange felt er likt organiserte, har utvikla ei felles brosjyre for reseptordninga. I Oppland er det ikkje berre tilvisarar og potensielle brukarar ein skal informere om ordninga, men også potensielle lag, organisasjonar og treningsstader.

For å nå potensielle brukarar blir det lagt ut brosjyrar på til dømes kontor og venterom hos tilvisarar. Slike brosjyrar blir også lagt ut på helsestasjonar, NAV-kontor, sjukehus, apotek, idrettssenter, brukarorganisasjonar og liknande. I

enkelte kommunar har det vore etablert ein omfattande struktur i forhold til spreing av informasjon. I ein kommune i Nordland blir det til dømes sendt ut informasjon om ordninga til alle husstandane med jamne mellomrom, medan det i ein kommune i Buskerud blir sendt ut informasjon til alle nye innbyggjarar og nyttilsette i kommunen.

Informasjonsspreing på møte er også ein viktig måte å nå ut med ordninga på. Representantar for ordninga nyttar ofte høve til å informere ved å halde innlegg på møte, konferansar eller kurs for brukargrupper eller tilvisarar. I andre tilfelle blir det arrangert meir direkte møte med tilvisarar.

I ein del mindre kommunar kan det synast å vere ein fordel at alle eller dei fleste av legane i kommunen er **samløkaliserte**. Ofte er også mottakssentralen lokalisert på same stad. Slik samlokalisering blir gjerne vurdert som ein stor fordel for å nå ut med informasjon om ordninga.

Kristiansand kommune har, med sine 68 fastlegestillingar fordelt på 23 legekontor, ei stor utfordring i forhold til å nå ut med informasjon. Sjølv om fleire her peikar på at det kanskje burde ha vore jobba endå meir ut mot legestanden i kommunen, har det vore gjort ein god del på dette feltet. Dei har møtt desse utfordringane gjennom å etablere gode strukturar i forhold til informasjon og kontakt med legane i kommunen. Assisterande kommunelege har vore bindeleddet ut mot legene, noko prosjektgruppa har vurdert å vere svært viktig i denne samanhengen. I tillegg har det vore informasjonsmøte på legesenter/kontor og presentasjonar i etterutdanningsgrupper for legane. I begge tilfelle har prosjektkoordinator hatt ei sentral rolle. I perioden 2005-07 er det registrert at 61 fastleger/vikarar i kommunen har tilvist til ordninga (Prosjektrapport "Aktivitet på resept" 2005-07).

Også i Drammen, som er den andre store bykommunen i undersøkinga, har det vore jobba mykje ut mot legane. Her har dei rutinar for å gi legane informasjon frå mottakssentralen og reseptordninga jamleg. Sentralt i denne rapporteringa er til dømes tal på tilvisningar, tal på personar som fullfører og tal på legar som tilviser. Ved utgangen av året blir det også gitt informasjon om gjennomsnittleg framgang på mellom anna gåtestar.

Ulike media blir også nytta for å informere om ordninga. Nettsider om ordninga er vanleg både på kommune- og fylkesnivå. Ikkje alle sidene er like tilgjengelege eller har same kvalitetsmessige innhald. Oppland er eit døme på eit fylke der det har vore arbeidd godt med synleggjering av ordninga på fylkesnivå. Her har både fylkeskommunen og fylkesmannen internettsider med kontinuerlege oppdateringar, som synleggjer og informerer om ordninga på ein god måte.

Mange kommunar treng å arbeide meir for å synleggjere ordninga på internett. Som nemnt over vil tilgjengelegheit (at sidene er lette å finne fram til) og at det er god kvalitet på sidene vere viktige faktorar i dette arbeidet. Kontinuerleg oppdatering ved endringar og presentasjonar av hendingar og nyheiter vil vere element som vil underbygge kvaliteten på sidene.

Bruk av annonsar i aviser eller oppslag er vanlege måtar å gi ut informasjon om ordninga på. Det siste blir vurdert som særskild effektivt i forhold til å nå ut til målgruppa. Dette kan vere oppslag anten på lokal-tv eller i lokalavisa. Nokre kommunar finn det likevel vanskeleg å nå ut gjennom desse kanalane, når etableringa av ordninga etterkvart blir gamalt nytt. Andre stader opplever ein at temaet lett let seg formidle til media, der helse- og livstilsstoff generelt vekker interesse. Sjølv om media kan vere ei hjelp i forhold til å nå ut, kan det vere ei utfordring å finne nye innfallsvinklar som vekker interesse frå media.

Uavhengig av korleis ein har lukkast i å nytte media er det brei semje om at det er viktig å formidle informasjon på denne måten og at det må vere **kontinuerlege prosessar** overfor tilvisarar og potensielle brukarar. Også i forhold til andre former for informasjonsspreiing blir det understreka at det ikkje nyttar å berre legge vekt på dette i ei oppstartsfase. Hos dei fleste har det vore fokusert på å informere om ordninga i byrjinga av prosjektet, men ikkje i alle tilfelle vidare i prosjektfasen. Ein informant svara følgjande på korleis mottakssentralen arbeider for å gjere ordninga kjend blant potensielle brukarar i kommunen: *Nei, vi har ikke gjort noe særlig på det. Laget en brosjyre i starten av prosjektet. Her har vi nok ikke vært gode nok.*

Når ikkje alle har lagt like stor vekt på arbeidet med informasjon kan det skuldast både manglande merksemd og/eller nødvendige prioriteringar ut frå budsjettrammane ordninga har lokalt.

Jungeltelegraf er også ein svært aktuell kanal for å nå ut med informasjon om ordninga, altså spreiding av informasjon mellom potensielle brukarar.

Å få på plass deltakarar

Det tek tid å etablere reseptordninga. Dette er erfaringa i kommunane som har hatt ansvaret for utviklingsarbeidet og dette er også erfaringa frå Sverige (Kallings og Leijon 2003, Leijon og Jacobson 2006). Eit viktig spørsmål er i kva grad mottakssentralane opplever at det er ei stigande eller fallande mengde reseptbrukarar knytt til ordninga. Det er blanda erfaringar knytt til dette punktet. Nokre av sentralane opplever ei fallande kurve. Hos desse blir det i stor grad framheva at ordninga ikkje lenger har aktualitet som den hadde i byrjinga og at det er vanskeleg å nå fram med nye oppslag om ordninga i lokale media. Andre mottakssentralar opplever at talet på reseptbrukarar er aukande. I desse tilfella blir det framheva at ordninga har blitt gradvis meir innarbeidd blant tilvisarar og kjend blant potensielle brukargrupper.

På spørsmål om **tal tilvisingar i forhold til den kapasiteten** mottakssentralen har, svarer **70 prosent** at det i noko grad er **for få tilvisingar** eller at det er alt for få tilvisingar. Vest-Agder skil seg ut ved at nær sagt alle mottakssentralane anten i nokon grad eller i stor grad har for få brukarar i forhold til kapasiteten på sentralen. Ut over dette er det ikkje nokon klare forskjellar mellom fylka.

I ei oppfølgingsundersøking sommaren 2008 vart mottakssentralane bedne om å samanlikne talet på personar som starta i 2006 og 2007. Her svara 43 prosent at dei hadde hatt ei moderat auke og 19 prosent at dei hadde hatt ei stor auke i talet på personar som byrja i 2007, samanlikna med i 2006. I 24 prosent av tilfella hadde dei hatt ein nedgang (moderat eller stor). Fleirtalet av sentralane har såleis hatt eit stigande tal reseptbrukarar.

I Oppland har talet på brukarar av resepten auka sidan oppstarten i 2006. Innan utgangen av 2006 var det registrert 95 reseptbrukarar. I 2007 var det 271 registrerte brukarar. Dette gir nærast tredobla mengde reseptar. Også Nordland hadde sterk vekst, med 222 registrerte brukarar i 2006 og 355 i 2007. I Vest-Agder var det første driftsår 252 reseptbrukarar, medan det i andre driftsår var 185. Dette gir ei fallande kurve i Vest-Agder.⁸

Potensiale sett i forhold til erfaringar frå Danmark og Sverige

I ei undersøking frå Danmark er det gjort berekning av potensialet for deltakarar til reseptordninga. Müller m. fl. (2007) fastset potensialet til å vere 50-150 deltakarar årlig pr 50 000 innbyggjarar, gitt at tilbodet geografisk dekkjer heile kommunen. Det blir sagt at talet i stor grad vil variere etter kor mykje tid som blir sett av til koordinering og annonsering. Ein av medforfattarene i rapporten, Arne Gårn, presiserar at overslaga er basert på erfaringar i ein prosjektperiode. Han trur difor at potensialet truleg vil vere større når ein får etablert ordninga. Dette er viktig å ha in mente når ein skal gjere samanlikningar med Noreg. Det er også viktig å vere klar over skilnadane mellom Danmark og Noreg når det gjeld geografi og busettingsmønster. Med dette som bakgrunn gjer vi eit overslag på kva berekningane frå Danmark vil innebere i norsk samanheng.

Innbyggartalet i deltakarkommunane spenner frå 1.600 til 79.000, noko som gjer at tal potensielle deltakarar også vil variere sterkt. Dersom ein ser vekk frå Kristiansand og Drammen (som har ei vesentlig større befolkning samanlikna med dei andre kommunane) har kommunane som har svara på undersøkinga av mottakssentralane i gjennomsnitt 8.300 innbyggjarar. Med tala frå Danmark som grunnlag, vil potensialet i dei norske kommunane vere mellom åtte og 25

⁸ Oppland: Årsrapport 2007 Opplandsresepten. Fysiotekmodellen. Nordland: Tal basert på opplysningar frå fylkesansvarleg for ordninga i Nordland, Geir Lærum. Vest-Agder: Prosjektrapport for "Aktiv på resept" 2005-2007 i Vest-Agder fylke. Vest-Agder Fylkeskommune. Vi har ikkje, trass fleire purringar, fått informasjon frå Buskerud på dette punktet.

deltakarar pr år. For dei same kommunane er snittet 33 personar som starta på resepten i 2006.⁹ Det er ei viss usikkerheit i forhold til kva mottakssentralane har inkludert i oppsummeringa av deltakarar i 2006. I kvalitative intervju har det kome fram at registreringspraksis kan variere noko, mellom anna i forhold til dobbeltregistrering av personar som får meir enn ein resept. Likevel er det verd å merke seg at **deltakarkommunane i Noreg hadde eit høgare snitt samanlikna med berekningane gjort i Danmark.**

Samanliknar ein desse tala med ei undersøking i Östergötland i Sverige er bildet annleis. Länet, som kan samanliknast med eit fylke, har meir enn ein sentral per kommune. Kvar sentral har eit tal pasientar knytt til seg. Små sentralar er dei som har færre enn 7 000 pasientar. For å få tilskot i ordninga kalla Mål & Mått for mengde tilvisingar måtte desse sentralane ha 50 reseptar i 2004 (Leijon og Jacobsen 2006). Mellomstore sentralar, altså dei med 7 000-13 000 pasientar knytt til seg, måtte ha 75 reseptar, medan store sentralar med meir enn 13 000 tilknytte pasientar måtte ha 100 reseptar per år for å få tilskot for volum.

Det er vanskeleg å samanlikne utrekningane frå Danmark og Sverige, då det er tal på deltakarar og tal på utskrivne reseptar som skal samanliknast. Gjer ein likevel ein slik samanlikning ser forventningane til utskrevne reseptar/deltakarar ut til å vere større i Sverige enn i Danmark.

I ei overføring av dei svenske tala til ein norsk kontekst møter ein også eit problem i samanstillinga av Vårdcentralar og kommunar. Dersom ein likevel vel å sette ein Vårdcentral lik ein kommune (som har ein mottakssentral), ville mange av dei norske kommunane hatt problem med å få tilskot i Mål & Mått-ordninga i 2006.¹⁰ Kommunar med færre enn 7000 innbyggjarar hadde i 2006 eit snitt på 22 utskrivne reseptar, medan kommunar med 7 000-13 000 innbyggjarar hadde eit snitt på 75 utskrivne reseptar. I denne kategorien dreg Modum opp snittet.¹¹ Til slutt hadde kommunar med fleire enn 13 000 innbyggjarar i snitt 52 utskrivne reseptar.

Totalt ville tre av dei norske kommunane, ein i kvar kategori, oppnådd tilskot for volum i Mål & Mått. I si undersøking viser Leijon og Jacobsen (2006) at 87 prosent av sentralane i Östergötland faktisk oppfylde volumkravet i 2004. **Dette indikerar at det bør vere potensiale for fleire reseptar i Noreg.**

Ser ein på gjennomsnittet av tilvisningar i 2006 opp mot befolkningsgjennomsnittet i kommunane kjem Buskerud godt ut i antal

⁹ Sjølv om Modum har svært mange deltakarar i forhold til innbyggartalet, blir ikkje tala nemneverdig endra sjølv om denne kommunen blir halde utanfor.

¹⁰ To kommunar hadde ikkje tal på kor mange reseptar som vart skriven ut i 2006. Storbykommunen Kristiansand var ein av desse.

¹¹ Held ein Modum utanfor er snittet i denne kategorien 47 reseptar.

tilvisningar (sjå tabell 4.2), men her er det også eit stort grunnlag i befolkninga.¹² Nordland er det fylket som har den høgaste andelen reseptomottakarar.

*Tabell 4.2. Fylkesvise tilvisningar i 2006.*¹³

	Tilvisningar (snitt per kommune)	Gjennomsnitt befolkning (i kommuner med tal på tilvisningar i 2006)	Promille av befolkninga i som fekk skrive ut resept (snitt) ¹⁴
Buskerud	75	16 916	4,43
Nordland	37	7 542	4,90
Oppland	28	10 037	2,78
Vest-Agder	32	8 766	3,65

Ser ein nærare på samanhengen mellom kapasitet/tal deltakarar og innbyggartal finn ein også interessante skilnader. I undersøkinga er det tretten kommunar med 6 000 eller færre innbyggjarar. Ingen av desse kommunane har svara at dei har passe mengde eller i noko grad for mange tilvisningar i forhold til kapasitet. Svara kan tyde på at kapasiteten relativt sett er betre i mindre kommunar.

4.3 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**. Kommunane har også samarbeidd på tvers av fylkesgrensene i utviklinga av helsesamtalen, blant anna gjennom eit tett samarbeid mellom kommunar i Nordland og Buskerud. Mange av dei som sit som ansvarlege lokalt framhevar helsesamtalen som ei av dei sterke sidene ved reseptordninga.

Utviklingsarbeidet rundt samtalen har såleis hatt høg prioritet i mange kommunar. Ein av informantane understrekar dette på følgjande måte:

Vi har mye fokus på empowerment, å gi folk troen på at de har ressurser. At folk får styring over egne liv, det er der løsningen ligger, den ligger ikke hos legen eller fysioterapeuten selv om de også er viktige. Dersom ikke individet får en bevissthet på sin egen rolle, så kommer vi til å fortsette dette reparasjonssamfunnet til evig tid. Jeg tror denne resepten er et sted å begynne. Motivasjonssamtalen er kjerneelementet, også vil andre ting følge etter.

Nøkkelinformant på fylkesnivå

¹² I tillegg dreg Modum opp snittet på tilvisningar i fylket. Motsatt dreg forholdet mellom tilvisningar og befolkning i Drammen snittet ned. Vidare er tala for Vest-Agder sterkt påverka av at Kristiansand ikkje hadde registrert tal på tilvisningar i 2006. Dei siste er difor ikkje med i utrekninga.

¹³ Troms er ikkje tekne med i denne utrekninga, då det berre var ein kommune herfra som svara på undersøkinga.

¹⁴ I denne utrekninga tek ein ikkje omsyn til at ein person kan ha fått skrive ut fleire reseptar

Å tilføre kunnskap om samanhengen mellom levevanar og helse er eit tema gjennom heile reseptperioden. Det blir ofte introdusert i den første helsesamtalen. Vidare blir det vektlagt at helsesamtalen skal vere lagt opp på ein måte som treff den enkelte. 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 egne 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. Ei slik tilnærming er i tråd med forskning som viser at om den enkelte får tiltru til han eller ho sjølve kan medverke til å endre eigen situasjon, gjer det lettare å halde motivasjonen oppe over tid (Barth m. fl 2001). I denne prosessen skal dei ansvarlege på mottakssentralen meir fungere som hjelparar. 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. Erfaringane viser mellom anna at nokre av deltakarane har ein klar plan for kva dei vil når dei møter til helsesamtalen, medan andre veit lite både om ordninga og stiller utan bestemte mål for eiga deltaking.

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. Sjølv om det i helsesamtalen blir **lagt vekt på kor viktig det er at brukaren sjølv tek tak i eigen situasjon, kan det virke som om moglegheita for fråfall/tilbakefall berre til ein viss grad blir diskutert i den innleiande helsesamtalen**. Mæland (2005) peikar på at tilbakefall helst bør takast opp som tema før dei inntreff. Rådgjevaren bør førebu brukaren på at dette kan skje. Planlegginga av ei åtferdsending bør omfatte moglegheita for tilbakefall og strategiar for meistring av slike (ibid).

Hovudfokus i helsesamtalane ligg ofte på det å styrke motivasjonen for å endre levevanar. Samstundes gir samtalen eit første høve til å gjere den enkelte betre kjende med **kva tilbod som faktisk eksisterer lokalt**. Dette gjeld ikkje minst i Oppland, der ein skal rett over i ordinære tilbod i kommunen. Ein av fysioterkarane illustrerer dette poenget slik: *Mange av brukerne har bodd her hele livet, og så er de ikke klar over at det er et nytt klubbhus i kommunen, så det er mykje å informere om*. Men også i dei andre fylka, er det eit poeng å gjere kvar enkelt medviten om kva tilbod som finst lokalt.

4.4 Bruk av testar

Bruk av WONCA-testar er svært vanleg i Nordland, Buskerud, Vest-Agder og Oppland. Testen blir som regel gjennomført to gonger, ofte i byrjinga og på slutten av reseptperioden. WONCA prøver å fange opp den subjektive

opplevinga av eiga fysisk form og generell tilstand. I mange tilfelle er testen ein integrert del av helsesamtalen.

I ein del tilfelle blir også UKK-testar brukt, som er ein måte å måle kondisjon på. Testen er ein gåtest, basert på resultatata av to kilometer rask gange. Det er forskjellar mellom fylka i kva grad dei bruker UKK og kva erfaringar dei har med testen. Nordland og Buskerud er dei fylka som i størst grad brukar UKK-test, medan det i Oppland er mindre vanleg. I Buskerud har ein av kommunane også tilbod om ein test etter eitt år, i tillegg til dei to testane i reseptperioden. Resultata etter eit år viser at dei tidlegare reseptdeltakarane då som oftast ligg på eit nivå mellom resultatet frå første og andre gåtest. Sjølv om resultatet ikkje er like godt som den siste testen i reseptperioden, er dei i betre form enn då dei starta på opplegget. Om dette skuldast at dei er meir fysisk aktive, eller om det tar meir enn eit år å komme ned igjen på det nivået dei var på før intervensjonen, har vi ikkje noko grunnlag for å seie noko om. Det kan også vere ei skeiv fordeling på testen som blir tatt etter eit år, der det er mest personar i relativt god form som takkar ja til tilbodet om ny test.

4.5 Kosthald og røykeslutt – integrerte delar av reseptordninga?

Hovudinstrykket 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 kurstillbod. I Nordland og Buskerud har ein integrert røyk- og kosthaldsproblematikken i ordninga ved å ta dette opp på temasamlingar som blir arrangerte i etterkant av treninga.

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. Barth m. fl. (2001) peiker på at det kan vere føremålsteneleg å gjere endringane i små steg, for på denne måten å auke tiltrua til eiga meistring.

Faktaboks 4.1

Informasjon om røykeslutt og sunt kosthald

- Mottakssentralane i Nordland og Buskerud har hatt som mål å integrere røykeslutt og kosthald som ein del av reseptordninga. I Oppland og Vest-Agder har ein primært hatt fokus på fysisk aktivitet.
- Nær sagt alle mottakssentralane, bortsett frå dei i Vest-Agder gir systematisk informasjon om røykeslutt i løpet av reseptperioden. Det vanlegaste er at det blir teke opp i helsesamtalane (70 prosent). På 40 prosent av sentralane blir det nytta informasjonsmateriell om røykeslutt og på 53 prosent av sentralane får brukaren i løpet av reseptperioden tilbod om kurs i røykeslutt. Det er forskjellar mellom fylka i forhold til tilbod om kurs. Røykesluttkurs blir i stor grad tilbode i Buskerud og Nordland og i mindre grad i Vest-Agder og Oppland.
- På 87 prosent av sentralane blir det gitt systematisk informasjon om kosthald i løpet av reseptperioden. Det vanlegaste er at det blir teke opp i helsesamtalane (83 prosent). I 50 prosent av tilfella blir det nytta informasjonsmateriell om kosthald og i 50 prosent av tilfella får brukaren i løpet av reseptperioden tilbod om kosthaldskurs. Det er forskjellar mellom fylka i forhold til tilbod om kurs. Det er vanleg med tilbod om kosthaldskurs i Buskerud, uvanleg i Oppland.

Kjelde: Kartlegging blant mottakssentralane

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 aktiviten. I kompetansekartlegginga vart respondentane spurt om kva kompetanse dei bruker i gjennomføring av helsesamtalen. Respondentane vart også spurt om det same i forhold til kva kompetanse dei brukar i gjennomføringa av reseptperioden. Tabellen viser resultatet når dei to spørsmåla slått saman.

Tabell 4.3. Samla tal for helsesamtale og gjennomføring (N=22).¹⁵

	Bruker eige personale med utdanning på feltet	Bruker eige personale som har teke kurs på feltet	Bruker eige personale med god real-kompetanse på feltet	Bruker ekstern kompetanse på feltet	Har ikkje tilgang på slik kompetanse
Fysisk aktivitet	86	27	25	14	2
Kostrettleiing	33	54	49	19	7
Røykeslutt	7	31	21	36	17

Sentralane har god tilgang på personale med utdanning innan fysisk aktivitet. Færre har utdanning innan kostrettleiing, men halvparten av sentralane har eige personale med kurs eller god realkompetanse på feltet. Kompetansen på røykeslutt er svakast. Enkelte av sentralane manglar heilt tilgang på slik kompetanse. Desse skilnadane i kompetanse gir også klare utslag i kva temaområde det i praksis vert arbeidd mest med i reseptperioden.

Sjølv om det ikkje alltid er etablert formelle strukturar, viser det seg ofte at røyk og kosthald blir aktualisert i meir uformelle samanhenger i reseptperioden. Brukarane opplever til dømes at eigne røyke og kostvanar påverkar prestasjonane under trening. Endringar i åtferd kan ofte framskundast av ei ytre hending. Mæland (2005) kallar dette eit *utløysande moment for handling*. Å kjenne at ein ikkje er i form til å halde tempoet til gruppa kan vere eit slikt *utløysande moment for handling*, som gjer at deltakaren ønskjer å auke sin kunnskap om til dømes kosthald og røyking. Særleg kosthald ser ut til å verte mykje diskutert på trening og som vist over er dette noko som ein del av instruktørane har kunnskap om. Gjennom spørsmål og svar oppnår ein å styrke fokus og brukaren sin kunnskap om røyk og kosthald.

I og med at brukarane i Oppland blir sendt til forskjellige organisasjonar og lag, er det meir "tilfeldig" om kosthald og røykeslutt blir integrerte delar av treningsopplegget. Til dømes vil kosthald og røykeslutt vere ein naturleg del av tilbod organisert av foreiningar som Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, medan det andre stader er mindre fokus på dette.

4.6 Organisering av treninga

Treninga er ulikt organisert i dei ulike fylka. Frisklivssentralane utfører som alt nemnt treninga sjølve. Fysioteka i Oppland sender brukarane vidare til lokale lag, foreiningar eller kommersielle aktørar som tilbyr aktuelle treningstilbod. Buskerud og Nordland har organisert ordninga som Frisklivssentralar, medan Oppland har etablert Fysiotek. Vest-Agder har si ordning organisert som

¹⁵ Her kunne kvar enkelt krysse av for fleire svaralternativ.

Frisklivssentralar, men skil seg likevel frå Buskerud og Nordland. Skiljet går på at i Vest-Agder blir det brukt eit større innslag av private aktørar til å drifte mottakssentralane, medan det i Buskerud og Nordland er kommunane sjølve som står for drifta.

Faktaboks 4.2

Kombinasjon av treningsformer

- Utetrening er ein viktig del av treninga brukarane får tilbod om i reseptperioden. Ingen sentralar har svart at dei berre trenar inne, medan 87 prosent har ei kombinasjon av inne- og utetrening.
- Det er vanleg å kombinere intensiv trening og meir mosjonsprega trening (64 prosent). Ingen av sentralane har berre intensiv trening.

Kjelde: Kartlegging blant mottakssentralane

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 og Buskerud er treninga som oftast lagt til tidleg ettermiddag, medan det i Vest-Agder er vanlig med trening på føremiddagen. Det har vore gjort forsøk med gruppeaktivitet på ettermiddags- og kveldstid i fleire fylke, men erfaringane så langt har vore at oppslutnaden om dette er avgrensa. Både brukarane og aktivitetsleiarane i Vest-Agder peikar på at det er gunstig med trening på føremiddagen i forhold til å opprette og oppretthalde ei god døgnrytme, samt at ein har effekt av treninga resten av dagen. Fleire meiner også at det er gunstig å trene på føremiddagen når det er lyst, spesielt i den mørke årstida. Også i Nordland og Buskerud blir treningstidene vurderte som greie. Blant dei som er i arbeid blir det lagt vekt på at treningstider på slutten av arbeidsdagen, rett etter arbeidstid eller eventuelt først på arbeidsdagen er mest aktuelt. Å finne treningstider som passar fleire er også ei ekstra utfordring i tilfelle der enkelte av deltakarane må reise langt for å kome seg på trening. Ein konsekvens anten treninga er lagt til føremiddag eller tidleg ettermiddag, er likevel at dei som er i arbeid ofte må gjere avtalar med arbeidsgjevar eller ha ei sjukemelding som gjer det mogeleg å følgje treninga.

Tilgang til treningsstaden blir i dei fleste tilfelle ikkje opplevd som noko hinder for deltaking. I spørjeundersøkinga retta mot mottakssentralane sa 60 prosent seg heilt eller nokså ueinig i ein påstand om at det er vanskeleg å få brukarar til å delta på grunn av store reiseavstandar. Det er likevel store variasjonar mellom kommunane, der geografien kan vere til større hindring somme stader. Heller ikkje reisekostnader synes å vere sentralt i forhold til deltaking for fleirtalet av kommunane. Til ein påstand om at det er vanskeleg å få brukarar til å delta på grunn av store reisekostnader seier 80 prosent seg nokså eller helt ueinige.

I Nordland har særleg ein av kommunane opplevd at reiseavstandar kan påverke deltakinga på resepten og jobba aktivt for å finne løysingar på dette. Det har vore lagt til rette for ei ordning der brukarane har fått **refundert reiseutgifter** på lik line med refusjonsordningar for andre tenester, ved at lege eller fysioterapeut har vore til stades og følgt opp brukarane under trening. Andre kommunar i fylket kjenner problemstillinga, men har ikkje jobba med tiltak for å legge til rette for dette. Dermed opplever til dømes ein av kommunane at dei først og fremst rekrutterer frå sentrumsområde, der store delar av befolkninga i kommunen er å finne, medan øyane i kommunen i praksis fell utanfor ordninga. Igjen ser ein at det er ulike faktorar som kan spele inn når det gjeld deltaking.

Trening i grupper

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, som til dømes intervall. Det kan også vere lagt inn ulike øvingar i løpet av treningsturen. Tilbakemeldingane peiker i retning av at aktivitetsleiarane har god fagkunnskap om å legge til rette for å få **rett intensitetsnivå og best mogleg effekt av treninga**. 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 nærrområde. Dette ut frå ein tanke om at det **å vere i naturen skal gi positive opplevingar og meirverdi ut over det å trene**. Dette blir sett på som ei av moglegheitene for å oppnå varig livsstilendring hos brukarane.

Det er vanleg med **kontinuerleg inntak** i treningsgruppene. Dette gjer at det kan vere ulik fysisk form på brukarane som nett har byrja versus dei som nærmar seg slutten av reseptperioden. I fleire av prosjekta blir det kontinuerlege inntaket hevda å gi ein god dynamikk mellom deltakarane, der dei som nettopp har byrja strekk seg etter dei "vidarekomne", og sistnemnde gruppe hjelper dei som nettopp har byrja. Ein slik ekstra motivasjon frå ein som kanskje har vore i same situasjon, kan vere særskilt viktig i det som kan opplevast som ei tung oppstartsfase. Ein faktor som kan vere avgjerande i forhold til om brukaren fortsett eller sluttar på treninga.

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. Sjølv om dei ansvarlege på mottakssentralane i liten grad oppfattar krava som ekskluderande, har fleire framheva at det kan vere tungt for dei mest overvektige å delta i treningsgruppene. Krava knytt til deltaking i reseptordninga synest likevel å vere lågare samanlikna med tilrådingane frå ei evaluering frå Danmark (jf kapittel 6.1). I Oppland blir brukarane vist til aktivitetar som fysiotekar og brukar saman blir einige om at vil passe for brukaren. Dermed er det ikkje sett generelle krav for deltaking på mottakssentralane her. Dette til forskjell frå mottakssentralar som for eksempel har gruppetrening i meir tradisjonell forstand. Det er også døme på

Frisklivsentrar som har sendt potensielle reseptdeltakarar til andre tilbod, fordi dei har opplevd dei som for spreke til ordninga. Andre vurderer dette annleis, mellom anna fordi det er viktig å ha nok deltakarar for å skape rett gruppedynamikk.

Som regel er **fysioterapeutar og helse- og treningspedagogar** knytte til ordninga. Det er vanleg at ein instruktør deltek på treningane, men i nokre av dei større kommunane er det lagt opp slik at det jamt over deltek to instruktørar. Fleire av instruktørane opplever at dersom gruppa blir for stor, for eksempel over 15 personar, kan det vere vanskeleg å gi tilstrekkeleg individuell oppfølging med berre ein instruktør. I nokre tilfelle blir dette løyst ved at tidlegare deltakarar blir med vidare i gruppetreninga og tek rolla som medinstruktør. Når til dømes stavganggruppene er store blir dei som ligg lengst bak i gruppa prioritert, slik at dei ikkje blir gåande aleine. Gitt at ordninga skal nå ut til **grupper som ikkje fell inn under andre tilbod, er det viktig at desse blir prioritert under stavgang**. Det ville heller ikkje ha vore medisinsk forsvarleg om dei som slit mest blir overletne til seg sjølv. I slike tilfelle legg gjerne dei som er i best form inn nokre ekstra intervall/øker.

Det er vanleg å ha ein kombinasjon av inne- og utetrening. I Buskerud og Nordland kan utetreninga i enkelte tilfelle bli avslutta med øvingar inne. I andre tilfelle er det sett av ein eigen dag til trening inne. Når det er dårleg vêr er det ein del av sentralane som har tilbod om trening inne. Innetreninga føregår oftast i lokale som kommunen sjølv disponerer, men blir i enkelte tilfelle også gjennomført til dømes på treningsstudio.

Med utetrening følgjer variasjonar i vêr. Ein instruktør refererte til følgjande episode:

I fjor hadde vi en kjempetur med snø til over knærne. Vi kom ikke langt, men de fikk trent godt og dette hadde ikke de gjort siden de var 5-6.

Ansvarleg på mottakssentral

Ein annan uttalte følgjande:

Tanken om å være ute er bra. Vi har strukket det langt, tenkt at det bare er å kle seg. Etter første 10-12 minuttene er det egentlig bare herlig, selv om det snør litt på tvers. Men kanskje støter det fra oss noen målgrupper. Kanskje burde det ha vært mulig å være inne.

Ansvarleg på mottakssentral

Utsegna over viser korleis deltakarane gjennom ordninga kan få auka innsikt i kva kapasitet dei har og gjennom dette få auka sjølvtilitt. Det er likevel, som det siste sitatet peikar på, ei fare for at ein støyter frå seg enkelte grupper ved å leggje opp til for friske turar. Kjem alle deltakarane i gruppa på ein dag med masse snø, eller er det dei mest ressurssterke i gruppa som kjem? Det er viktig

at aktivitetsleiarane gjer analysar av kva grupper som har ein tendens til å slutte i reseptperioden og kva ein kan gjere lokalt for å motverke dette fråfallet. Ei god forståing av korleis ein skal organisere lågterskelaktivitetar og kva nivå ho bør ligge på, er eit viktig startpunkt.

Fleksibilitet i treninga

Sjølv om det er mykje som er standardisert i gruppetreninga er det likevel noko **fleksibilitet**:

- Gjennom tilrettelegging for innetrening når spesielle forhold tilseier at den enkelte er avhengig av det.
- Somme stader har ei samling av gruppa i veka, medan kvar enkelt kan velje mellom dei andre aktivitetane som FYSAK tilbyr den andre dagen. Nokre stader kan også reseptdeltakarane utan ekstra kostnad delta på andre FYSAK-tilbod i tillegg til dei to faste treningane knytt til resepten.
- I Oppland ser ein i nokre tilfelle at terskelen for å delta i lokale lag og foreiningar er for høg for enkelte brukarar. I andre tilfelle kan det reint praktisk vere vanskeleg å få til eit opplegg, dersom kommunen har få tilbod som treff dei behova brukaren har. I slike tilfelle blir det lagt opp til at brukaren gjennomfører treninga åleine. Dei som har eigenaktivitet får gjerne med seg eit kort, der dei registrerer kvar gong dei går tur.
- Også i andre fylke er det eksempel på opning for å legge opp individuelle treningsopplegg og bruk av treningsdagbok. Det er likevel få sentralar som brukar individuell dagbok.
- I Drammen, der ein har mange aktivitetar tilgjengelege utanom sentralen, er det lagt opp til at brukaren skal vere med på ein (eller to) aktivitetar ut over det som skjer ved sentralen. Det er også i somme kommunar lagt opp til at andre eksisterande tilbod skal nyttast, men då i forlenginga av reseptordninga, mellom anna i Kristiansand.

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. Døme på dette kan vere at dei som er i best form går litt lenger, tar ein bakke to gonger eller har litt ekstra intervalltrening medan dei ventar på resten av gruppa.

Fleksibiliteten er eit av fortrinna med ordninga i Oppland. Brukarane har stor innverknad på kva slags aktivitet han eller ho skal vere med på. I og med at det blir lagt sterk vekt på motivasjonen til kvar og ein, blir det brukt mykje ressursar på å finne aktivitetar som passar den enkelte. I somme av dei mindre kommunane kan det likevel vere ei utfordring å finne rett aktivitet ettersom det her kan vere eit avgrensa utval av lokale aktivitetar å velje mellom.

Treningsform i Opplandsresepten

Som tidlegare nemnt, driv ikkje mottakssentralane i Oppland gruppetrening slik sentralane i dei andre fylka gjer. Val av modell i Oppland byggjer både på **økonomi og ideologi**. Mottakssentralane vert ofte drifta av stillingar på 20 prosent. Med så knappe ressursar ville det vere vanskeleg for mottakssentralane å drive treninga sjølve. Samstundes er også det ideologiske fundamentet viktig. Modellen er bygd på eit ønskje om å i størst mogleg grad gjere brukaren ansvarleg for eigen situasjon. Det blir vurdert som viktig i Opplandsresepten at fysioteika ikkje står fram som treningsinstitusjonar, men heller fungerer som rådgjevarar og hjelparar slik at brukarane sjølve kjem i gang med fysisk aktivitet. Ein informant seier følgjande:

Frykten for at fysioteikene skulle bli stående som miniinstitusjoner var en hovedmotivasjon for at vi valgte denne modellen. Når det er sagt er det noen kommuner der det er god tilgang på brukere, men så få aktiviteter i kommunen at man har sett seg nødt til å starte opp noe selv.
Nøkkelinformant på fylkesnivå

Utsegna viser også, at ikkje alle kommunar har eit tilstrekkeleg aktivitetstilbod for brukarane. Det er difor døme på kommunar der fysioteikaren har oppretta ein aktivitet for å dekkje brukarane sine behov. I ein kommune har til dømes fysioteikaren oppretta ei treningsgruppe og i eit par andre kommunar har fysioteika tatt initiativ til oppretting av stavganggrupper som seinare har blitt sjølvgåande (i dobbel forstand).

Fysioteikmodellen i Oppland har også vorte vidareutvikla i 2008. Den utvida modellen blir kalla Fysioteik Aktiv, og er eit pilotprosjekt som skal etablerast i tre fysioteik-kommunar og vare i 12 månader. Prosjektet er eit resultat av Folkehelsepartnarskapet mellom NAV Oppland og Oppland Fylkeskommune. Dette inneberer at i tillegg til legar, kan også NAV og anna helsepersonell tilvise brukarar til resepten. I Fysioteik Aktiv er det eit mål at fysioteika skal drive lågterskel aktivitetsgrupper i eigen regi. Aktivitetsgruppene skal likevel drivast i tett samarbeid med lag, foreiningar og treningssenter for å sikre minst mogleg gap ut til organiserte aktivitetar når reseptperioden er over. Det er også eit mål å nå fleire aktuelle brukarar gjennom å opne for andre tilvisarar. Her blir særleg NAV sett på som ein viktig aktør.¹⁶ Utprøvinga av Fysioteik Aktiv viser at Opplandsresepten blir evaluert og justert undervegs for å i størst mogleg grad nå potensielle brukarar og dekkje deira behov.

4.7 Når reseptperioden er over

Kva tilbod brukaren har i forlenginga av reseptperioden er eit viktig spørsmål. Mange peikar på at det er nødvendig med gode tilbod, slik at ikkje brukaren fell tilbake til det opphavlege livsmønsteret i etterkant av perioden.

¹⁶ Henta 14.05.08 frå: <http://www.overby.no/>

I alle fylka er det **opning for å få fleire reseptar**. Det vanlege i slike tilfelle er at resepten blir fornya. 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 premiss ved ordninga. Den er ikkje meint som eit varig tilbod, men eit tilbod som gir hjelp til å endre levevanar.

I Oppland er ein av hovudtankane bak organiseringa av ordninga at brukarane gjennom reseptperioden skal integrerast i eksisterande tilbod på ein måte som gjer at dei held fram med same trening som i reseptperioden. Fleire av nøkkelinformantane meiner at når ein legg opp resepten på denne måten, treng ikkje brukarane å gå gjennom fleire tersklar enn nødvendig i endringa av eigne levevanar. For mange er det å byrje med fysisk aktivitet ein terskel i seg sjølv. Dersom dei blir losa direkte inn i til dømes ei lokal foreining, så kan dei halde fram i den foreininga også etter at resepten er over. Då slepp dei å starte på nytt og møte nye tersklar for å oppretthalde treninga etter reseptperioden. Aktørane som brukarane blir knytt opp mot i reseptperioden har såleis også tilbod til brukarane i etterkant, vel å merke som regel til ein ordinær medlemspris.

I Vest-Agder har ein også tilbod som brukarane kan nytte seg av i etterkant av reseptperioden. Som nemnd tidlegare er det eit relativt stort innslag av private aktørar som driv mottakssentralane i dette fylket. På same måte som i Oppland kan deltakarane også her fortsette i aktiviteten på treningssenteret som vanleg medlem i etterkant av reseptperioden. I Kristiansand tilbyr kommunen i tillegg ei rekkje lågterskelaktivitetar som dei ønskjer at skal vere ei naturleg fortsetting for reseptdeltakarane.

Tilboda etter reseptperioden i Buskerud og Nordland varierer i stor grad mellom kommunane og kan innehalde ein eller fleire variantar av følgjande:

- Halde fram på same aktivitet som blir gitt på resept eller anna aktivitet på FYSAK-sentralen, mot kjøp av årskort.
- Opning for å fortsette på uteaktiviteten saman med reseptgruppa, så lenge det er kapasitet, mot kjøp av årskort for deltaking på alle aktivitetane knytt til FYSAK-sentralen.
- Det er oppretta ei likemannsgruppe, der nokre som har gjennomført reseptperioden er ”instruktørar”.
- Det er også oppretta ei PULS-gruppe for deltakarar som er ferdig med resepten.
- Ved å kople aktiviteten på resepten ein dag i veka til eit av tilboda som blir gitt på FYSAK-sentralen, kan deltakarane halde fram som vanleg brukar av FYSAK-sentralen i etterkant.

- Gjennomfører innetreninga i reseptperioden på privat teningssenter for å gjere lettare for deltakarane å vurdere eit slikt tilbod i etterkant av perioden.

4.8 Erfaringar å bygge vidare på?

- Organiseringa av resepten varierer frå fylke til fylke. Det er mange lokalt tilpassa ordningar med ulike namn. Dette gir rom for lokale tilpassingar. Samstundes kan det vere ei utfordring av reseptordninga så langt manglar **ein felles nasjonal overbygging**.
- For å halde mengda av tilvisingar oppe, er det naudsynt med **kontinuerleg informasjonsarbeid overfor tilvisar**. Det er ikkje nok å jobbe med informasjon berre ved etableringa av ordninga. **Det same gjeld informasjonsarbeidet overfor potensielle brukarar**, også her må det jobbast med dette på det jamne.
- **Gode, lett tilgjengelege og oppdaterte internettsider** kan vere ein bra måte å synleggjere ordninga på. Her har fleire av kommunane eit forbettringspotensial.
- **Helsesamtalen er eit hovudelement i reseptordninga**. Det er viktig at samtalen fungerer oppbyggjande for brukaren, og at den gir brukaren trua på eigne ressursar og evna til å ta styring over eige liv. Tiltru til eiga evne til å endre seg og brukaren si deltaking i utarbeiding av egna opplegg for endring av livsstil, er viktige suksesskriterium for å halde motivasjonen oppe over tid. Her har ein lagt ned mykje i utviklingsarbeidet og gjort seg mange erfaringar i prosjektet som andre også kan ha nytte av.
- Kosthald og røykeslutt blir mest eit tema i uformelle samanhengar slik som samlingar etter gruppetreningar. Lokalt blir dette mellom ann grunnlagt med at deltakarane kan ha meir enn nok med å kome i gang med fysisk aktivitet. Erfaringar viser vidare at det er **viktig å ikkje ha for høge mål, fordi at eit overkomeleg mål aukar både motivasjon og tiltru til eigen evne til endring (Bath m. fl. 2001: 60)**. Truleg spelar også andre forhold inn, til dømes kva kompetanse dei tilsette på mottakssentralane har.
- Det er ein fordel om det er ein viss **fleksibilitet i treningsopplegget**. Dette gjeld både med omsyn til type aktivitetar, om aktivitetane skjer i grupper eller individuelt, og at det kan vere mogleg å trene både utandørs og innandørs. Fleksibilitet på desse områda kan minske fråfallet blant nokre av målgruppene.

- Mange, både ansvarlege og brukarane, synest at **tre månader er for kort tid for å legge godt til rette for livsstilsending**. For at brukarane skal halde fram med fysisk aktivitet etter reseptperioden er over, kan det vere ein fordel om kommunane tilbyr ei eller anna form for oppfølging, gjerne gjennom aktivitetar knytt til Fysak-sentralane.

Det gjennomgåande inntrykket er at det gjennom prosjekta er lagt til rette for ei organisering som sikrar legitimitet og forankring lokalt, samstundes som ein har utvikla ein fleire praktiske grep for å legge til rette opplegg for grupper som er aktuelle for reseptordninga. I forhold til legitimitet og forankring er forholdet til tilvisarar heilt avgjerande. Dette temaet har derfor fått sitt eige kapittel.

Kapittel 5 Tilvisar i sentral posisjon

Eit viktig kjenneteikn med reseptordninga slik den er utforma i dei enkelte kommunane og fylka, er at brukarane får tett oppfølging etter at dei har fått skrive ut resepten. Dette i motsetnad til Grøn resept, der det er lagt opp slik at den enkelte pasient saman med legen skal legge ein plan for endringa av eigne levevanar framover (Pedersen 2006). Legen sit likevel i nøkkelposisjon også i dei kommunane som har prøvd ut alternative modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og endring av kosthald. Det er ofte legar som er tilvisarar. Deira vurdering av ordninga er såleis viktig. Frå evalueringa av Grøn resept veit vi at mange av legane hadde fleire innvendingar mot denne ordninga (Bringedal og Aasland 2006). Også i lys av dette er det viktig å få fram synspunkta til legane på ei ordning som på mange måtar kan sjåast som ei vidareutvikling av det som opphavleg var Grøn resept.

5.1 Kven tilviser?

Det er **i all hovudsak legane som tilviser på resepten**. Dette gjeld alle fylke. I Oppland og Vest-Agder har det også vore ein del av premissane frå fylkesnivå at det er legar som skal skrive ut reseptane. Det er likevel lagt til rette for at andre grupper kan skrive ut resept i rundt halvparten av kommunane. Det vanlegaste er at det er opna for at fysioterapeutane kan skrive ut resept, men i enkelte kommunar er det også slik at andre fagpersonar kan tilvise. Det er likevel samla sett få tilvisingar frå andre enn legar. Rett nok skil to kommunar seg ut. I desse to kommunane var det fleire tilvisningar frå fysioterapeutar enn frå legar i 2006.

Det kan vere fleire grunnar til at legane jamt over står for dei fleste tilvisingane. For det første har det fleire stader i praksis vore vanskeleg å inkludere fysioterapeutane i ordningane. Ein grunn til dette kan vere at dei oppfattar ordninga som ein konkurrent til eiga verksemd (jf 4.1). I alle høve er dette eit inntrykk som blir formidla frå dei som sit med ansvaret for ordninga ved ein del av mottakssentralane. Ein annan grunn kan vere at ein ved mange av sentralane har retta mykje av ressursane inn på å få legane med på ordninga, noko som kan ha gjort at ein har jobba mindre målretta i forhold til andre potensielle tilvisarar. I tillegg til dette er det ein del sentralar som først opna for å bruke fysioterapeutane som tilvisarar etter at ordninga hadde vore i gang ei stund. Dermed har ein kome kort i arbeidet med å etablere rutinar for tilvising frå andre enn legane.

Faktaboks 5.1

Det er primært legar som tilviser

- Legane har tilvisingsmynde i alle kommunane som har etablert ordninga. Ut over dette er det opna for at enkelte andre grupper kan tilvise, særleg fysioterapeutar; desse er definert som potensielle tilvisarar ved 53 prosent av mottakssentralen.
- I følgje spørjeundersøkinga som blei gjennomført blant mottakssentralane, hadde 93 prosent av deltakarane i ordninga fått resept frå legen i 2006. Fysioterapeutar tilviste i seks prosent av tilfella.
- I løpet av forsøksperioden har fleire av kommunane opna for at nye grupper kan tilvise. Individundersøkinga frå 2007 viste at alt 82 prosent av reseptbrukarane har vorte tilviste av legar, seks prosent av fysioterapeutar, medan dei andre brukarane hadde fått tilvising frå spesialistar, psykologar, bedriftshelsetenesta, psykiatritenesta, NAV-kontor og attføringsbedrifter. I alt fire prosent av brukarane hadde gått direkte til mottakssentralen og fått resepten der.

Kjelde: Kartlegging blant mottakssentralane.

Når ein del av sentralane etterkvart har opna for at nye grupper kan tilvise, vil dette kunne gjere at tilvisingane frå andre grupper enn legane aukar over tid. Så langt det primært legar som er tilvisarar.

Kven bør tilvise?

Debatten om kven som skal tilvise til ordninga er sentral i utviklingsarbeidet rundt ordninga. Erfaringane til dei involverte gir ikkje alltid like eintydige svar. Sjølv om ein del kommunar har opna opp for å la fleire tilvise, vil desse tilpassingane ofte vere av nyare dato og mengda tilvisningar frå desse tilvisarane er avgrensa. Dermed er også reell erfaring med slike tilvisingar liten.

Ulike argument gjer seg gjeldane blant dei som har vore med å utvikle ordninga lokalt. Blant dei som opplever at det er viktig at legane skal vere tilvisarar gjer følgjande hovudargument seg gjeldane:

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.

Helsesjefen i ein av kommunane ordla seg slik om valet av legar som tilvisarar:

Jeg tror det er en viktig plass å starte. Hadde du startet med at alle skulle henvise, så tror eg ikke vi ville fått med oss legene. De fleste er innom legetjenesten. Legetjenesten er en stor sil, som kan sile veldig godt.

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 NAV som aktuell tilvisar, og enkelte har alt etablert avtalar med etaten. Enkelte av sentralane har også arbeidd for å få til ordningar der sjukehusa tilviser pasientar til reseptordninga. Tendensen er at fleire og fleire av mottakssentralane vurderer om dei skal gå inn i slike ordningar, men at det rår ein del uvisse rundt dette. Kristiansand er eit eksempel på ein kommune der dei arbeidar med å etablere tettare koplingar mellom reseptordninga og sjukehuset.

Mange av legane er positive til at anna helsepersonell i tillegg til dei sjølve kan vere tilvisarar på reseptordninga.¹⁷ Det er derimot fleire, men langt frå alle, som er skeptiske til at til dømes NAV skal kunne tilvise på reseptordninga. Legane i Buskerud er meir positive til at andre kan tilvise enn det som er vanleg elles. Ein grunn til dette kan vere at ein i Buskerud har hatt lenger erfaring med å bruke andre tilvisarar, spesielt når det gjeld fysioterapeutar.

- I alt **74 prosent** (41 prosent heilt einige og 33 prosent nokså einige) av legane seier seg einige i at det er **ønskeleg at anna helsepersonell** (for eksempel fysioterapeut, psykolog, ernæringsfysiolog eller helsesøster) **kan skrive ut dei aktuelle reseptane**, medan 10 prosent gir uttrykk for at dei er ueinige i dette.
- **48 prosent** av legane vurderer det som **ønskeleg at NAV** i tillegg til legane **kan skrive ut resepten** (30 prosent heilt einige og 18 prosent nokså einige), medan 40 prosent er ueinige i dette (12 prosent nokså og 28 prosent heilt ueinige).
- Blant **legane i Buskerud er 83 prosent positive** til at anna **helsepersonell kan skrive ut resept** og **64 prosent positive til at NAV kan gjere det same**. Blant legane i **Oppland og Nordland er det høvesvis 33 prosent og 32 prosent** som gir uttrykk for at det er **ønskeleg at NAV skal kunne skrive ut resepten**. Det er verd å merke seg at Oppland, som kanskje er det fylket som har kome lengst i etableringa av ei kopling til NAV, er eit av fylka som har lågast andel av legar som er positive til ei slik ordning.

¹⁷ 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.

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. *Vanskelig å huske resepten i en travel hverdag. Derfor bra at andre yrkesgrupper kan henvise, seier til dømes ein av legane.* Samstundes er fleire av legane opptekne av at fastlegen er informert og kan vurdere resepten ut frå ein medisinsk ståstad. Tilbakemeldingar frå to fastlegar kan stå som uttrykk for dette:

Andre kan anbefale ordningen, men lege bør skrive ut resept og ordne med oppfølging eller Jeg synes godt at flere grupper kan få bruke resepten, men det er viktig at pasientene får tilstrekkelig medisinsk vurdering i forkant, hvis de har sykdommer.

Kvalitetssikring er eit viktig moment blant dei legane som er skeptiske til å opne for mykje opp i forhold til å gi andre faggrupper høve til å skrive ut reseptar:

Vi hadde en lang prosess på hvem som skulle få henvise. I Malmö kunne alle henvise. Med det resultat at legene ikke såg det som sitt redskap. Hvis alle kunne gjøre det, da gikk det ut over kvalitetskravene som ligger i bunn hos legene. Skal du sette navnet ditt på en henvisning, da skal du vite hva de går til. Hvis dette nærmest var en greie som hvem som helst kunne gjøre, da tror jeg ikke legene så ansvaret de hadde.

Nøkkelinformant på fylkesnivå

Som ein konsekvens av behovet **for kvalitetssikring av reseptordninga** i forhold til medisinske spørsmål, har ein til dømes i Modum etablert ein praksis der det blir gitt melding til fastlegen, dersom andre enn denne skriv ut resept. Då kan legen gripe inn om det viser seg at ein slik resept er medisinsk uforsvarleg for den aktuelle brukaren.

5.2 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. Vi kan ikkje utelukke at ein del let vere å svare på undersøkinga på grunn av lite kjennskap til ordninga, men svara frå mottakssentralane peikar også i retning av at legane har rimeleg god kjennskap til ordninga.

Eit gjennomgåande trekk i tilbakemeldingane er at **kjennskapen til, kunnskapen om og bruken av ordninga er avhengig av kontinuerleg informasjon**. Generelt opplever mottakssentralane at utan påminning til

tilvisarane går talet på utskrivne reseptar ned over tid. Frekvensen på utskriving av reseptar blir peikt på eit problem frå mange av dei som sit som ansvarlege på mottakssentralane. Dei ynskjer at tilvisarane skal skrive ut resept hyppigare. Generelt er inntrykket at det er store variasjonar mellom legane i forhold til kor mange reseptar kvar enkelt skriv ut i løpet av eit år.

Faktaboks 5.2

Kjennskap til, kunnskap om og bruk av reseptordninga blant fastlegane:

- I gjennomsnitt skreiv 70 prosent av legane i dei aktuelle kommunane ut reseptar til ordninga i 2006.¹⁸
- Det er særleg 3-4 kommunar som trekte ned gjennomsnittet.
- I dei to største byane Kristiansand og Drammen, fekk mottakssentralane tilvisingar frå høvesvis 63 prosent og 72 prosent av legane i 2006. Dette er høge tal i kommunar der legane er mange og har ei spreidd lokalisering.
- 50 prosent av dei ansvarlege ved mottakssentralane vurderte det slik at legane hadde god kunnskap om ordninga. Berre 10 prosent var ueinige i dette.
- Legane synest, ikkje overraskande, å ha best kunnskap om resepten, i dei tilfella der mottakssentralane har kome lengst i arbeidet med å utvikle ordninga.

Gjennomstrøyming av legar

- Det var relativt få av kommunane som hadde stor gjennomstrøyming blant legane. Til ein påstand om at det er stor gjennomstrøyming, seier 70 prosent seg nokså eller heilt ueinig.

Kjelde: Kartlegging blant mottakssentralane

- Utsiftingar av legar kan likevel skape vanskar for ordninga. Blant kommunane med liten aktivitet i prosjektperioden er dette særleg synleg.

Kjelde: Oppfølgjande undersøking blant mottakssentralane.

Forholdet til fysisk aktivitet, kostrettleiing og røykeslutt som førebyggings- og behandlingsmetode

Tilråding av fysisk aktivitet, bruk av kostrettleiing og rettleiing om røykeslutt inngår som førebyggings- og behandlingsmetode for mange legar, uavhengig av etablering av ei eiga reseptordning eller ikkje. Dette kom også til uttrykk i evalueringa av Grøn resept. Det blei mellom anna sagt at temaet *tilhører allmennlegens kjernevirksomhet og understreket at dette hadde de jobbet med over mange år* (Bringedal og Aasland 2006: 1037). Legane som har erfaring frå utviklinga av reseptordninga i Oppland, Buskerud, Vest-Agder og Nordland gir

¹⁸ Merk at ei tilvisning i løpet av 2006 er nok til å verte rekna med.

også i stor grad uttrykk for at dette også er ein del av deira praksis. Dette gjeld ikkje minst fysisk aktivitet:

- **89 prosent av legane tilrår** i høg eller svært høg grad **fysisk aktivitet** som førebyggings- og behandlingsmetode i eigen praksis. Ingen svarar at dei berre i låg grad gjer det same.
- **66 prosent av legane nyttar** i høg eller svært høg grad seg av **retteleing om kosthald** som førebyggings- og behandlingsmetode i eigen praksis. To av legane svarar at dei berre i låg grad gjer det same.
- **79 prosent av legane nyttar** i høg eller svært høg grad seg av **retteleing om røykeslutt** som førebyggings- og behandlingsmetode i eigen praksis. Ein av legane svarar at han/ho berre i låg grad gjer det same.

Spørsmålet er då i kva grad legane ser seg tente med ei ordning der oppfølginga av pasientane som har behov for kome i gang med fysisk aktivitet, som har behov for å retteleing om kosthald og som har behov for hjelp for å slutte å røyke, blir organisert til ein eigen sentral.

5.3 Haldningar til reseptordninga

Legane gav uttrykk for ei klart kritisk haldning til ordninga med Grøn resept (Bringedal og Aasland 2006). Det vart mellom anna gitt uttrykk for at ordninga var unødvendig fordi legane kunne gi aktuell retteleing utan at ein innførte eit eige system for dette. Haldningane til ordninga er langt meir positive i dei kommunane der ein har utvikla ei reseptordning der ein eigen sentral har oppfølging av pasientane. Både legane og mottakssentralane gir tilbakemeldingar som peikar i ein slik retning. Det er til dømes ikkje slik at ansvarlege på mottakssentralane opplever at legane i eigen kommune er generelt kritiske til ordninga.

Ei årsak til at ein har lukkast, er at det har vore jobba mykje med **å involvere legane i utviklinga av ordninga**. Eit døme på dette er at det i fleire kommunar har vorte samarbeidd om utvikling av datamodular som gjer det lettare for legane å skrive ut reseptar. Siktemålet med dette er å lette arbeidet for legen. Tungvinte skjema og byråkratisering var noko mange legar framheva som negativt med "Grøn resept" (Bringedal og Aasland 2005).

Det er også fleire døme på at **kommunelege 1 har hatt ein nøkkelfunksjon** for å få dei andre legane med på ordninga. Å alliere seg med kommunelege 1 kan vere gunstig fordi vedkomande kjenner legane sin arbeidssituasjon godt, snakkar "same språk" som legane og veit kva det må leggast vekt på for å få dei med på laget. Å forankre ordninga hos sentrale legar synast derfor å styrke ordninga slik at det fungerer i forhold til dei som blir involverte i arbeidet.

Evalueringa av Grøn resept etterlyser vidare eit tilbod for vidare oppfølging. Bringedal og Aasland (2005) peikar på at informantane meiner at dette arbeidet bør vere organisert i grupper. I vidareutviklinga av ordninga har oppbygging av mottakssentralar vore sentralt, der gruppeaktivitet ofte blir vektlagt. I så måte har utviklinga av reseptordninga gitt svar på viktige innvendingar mot Grøn resept, ved å; 1. utvide målgruppa (jf kapittel 1.1 og 6.1), 2. gjere ordninga mindre byråkratisk, 3. involvere legene meir i utviklinga og 4. etablere eit tilbod for oppfølging av brukaren (jf kapittel 4).

Faktaboks 5.3

Legane ikkje spesielt kritiske til ordninga

- Når ansvarlege for mottakssentralane blir utfordra til å ta stilling til ein påstand om at legane i kommunen generelt er kritiske til ordninga, seier 60 prosent seg helt eller delvis ueinig.
- Berre 10 prosent seier seg heilt eller delvis einig i påstanden.

Kjelde: Kartlegging blant mottakssentralane

I dei tilfella der legane er kritiske til ordninga, gir dette store utfordringar for dei som er ansvarlege for ordninga på mottakssentralen. Dette kan gi svak lokal forankring av arbeidet (jf kapittel 3.3).

Når det gjeld tilbakemeldingane frå legane sjølve kjem deira haldningar til ordninga til uttrykk i forhold til den oppfølginga den enkelte brukar av ordninga får frå sentralane. **Tilbodet dekkjer i følgje mange av legane eit viktig behov hos pasientane.** Det er rett nok litt færre av legane som er einige i at ei slik ordning er nødvendig for at pasientane skal greie å endre levevanar. Erfaringane elles peikar i retning av ordninga kan bli gløymd i ein travel kvardag. Det er likevel eit klart fleirtal av legane som gir uttrykk for at dei alltid vurderer å bruke ordninga i forhold til viktige målgrupper for ordninga. Legane i Vest-Agder er jamt over noko meir kritiske til ordninga enn i dei andre fylka. Ein vesentleg del av legane som har svara på undersøkinga frå dette fylket, er lokaliserte i Kristiansand. Det er mange legekontor i byen, og dermed også særlege utfordringar når ein skal implementere ei slik ordning. Dette kan vere ein grunn til at tala frå Vest-Agder skil seg ut.

I tal gir svara frå legane følgjande fordeling:

- **80 prosent** av legane er heilt (43 prosent) eller nokså einige (37 prosent) i at oppfølginga pasientane får frå sentralen gjennom reseptordninga dekkjer eit **viktig behov hos de aktuelle pasientgruppene**, 17 prosent er ueinige i dette.
- **57 prosent** av legane gir uttrykk for at oppfølginga pasientane får frå sentralen gjennom reseptordninga er **nødvendig for at pasientane skal**

klare å endre levevanar (19 prosent er heilt einige og 38 prosent nokså einige), medan 4 prosent er ueinige i dette.

- **60 prosent** av legane er heilt eller nokså einige i at dei alltid vurderer reseptordninga som ein del av behandlinga for pasientar med **type 2-diabetes, høgt blodtrykk, muskel-/skjelett el. psykiske lidingar (22 prosent er heilt einige og 38 prosent er nokså einige)**, gitt at dette er medisinsk forsvarlig, medan 14 prosent er nokså eller heilt ueinige i ein slik påstand.
- I Vest-Agder er det 45 prosent av legane som alltid vurderer reseptordninga i forhold til pasientar med dei nemnde diagnosane. Likeeins er det 43 prosent av legane i dette fylket som gir uttrykk for at oppfølginga pasientane får frå sentralen gjennom reseptordninga er nødvendig for at pasientane skal klare å endre levevanar.

Tilpassa arbeidssituasjonen?

I evalueringa av Grøn resept blir det peikt på at ordninga innebar ei unødig byråkratisering (Bringedal og Aasland 2006). Grøn resept var då også lagt opp slik at både helsesamtale og utarbeiding av plan for endring av levemåte blei administrert av legen. I dei reseptordningane som er prøvd ut i dei aktuelle kommunane, er dette arbeidet flytta ut av legekantoret. Dette viser også att i svara legane har rundt administrasjonen av ordninga. Dei er i all hovudsak positive til dei administrative sidene ved ordninga og opplever også at informasjonen om ordninga er god. Når det gjeld tilbakemeldingane om oppfølginga pasientane får, er også eit klart fleirtal av legane einige i at denne er relevant. Men her er det også ei større gruppe som ikkje er like einige.

Også når det gjeld administrasjon og informasjon om ordninga, er legane frå Vest-Agder noko meir kritiske enn legane frå dei andre fylka. Igjen kan ei forklaring til dette vere dei utfordringar som følgjer med å skulle få ordninga til å fungere i ein relativt stor by.

I tal er fordelinga av svara frå legane som følgjer:

- **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 (**46 prosent er heilt einige og 33 prosent er nokså einige**), medan 10 prosent er ueinige i dette. For Vest-Agder var prosentdel som var einige i dette 68.
- **70 prosent** av legane opplever at oppfølginga pasientane får frå sentralen gjennom ordninga med resepten gjer **eige arbeid med oppfølging av pasienten enklare (29 prosent er heilt einige og 41 prosent er nokså einige)**, medan 6 prosent er ueinige i dette. For Vest-Agder var prosentdel som var einige i dette 59.

- **81 prosent** av legane gir uttrykk for at dei har fått **god informasjon om ordninga** med resepten (**55 prosent er heilt einige og 26 prosent er nokså einige**), medan 7 prosent er nokså eller heilt ueinige i dette. For Vest-Agder var prosentdel som var einige i dette 73.
- **58 prosent** av legane meiner at dei får **relevante tilbakemeldingar** om den oppfølginga pasientane får frå sentralen (**31 prosent er heilt einige og 27 prosent er nokså einige**), medan 23 prosent gir uttrykk for at dei er ueinige i dette. For Vest-Agder var prosentdel som var einige i dette berre 36, medan 39 prosent var ueinige.

Faktaboks 5.4

Rapportar frå mottakssentralane

- Det er vanleg at mottakssentralane rapporterer tilbake til tilvisande fagperson i etterkant av reseptperioden. I 90 prosent av tilfella er det rapportering av helsesamtale og i 77 prosent er det rapportering av testar (UKK og/eller Wonca).

Kjelde: Kartlegging blant mottakssentralane

- 29 prosent av mottakssentralane opplever at legane ber om vitskapleg dokumentasjon rundt verknadane av reseptordninga (5 prosent i stor grad og 24 prosent i nokon grad). Det legane særleg etterspør er dokumentasjon på om reseptordninga i eigen kommune har helseeffekt.

Kjelde: Oppfølgjande undersøking blant mottakssentralane.

Informasjonen mellom lege og mottakssentral vil vere viktig for arbeidssituasjonen for begge partar. Mottakssentralane er gjerne i regelmessig kontakt med legane for å minne om ordninga. I forhold til deltakarane på resepten er derimot kommunikasjonen i all hovudsak knytt til resepten som blir sendt til sentralane og rapportane som sentralane sender til legane etter avslutta reseptperiode.

I dei fleste tilfelle er det etablert ei ordninga med resept på skriftleg mal, sjølv om den framleis i ein del tilfelle ikkje blir brukt. Det er relativt vanleg at resepten inneheld helseopplysningar, men sjeldan inneheld resepten spesifikke tilrådingar for brukaren.

Det er ikkje vanleg med kommunikasjon mellom tilvisar og mottakssentral i reseptperioden, men det kan i enkelte tilfelle vere kontakt i forkant og etterkant. Dette kan for eksempel vere i forhold til brukarar som treng nærare oppfølging. I etterkant av reseptperioden sendar sentralane ei skriftlig tilbakemelding til tilvisar. Desse rapportane inneheld som oftast ei tilbakemelding på helsesamtala

og i ein del tilfelle også ei tilbakemelding om resultat frå testar som har vore gjennomførte i reseptperioden (UKK- og/eller Wonca).¹⁹

Dei fleste kommunane har rutine for innkalling av brukarar når dei har fått melding om utskrivne resept. I løpet av eit par veker kallar deretter mottakssentralen inn brukaren. I ein del tilfelle kan også innkalling skje raskare enn dette. I dei kommunane som ikkje har rutine for innkalling er det lagt opp til at brukaren skal ta kontakt med mottakssentralen. Det er grunn til å tru at det er ein monaleg fråfall blant potensielle brukarar i leddet mellom tilvisar og mottakssentral, når ansvarleg ved sentralane ikkje får melding om kven som er tilviste på resepten. Dette gjer det umogleg å ta kontakt med brukarane på førehand, slik det ofte er vanleg at det blir gjort ved andre mottakssentralar. Fleire pekar på at det kan være ein terskel for potensielle brukarar å ta kontakt med mottakssentralen. Eit av argumenta som ligg til grunn for å ikkje ha ”kopi-rutine” av resepten er at dette vil innebære ei meirbelastning for legane. Det er ein frykt for at dette skal kunne gjere det vanskelegar å få legane til å skrive ut reseptar. På den andre sida blir det av fleire framheva at ei slik rutine ville gjere at ordninga i større grad kunne vore i stand til å nå de svakaste gruppene. Grunnlaget for å innføre ei slik rutine vert derfor drøfta i dei kommunane dette gjeld.

5.4 Å treffe dei rette pasientgruppene

Eit tredje hovudfunn i evalueringa av Grøn resept, var at ordninga ikkje nådde dei rette pasientgruppene (Bringedal og Aasland 2006). Dette både fordi legane var opptekne av at ordninga både burde gjelde pasientar som får medikamentell handsaming og at andre diagnosar enn høgt blodtrykk og type 2-diabetes burde vere inkludert i ordninga. Begge desse innvendingane har ein teke omsyn til ved utviklinga av ordningane i dei aktuelle kommunane som har vidareutvikla reseptordninga. Dette synest også å ha påverka den opplevinga legane har i forhold til korleis ordninga treff relevante pasientgrupper. Mange opplever at ein gjennom ordninga når fram til dei rette pasientgruppene. Dei opplever i relativt liten grad at pasientane reagerer negativt på tilbodet om ein slik resept. Når det gjeld oppfølging av resepten frå pasientane si side, har legane derimot litt meir blanda erfaringar. Med tanke på forskjellar mellom fylka, viser dette seg først og fremst i forhold til vurderinga av at ordninga er lagt til rette for grupper som har vanskar med å kome i gang med aktivitet. Legane i Vest-Agder opplever i mindre grad enn dei andre at ordninga er lagt opp på ein måte som gir eit godt tilbod for dei som har vanskeleg å kome i gang.

- **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 (**32 prosent er heilt einige og 42 prosent er nokså einige**), medan berre tre prosent er

¹⁹ Jf kapittel 4.4.

ueinige i ein slik påstand. I Vest-Agder var 55 prosent einige i påstanden og 14 prosent ueinige.

- **7 prosent** opplever at mange av **pasientane reagerer negativt** når de får tilbod om resepten, medan 68 prosent er nokså eller heilt ueinige i ein slik påstand.
- **20 prosent** av legane opplever at mange av pasientane **ikkje følgjer opp tilbodet** dei får gjennom ordninga med resepten, medan 29 prosent er ueinige i dette. Mange gir såleis uttrykk for at dei har blanda erfaringar i så måte (47 prosent), medan nokre også føler at dei veit lite om korleis oppfølginga er frå pasientane si side (6 prosent).

Fleire av legane gir også klare tilbakemeldingar om nøgde pasientar på ordninga. Kommenterarar som: *Meget positive tilbakemeldinger fra pasientene* eller *Bra supplement til andre tiltak*, er uttrykk for dette.

Når pasienten møter legen

Om vi ser på dei som har teke resepten i bruk, gir desse uttrykk for ei klar positiv oppleving av møtet med tilvisar. Dei tilbakemeldingane som blir gitt om møtet med tilvisar, gir inntrykk av at dei opplevde dette som ein ordinær time, der det i tillegg er lagt inn ei kort orientering om reseptordninga. I tillegg opplevde eit mindretal at ein del av legane også går nærare inn på meir spesifikke tema med tanke på endring av levevanar som ei førebuing til det som er tema på mottakssentralen.

Tilbakemeldingane frå reseptdeltakarane viser følgjande:

- **Dei aller fleste** (91 prosent) opplevde primært timen hos tilvisar (primært legar) som ein **ordinær time** der dei blei tilvist til ei samtale på mottakssentralen.
- I alt **73 prosent** fekk ei **kort orientering** om kva den aktuelle reseptordninga innebar.
- Det var **32 prosent** som gav uttrykk for at det var sett av **ekstra tid til samtale** om fysisk aktivitet, sunt kosthald eller røykeslutt og kva betydning desse faktorane har for eigne sjukdomar og plager.²⁰

Tidlegare i kapittelet såg vi at legane i relativt stor grad meinte at dei nytta rettleiing om kosthald og røyking som førebyggings- og behandlingsmetode i eigen praksis. Sett opp mot at berre 32 prosent av reseptdeltakarane har gitt uttrykk for at det vart sett av ekstra tid til samtale, kan det sjå ut til at mykje av denne rettleiinga for denne gruppa skjer innanfor korte tidsrammer. Den tilsynelatande forskjellen i svara mellom legar og reseptdeltakarane kan også

²⁰ Relativ mange av dei som skulle svare på dette spørsmålet, har ikkje svart, noko som betyr at vi her berre hadde svar frå 129 av dei 173 reseptbrukarane hadde fått tilvising frå helsepersonell.

skuldast at legane brukar lengre tid på rettleiing av personar som ikkje får utskrive resept til ordninga. Dette kan til dømes vere personar som dei ikkje finn det medisinsk forsvarleg å gi ein slik type resept.

Når det gjeld oppleving av timen med tilvisar gir eit klart fleirtal uttrykk for at denne var tilpassa eigen situasjon, lagt opp på ein måte der dei fekk fremje egne synspunkt og at sjølve samtalen med legen gav dei lyst til å endre egne levevanar:

- I vurderingane av møtet med tilvisar, opplever **72 prosent** at samtalen var lagt opp på ein måte som i høg grad var **tilpassa eigen situasjon** (49 prosent var heilt einige og 24 prosent nokså einige i ein slik påstand).
- Brukarane opplevde også at samtalen var lagt opp på ein slik måte at dei sjølve fekk **fremja egne synspunkt**. I alt **77 prosent** gav uttrykk for dette (53 prosent var heilt einige og 24 prosent var nokså einige i ein slik påstand).
- Litt færre opplevde at samtalen med tilvisar gav han eller ho **lyst til å endre egne levevanar**. Det er likevel **65 prosent** som gav uttrykk for at dei opplevde samtalen med tilvisar slik (46 prosent var heilt einige og 19 prosent var nokså einige i ein slik påstand).

5.5 Mangel på tilvisingar?

Sett frå mottakssentralane, opplever fleire 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**.

Faktaboks 5.5

Grunnlag for fleire reseptbrukarar

- 70 prosent av dei ansvarlege på mottakssentralane gir uttrykk for at det i noko grad er for få eller alt for få tilvisingar i forhold til kapasitet på sentralen.

Kjelde: Kartlegging blant mottakssentralane.

Det kan vere fleire forklaringar til at ein ikkje alltid når fram til potensielle brukarar. Vi har sett at i enkelte tilfelle opplever legane at pasientane reagerer negativt på det å få tilbod om ei slik ordning. Dette synest likevel ikkje å vere nokon viktig grunn til manglande oppslutning om ordninga. Det same gjeld skepsis til ordninga blant tilvisarane. Enkelte av tilvisarane er skeptiske, men slik skepsis synest ikkje å vere utbreidd, i alle høve ikkje blant legane. Ein viktigare grunn for legane sin del, er nok at mange har **lett for å gløyme**

ordninga i ein travel kvardag. Dette blir for det første nemnt av ein del av legane sjølve. Dette er også eit inntrykk som dei ansvarlege på mottakssentralane har.

Det kan virke som om ordninga ikkje alltid kjem langt nok opp på prioriteringslista legane har under konsultasjonen med potensielle brukarar. På konferansen "Livsstil på resept", som ble arrangert Kristiansand september 2007, heldt lege Ole E. Strand eit innlegg der mellom anna arbeidssituasjon til legane var tema. Her vart det peika på at allmennlegane har opplevd å få ei mengde ukoordinerte tilrådingar om ting ulike miljø og autoritetar meiner allmennpraktikarar bør involvere seg i. Ei forståing av **korleis ordninga best mogleg kan tilpassast arbeidssituasjon til legane synast å vere avgjerande for å kunne auke talet på tilvisningar**. Koordinatorane på sentralane registrerer at talet på tilvisningar 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 tilvisningar skal auke, og for at fleire legar skal bruke ordninga. Det er mellom anna sagt at legesekretærar og apparatet rundt på legesentra også kan vere viktige i når sentralane skal nå ut med informasjon, fordi desse kan minne legane på ordninga.

Vidare gir ein del av legane uttrykk for at det kan vere **vanskeleg å motivere** dei som har størst behov for ei slik ordning. Fleire har også opplevd at det er vanskeleg for delar av målgruppa å **ta seg fri frå arbeid** for å følge tilbodet. Dette kan både resultere i at det ikkje blir skrivne ut resept og i at enkelte ikkje følgjer opp resepten. Det er også døme på at det er vanskeleg å motivere pasientar som **må reise langt** for å kunne gjere seg nytte av ordninga.

Legane fekk ikkje spørsmål om i kva grad økonomisk insitament er viktig for at det skal skrivast ut fleire reseptar. I sin evaluering av Grøn resept peiker Bringedal og Aasland (2005) på at det er grunn til å tru at økonomiske insentiv har ein verknad. Deira erfaring er at endringar i finansieringsmåte raskt resulterer i endring i tilpassing. Intensiv har likevel i liten grad vore eit tema som har vorte problematisert av dei nøkkelpersonar vi har intervjuet. Ein kommunelege 1, med ansvar for fleire kommunar, seier følgjande:

Hvis resepten får et større gehør, ville det være naturlig å få den honorert. Men det har ikke sett ut som det er det dette står og faller på. Dette utgjør ikke en svakhet i dag, da hadde nok Grønn resept blitt brukt enda mer. Hvis det bare var pengene om å gjøre så hadde flere brukt Grønn resept Kollegene mine (legene) ble jo dypt krenket ved at de 200 kr som var honoreringen til å bruke Grønn resept skulle være nok til at de ville ta det i bruk.

Den same legen understrekar også at det er særleg viktig å legge til rette for å forenkla rutinane for tilvising. Elektronisk versjon av resepten som kan

integrererast i edb-journalane, slik ein har utvikla i Oppland og Vest-Agder, er døme på ei slik forenkling.

Samla gir dette eit bilete der **legane i det store og heile er positive til ordninga**. Dette i klar motsetning til den vurderinga legane gav av Grøn resept (Bringedal og Aasland 2006). I evalueringa av ordninga med grøn resept registrerte forskarane 130 kritiske og 20 positive eller nøytrale fritekstkommentarar i innsende spørjeskjema. Kommentaranane i det tilsvarande feltet gav eit heilt anna inntrykk for reseptordninga som har vore prøvd ut i dei aktuelle kommunane. Av i alt 30 kommentarar var fem negative og 25 positive eller nøytrale. Av positive kommentarar kan nemnast: - *Det er en svært god ordning som bør kontinueres*, - *En meget god ordning som det må satses mer på*. *God fremdrift i Nordland med støtte frå fylkesnivå*, - *Eg får meget positive tilbakemeldinger frå pasientene*, - *Fortsett med denne ordningen*, - *Bra det meste* eller - *Bra supplement til andre tiltak*. Det blir også peikt på at suksessen til tilbodet kan vere personavhengig: *At ordningen fungerer bra er avhengig av at den blir drevet av en entusiast med god evne til kommunikasjon*. Dei meir kritiske kommentaranane er heller ikkje av same sterke karakter som det evalueringa av Grøn resept viste. Blant kritiske kommentarar blir det gitt uttrykk for at ordninga er ressurskrevjande sett i forhold til kva ein kan forvente av resultat, at det - *Går an å tenke seg andre modeller enn aktivitetsresept for å endre folks levevanar* og - *Det er vanskelig å motivere de som trenger det mest til å delta i ordningen. Tror de fleste takker nei*.

Når den største utfordringa for ordninga, ser ut til å vere å få legane til å hugse på ordninga i møte med pasientar som kan vere aktuelle brukarar, må ein frå den enkelte mottakssentral legge vekt på bevisstgjerjing, informasjonsarbeid og samarbeid. Spørsmålet i den lokale konteksten vert då i kva grad sentralane har kapasitet til å halde trykket oppe i forhold til legane. I nasjonal samanheng er det også eit spørsmål om å ha ei **nasjonal overbygning for ordninga, der ein også kan dokumentere verknadane av denne**.

5.6 Erfaringar å bygge vidare på?

- Det er i hovudsak legar som tilviser, sjølv om det i rundt halvparten av kommunane også er opna for at andre fagpersonar kan skrive ut resept. Det blir vurdert om det kan vere føremålsteneleg at andre faggrupper i tillegg til legane kan tilvise. Somme peikar på at **ved å opne for at andre faggrupper kan tilvise** slik som fysioterapeutar, helsesøster, psykiatritenesta, NAV-kontor med fleire, kan ein **nå fleire potensielle brukarar**. Samtidig må ikkje **kvalitetssikringa** av ordninga vatnast ut i forhold til medisinske spørsmål når fleire yrkesgrupper kan tilvise. Ein måte å løyse dette på kan vere slik Modum kommune har gjort det, der det blir gitt melding til fastlegen dersom andre enn denne skriv ut resepten.

- God **forankring** av reseptordninga er viktig. Det har mellom anna vore involvert legar i utviklinga av ordninga, noko som gjer det lettare å forankre resepten i legestanden. Særleg i Vest-Agder og Oppland har fylkesnivået involvert kommunelegar i utvikling av ordninga. Desse har fungert som dørøpningar til resten av legane. Å få kommunelege 1 eller andre som kjenner legeyrket frå innsida med på laget, er eit suksesskriterium for å nå ut med ordninga og få den forankra hos legane i følge ansvarlege på mottakssentralane.
- For å unngå fråfall blant dei svakaste gruppene, er det viktig at det er ei rutine der legane sender **kopi av resepten** til mottakssentralane. På denne måten får mottakssentralane høve til å ta kontakt med brukaren, dersom han eller ho ikkje sjølve tar kontakt.
- Legane seier sjølve at dei har lett for å gløyme resepten i ein travel kvardag. Det er såleis viktig å legge til rette for at resepten blir hugsa på. Ein ser mellom anna at talet på tilvisingar går opp etter periodar med informasjonsarbeid frå mottakssentralane. Det krev såleis **hyppig informasjonsarbeid overfor legane** for å halde talet på utskrivne reseptar oppe.
- Vidare er det **viktig at reseptordninga er best mogleg tilpassa arbeidssituasjon til legane**. Det er mellom anna blitt utvikla datamodular som gjer det lettare for legane å skrive ut reseptar i enkelte kommunar. Legesekretærane og apparatet rundt legane spelar også ei rolle i denne samanhengen, då desse kan ha ei viktig rolle som påminningar av ordninga til legane. Der legesekretærane er godt informerte om ordninga, blir det også meldt om fleire tilvisingar.

Kapittel 6 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.²¹

6.1 Kven er i målgruppa?

I evalueringa av Grøn resept, vart det konkludert med at ordninga hadde liten legitimitet blant norske legar. Grunnen var mellom anna at den ikkje treffe dei rette pasientgruppene (Bringedal og Aasland 2006). Ordninga femna for snevert. Dette botna mellom anna i ei oppfatning om at ordninga også bør vere tilgjengeleg for pasientar som alt får medisinsk behandling for type 2-diabetes og høgt blodtrykk. Vidare meinte mange av legane at andre diagnosar burde inkluderast i ordninga. Dette har fylka og kommunane som har stått for utviklingsarbeidet rundt reseptordninga teke konsekvensen av. Deltakarane i dei lokale reseptordningane kan vere i målgruppa for Grøn resept, men dei fleste er ikkje det (jf faktaboks 6.1). Mottakssentralane opnar for brei rekruttering slik dei definerer målgruppa, anten dei knyter det opp til diagnosar som til dømes: *Muskel - skjelettplager, psykiske plager, hjerte- og karsykdommer, overvekt, diabetes* eller meir generelt som:

- *Mennesker med, og i risikogruppen for livsstilssykdommer*
- *Alle over 18 år som vil ha en helsegevinst av livsstilsendringer innen fysisk aktivitet, kosthold og tobakk*
- *Personer som legen meiner har ei mulighet til å forbedre helsen sin gjennom økt fysisk aktivitet*
- *Målgruppen er hjemmesittere som sliter med å komme i gang pga motivasjon eller mangel på kunnskap om aktivitetstilbud.*

²¹<http://www.lommelegen.no/php/print.php?id=322769>

Faktaboks 6.1

Deltakarar 2006

- Det var i alt 1.046 deltakarar som starta på ordning i 2006, fordelt på 27 einingar.²²
- Heile 75 prosent av deltakarane som starta på ordninga i 2006 var kvinner.
- Dei fleste sentralane rekruttere personar med ulike diagnoser til ordninga. Berre ein av mottakssentralane opplevde at gruppa som regel består av personar med meir eller mindre same diagnose.
- Det er svært få personar med minoritetsbakgrunn blant deltakarane i ordninga. På spørsmål om i kva grad personar med minoritetsbakgrunn tek til på reseptordninga svarar 93 prosent mottakssentralane at dette berre i låg grad eller i svært låg grad var tilfelle.

Kjelde: Kartlegging blant mottakssentralane

Deltakarar frå individundersøkinga 2007

- Gjennomsnittsalderen er 50,2 år. Gjennomsnittsalderen er noko høgare for menn (52,4 år) enn for kvinner (49,5 år). I alt 75 prosent av alle er frå 35 til 65 år, medan 6 prosent er under 30 år og 3 prosent er 75 år og eldre.
- Målgruppa for ordninga med Grøn resept var personar med høgt blodtrykk eller type diabetes 2 og som ikkje treng eller brukar medisin for dette. Berre 11 prosent av deltakarane fell inn under den opphavlege målgruppa for Grøn resept.
- Personar med dei lange utdanningar er overrepresenterte i materialet. Medan 22 prosent av befolkninga over 30 år i dei fire fylka har utdanning på høgskule eller universitetsnivå gjeld dette 28 prosent av reseptdeltakarane. Dei på med grunnskuleutdanning er svakt overrepresenterte (1 prosentpoeng), medan dei med utdanningar på vidaregåande nivå er tilsvarande underrepresenterte.²³
- Reseptordninga rekrutterer i stor grad personar som er ute av arbeidsmarknaden for ein kortare eller lenger periode. I alt 38 prosent var i arbeid ved reseptstart. Nærare kvar tredje av dei som var i arbeid, kombinerte arbeid med trygd eller med langtidssjukemelding.

Kjelde: Individundersøkinga

Korleis ein definerer målgruppa, vil avhenge av fleire faktorar. Det kan mellom anna vere relatert til kva oppfatningar som ligg til grunn for forståing av helseomgrepet. Når ein knyter målgruppe til diagnose, er det mest nærliggande å tenke helse som fråver av sjukdom. Helse kan også vere ein ressurs som gir

²² Det er verdt å merke at statistikkføringa ved sentralane er ikkje standardisert. I enkelte tilfelle har vi registrert at sentralane registrerer tal reseptar, medan andre registrerer tal brukarar. I og med at same brukar kan få meir enn ein resept, kan denne utrekninga ligge noko over kva som er det reelle talet reseptbrukarar.

²³ Statistisk sentralbyrå: <http://statbank.ssb.no/statistikbanken/>. Tabell 06217: Personer 16 år og over, etter kjønn, alder og befolkningens utdanningsnivå (ny nivåinndeling).

motstand mot sjukdom eller velvere som kan opplevast til trass for sjukdom (Mæland 2005). Poenget er likevel at reseptordninga, slik den har vore prøvd ut i dei utvalde kommunane, ikkje har vore basert på noko eintydig definisjon av kven som representerer målgruppa for ordninga. 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 utydelig og med ei for uklar avgrensing av kven som utgjør målgruppa**. Poenget blir også understreka i den danske evalueringa av "Motion på recept":

Uanset hvilken målgruppe, der vælges for MPR, er det viktig, at denne er klart afgrænset, og at der er opsat klare og operationelle in- og eksklusionskriterier. Uklare kriterier giver usikkerhed hos de eksterne samarbejdspartnere som de praktiserende læger, hvilket vil medføre et stort antal af fejlhenviste deltagere.

Müller m. fl. 2007:19

Dei fleste som har ansvar for gjennomføringa av ordninga har tankar om kven som representerer målgruppa, anten det er tilvisarar eller ansvarlege for mottakssentralane. Sjølv om ikkje alle nemner bestemte diagnosar når dei definerer målgruppa, har dei fleste ei meining om kva diagnosegrupper det er mest nærliggande å rekruttere brukarar frå. Det er også ei etablert oppfatning av at ordninga både skal vere eit tilbod for grupper som har etablert sjukdom og dei som har risiko for å utvikle slik sjukdom. Dei ansvarlege for mottakssentralane gir ofte også uttrykk for at ein ønskjer å nå dei som treng hjelp med motivasjonen for å endre egne levevanar. I dette ligg gjerne også at ein er ute etter dei gruppene som er inaktive. Det ligg i opplegget at **sentralane legg til rette for eit tilbod til grupper som har utvikla eller har stor risiko for å utvikle sjukdom, der fysisk aktivitet endring av kosthald eller røykeslutt kan vere sjukdomsførebyggande**. Det er såleis eit tiltak som har preg av ein høgrisikostrategi (Mæland 2005, 59–60). Ordninga skal representere eit lågterskeltiltak for dei aktuelle målgruppene.

Når målgruppa ikkje er klart definert, vil det vere ei utfordring å kommunisere kva grupper tilvisar skal sjå etter. Så lenge tilvisar er i ein nøkkelposisjon for rekruttering av deltakarar til ordninga, blir det viktig med *felles prinsipper i helsefremmende, forbyggende og atferdsendrende intervensjoner* (Prescott og Børtveit 2004: 100). Etersom reseptordninga primært legg opp til at tilvisar berre har ansvar for første fase av intervensjonen, er det sentralt at spørsmål som gjeld kartleggingsfasen må vere avklara for tilvisar. For det første er det eit spørsmål om kven som skal kartleggast, om dette skal gjelde alle, bestemte aldersgrupper, diagnosar eller liknande. Her kan tilvisar basere seg på generell kunnskap eller til dømes bruke screenings spørsmål. Vidare er det spørsmål om kva som skal kartleggast og korleis ein skal kartlegge. Desse to siste spørsmåla avheng kven som skal kartleggast.

Den tydelegaste måten å kommunisere kven som er i målgruppa, er å identifisere konkrete diagnosar der ein skal sjå etter potensielle reseptdeltakarar, i alle fall så lenge legane er tilvisarar. Det er også fleire mottakssentralar som signaliserer dette tydeleg gjennom å operere med diagnosar på eigne reseptblokker som blir sendt ut til legane. Men det er også behov for avklaring av kven ein skal prøve å rekruttere til ordninga. Kven ønskjer ein å ha med i ordninga? Det må vere ei avklaring av om tilbodet som blir gitt er eigna til å sikre behova til dei som skal delta på resepten. Ulike grupper har ulike behov. Det vil vere store skilnadar mellom ein person som treng å komme i fysisk form etter ei sjukemelding og ein person som slit med alvorleg overvekt eller store psykiske vanskar. Vidare kan det vere eit spørsmål om det til dømes skal leggest ned store ressursar i å få med dei som er lite motiverte for å gå inn i ordninga. Dette er spørsmål som dei som har stått for utviklinga av ordninga lokalt også har reflektert rundt:

Vi kan jo alltid mase og bruke masse tid på det, men det er et spørsmål om hvor mange vi skal mase på også. Hvis vi maser noen bort her et par ganger og så slutter de igjen. Hvis vi treffer de som er mer motivert vil de kanskje kunne følges opp mer. Det er en grenseoppgang der også.

Nøkkelinformant i kommunen

Det blir vidare understreka at ein må ha eit realistisk forhold til kva resepten skal vere, og at det er viktig å vere medvitne om at resepten ikkje er eit konsept som skal kunne løyse alle problem. I Opplandsresepten er det til dømes ei klar forståing av at fysioteka i utgangspunktet ikkje skal drive behandling, men rettleiing. Sentralane skal ikkje fungere som ei terapeutisk eining. Fysiotekaren skal rettleie brukarar til å ta tak i sin eigen situasjon og bidra til meir fysisk aktivitet. Brukarar som først og fremst treng behandling, må til andre instansar. Det blir trekt fram at sjølv om resepten har som mål å nå mange, vil det alltid vere grupper som ikkje vil passe inn i konseptet.

Det er til dømes mogleg å relatere målgruppa til stadiemodellen Prochaska og DiClemente har utvikla (jf kapittel 1.4). I Danmark synest det som om ordninga primært orienterer seg mot personar som er på nivå 2 eller høgare i denne modellen. Müller m. fl. (2007) peikar til dømes på at det bør lagast kriterium for inkludering med vekt på at deltakarane skal ha ein viss fysisk og psykisk funksjonsevne. Vidare legg dei vekt på at brukarane ikkje bør vere for prega av andre sjukdomar enn den primære tilvisningsårsaka. Det blir peikt på at utskiljinga av deltakarar som fell utanfor den definerte målgruppa både bør skje hos legen og på første helsesamtale. Eksklusjon av deltakarar i samband med første helsesamtale blir sett på som teneleg for å unngå dårlege opplevingar for deltakaren og for å skape grupper med positive grupperelasjonar. Til sist blir det framheva at ei slik ekskludering kan føre til at kapasiteten i ordninga blir betre nytta, ved at fråfallet minkar (ibid). Dersom tilrådingane frå Danmark blir

etterfølgde vil ordninga der operere med strengare kriterium for inkludering, samanlikna med kva som er tilfelle i Noreg i dag.

Det kan i ein del tilfelle vere ei utfordring at dei som melder seg ved sentralen både er meir motiverte og i betre form enn den målgruppa ein eigentleg ønskjer å nå. Enkelte er medvitne om dette og siler aktivt ut slike, dersom dei har fått tilvising. Resultata frå individundersøkinga tyder likevel på at ein del av dei som starta på reseptordninga var relativt aktive også i forkant (jf seinare i dette kapittelet).

Samtidig er det **viktig at ordninga ikkje ekskluderer relevante grupper**. I *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009* blir det lagt vekt på at lågterskelaktivitet skal vere lett tilgjengelig både fysisk, sosialt og kulturelt. I følge handlingsplanen synest det også å vere ei gråson mellom aktivitetstilbod i regi av offentleg tenesteapparat og tilbod i regi av frivillige organisasjonar og private aktørar. I ein del samanhengar blir modellane for fysisk aktivitet, sunt kosthald og røykeslutt trekt fram som eit slik bindeledd. Det vil likevel vere viktig at det ikkje skjer ei "forskyving" av ordninga slik at den i liten grad femnar dei som fell utanfor ordinært tilbod. Dette kan til dømes vere personar som er inaktive og ikkje motivert for å bli meir fysisk aktive (nivå 1). Når fleire av sentralane opplever at det er vanskeleg å nå dei som i størst grad har behov for lågterskelaktivitetar, blir spørsmålet om det er andre ordningar som bør fange opp desse gruppene og om slike eventuelt er tilgjengelege?

Det er eit ønske frå fleire mottakssentralar at **andre enn legar skal kunne fungere som tilvisarar** til reseptordninga (jf kapittel 5.1). Mange stader har også opna for ein slik praksis. Enkelte legg vekt på at legane er posisjon til å nå dei svakaste, og at desse av den grunn er heilt sentrale for å nå ut til målgruppene for resepten. Andre opplever at legane ikkje alltid er posisjon til å nå alle som kan vere aktuelle for ordninga. Det blir difor sagt på at det er nødvendig å tenke heilt nytt for å nå ut til nye grupper:

Hvordan når vi ut til nye grupper? Det er ikke nok å bygge sykkelstier. Det må tenkes nytt og vi må inn på nye arenaer. ... Så lenge vi bruker henvisningsmetoden fra legene, og kanskje legene ikke er drilla nok til å tenke den biten inn mot utradisjonelle grupper, så kan det hende vi ikke får tak i disse menneskene.

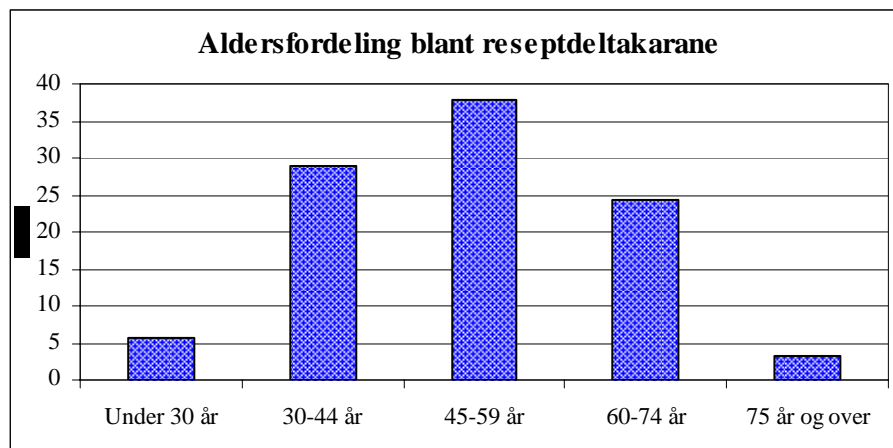
Ansvarleg på mottakssentral

Til slutt er det viktig å ta med i vurderinga at kven som er i målgruppa også vil ha konsekvensar for kva mål ein skal ha for intervensjonen. Marcus & Forsyth (2003) hevdar at for deltakarar på nivå 1 og 2 i nemnde stadiemodell er det klare avgrensingar på kva ein kan forvente å oppnå. Mellom anna meiner dei at det truleg er urealistisk å ha som mål for intervensjonen å auke faktisk aktivitetsatferd til nasjonalt helsekriterium eller å auke den fysiske forma til

desse gruppene. I staden for meiner dei at eit meir realistisk mål for deltakarar på nivå 1 og 2 vil vere å frambringe ei endring i dei mellomliggande faktorane (jf kapittel 1.4), som igjen kan føre til meir fysisk aktivitet på sikt (ibid). Dei ser likevel ikkje på dette som ei svakheit: "...helping a less motivated person to even start thinking about how his health and outlook might improve if he were to be more active should be considered a successful outcome (Marcus & Forsyth 2003:43)."

Ei ordning for middelaldrane og eldre?

Med ein gjennomsnittsalder på vel 50 år og svært få deltakarar under 30 år i ordninga, er reseptordninga i første rekkje ei ordning for middelaldrande og eldre. 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. Dette gjeld til dømes hjarte-/karsjukdomar og sjukdom i skjelett-muskelsystemet.²⁴



Figur 6.1. Reseptdeltakarane fordelt etter aldersgrupper. Prosent. N=190.

Det blir likevel oppfatta som eit **problem at ordninga i liten grad når ut til unge**, i alle høve hos dei som sit med ansvaret for reseptordninga lokalt. I dette ligg det ei oppfatning av at det er ei gruppe blant dei unge som har klart behov for eit lågterskeltilbod på line med det som blir gitt i reseptordninga. Som det vart peika på tidlegare i kapitlet blir det hevda at det er ei gråsona mellom aktivitetstilbod i regi av offentlig tenesteapparat og tilbod i regi av frivillige organisasjonar og private aktørar (*Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009*). Ungdom som er aktuelle for reseptordninga har lett for å falle i denne gråsona, og reseptordninga klarer i svært liten grad å gi eit tilbod som når fram

²⁴ Statistisk sentralbyrå: <http://statbank.ssb.no/statistikbanken/>. Tabell:04168: Sykelighet. Sjukdom, skade eller funksjonshemming, etter kjønn og alder (prosent). Tal frå 2005.

til desse aldersgruppene. Sjølv om ein gjennom reseptordninga rekrutterer relativt breitt aldersmessig, ligg det etter alt å døme ekstra utfordringar om ein ønskjer å nå fleire unge vaksne. Tilbakemeldingar frå unge deltakarar viser at enkelte unge opplever at tilbodet er lite tilpassa deira aldersgruppe. Dette gjeld til dømes ei kvinne frå Buskerud. Ho gjennomførte berre halve reseptperioden. Grunnen til å ikkje fullføre var at ho opplevde at tilbodet var lite tilrettelagt for hennar aldersgruppe. *Føler at tilbudet til "unge" er litt dårlig. Mange mennesker jeg ikke identifiserer meg med på de faste aktivitetene. Er litt friskere enn mange av de andre som har fått resepten. Hadde likevel hatt godt av tilsvarende opplegg på et mer forebyggende plan.* Ho ser såleis nytten av ordninga, men føler ikkje at den var organisert på ein måte som trefte godt, korkje eigen situasjon eller andre i eiga aldersgruppe.

Med få deltakarar under 30 år, kan vi ikkje seie noko om i kva grad slike tilbakemeldingar representerer noko meir enn enkeltutsegn. Når ein veit at ordninga rekrutterer få unge, kan det likevel vere særleg viktig å bite seg merke i dei kritiske kommentarane som kjem frå ei av dei unge som har erfaringar frå ordninga. Det kan vere ei stemme som reflekterer noko av den skepsisen som gjer at få unge søker opp ordninga.

Det skal leggst til at ein også finn nøgde brukarar blant dei under 30 år. Ei kvinne midt i 20-åra frå Oppland *er veldig fornøyd med Opplandsresepten*. Det er interessant å merke seg at denne siste kvinna er frå Oppland. Gjennom opplegget Oppland praktiserer, er det grunnlag for å tilpasse opplegget, gitt at det er eit aktuelt tilbod rimeleg nær.. Talmaterialet vårt blir rett nok lite om vi bryt det ned på fylke og alder. Det er likevel indikasjonar på at Oppland i noko større grad greier å fange yngre aldersgrupper enn dei andre fylka. Dette gjeld rett nok berre for menn. Medan det totale aldersgjennomsnittet gir små forskjellar mellom Oppland og dei andre fylka, er mennene som deltek i Oppland yngre samanlikna med mennene frå dei andre fylka. Snittalderen for menn i Oppland er 49 år mot 54 år i dei tre andre fylka. I tillegg er 17 prosent av deltakarane frå Oppland under 35 år. I dei tre andre fylka er 10 prosent under 35 år.

Ei ordning for kvinner?

Kvinner dominerer blant deltakarane. Dette gjeld alle fylke. Tal frå Danmark peikar i same retning, der menn utgjer opp mot ein tredjepart av deltakarane (Müller m. fl. 2007). 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. Dette betyr at det er i møte med tilvisar at mennene blir borte, eventuelt at menn som har fått resept ikkje møter på

mottakssentralen. Her manglar vi empiri. Det kan til dømes vere slik at menn i mindre grad enn kvinner spør etter slike reseptar eller i større grad enn kvinner aktivt avviser forslag om denne typen reseptar. Det kan også tenkjast at reseptordninga i mindre grad blir presentert som eit alternativ for menn, dersom det er slik at legane sjølve opplever at ordninga er betre tilrettelagt for og meir populær blant kvinner. I tillegg er det færre menn enn kvinner som oppsøker lege.

Om lag 60 prosent av dei som oppsøker lege er kvinner (Lunde 2007). Dette kan legge grunnlag for skeivrekuttering i seg sjølv, utan at det har noko med ordninga å gjere. Ein skal likevel vere varsam med å konkludere ut frå desse tala. For det første peikar Lunde på at det særleg er unge og eldre kvinner som er overrepresenterte blant dei som går til lege. Mange unge kvinner oppsøker lege i samband med spørsmål om prevensjon og svangerskap, det vil seie forhold som ikkje har noko relevans for reseptordninga. At eldre kvinner er overrepresenterte, skuldast at dei lever lenger enn menn. Då er det snakk om dei eldste blant oss, det vil seie aldersgrupper som ikkje er sterkt representerte blant reseptbrukarane. I aldersgruppa 45-75 år, det vil seie kjernegruppene for reseptordninga, utgjer kvinnene 56 prosent av dei som har legekontakt.²⁵ Kontrollert for dei diagnosegrupper som er relevante for reseptordninga (ryggproblem, generelle smerter og muskelplager, psykisk sjukdom eller lidingar, høgt blodtrykk, hjartesyjukdom og diabetes) utgjer kvinnene også 56 prosent av dei som har hatt legekontakt.²⁶ **Ulike grad av legekontakt mellom kvinner og menn**, kan såleis 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.**

Dei som har førstehandskjennskap til ordninga opplever også at den skeive fordelinga kan forsterke seg sjølv, ved at menn ikkje ønskjer å delta i gruppe med stort fleirtal av kvinner. Det kan føre til at enkelte ikkje møter opp til trening, sjølv om dei har møtte til første helsesamtale. Det kan også vere at enkelte sluttar tidleg i treningsperioden, mellom anna fordi det er få andre menn å knyte kontakt med. Sjølve treningsopplegget, med hovudvekt på turgåing med stavar, er ein aktivitet som ikkje passar like godt for menn. Det var gitt fleire konkrete eksempel på det siste gjennom intervjuet med reseptgruppene. Det er ei nokså allmenn forståing, både blant kvinner og menn i desse gruppene, at barrierane for å ta til med stavgang er større blant menn enn blant kvinner. Utsegna frå ein brukar kan illustrere korleis i alle høve somme menn kan ha ei motvilje mot stavgang, men også korleis dette kan endre seg:

²⁵ Kjelde Statistisk sentralbyrå: <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/>. Pasienter med legekontakt, etter kjønn og alder (2005).

²⁶ Kjelde Statistisk sentralbyrå: <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/>. Pasienter med legekontakt med diagnose, etter kjønn og diagnosegruppe (2005).

Første turen med staver tok jeg i mørket så jeg ikke skulle bli sett, men i dag har jeg ingen problem med å gå med staver. Det er nesten sånn at man hilser når man treffer andre med staver.

Ein del av utfordringa, men langt frå heile, i forhold til å rekruttere menn ligg såleis etter alt å døme i organiseringa av treninga. Eit uttrykk for dette ser ein i at Oppland synest å rekruttere fleire menn enn dei andre fylka. I alt 32 prosent av deltakarane som svara på individundersøkinga i Oppland var menn. Det samla talet for dei tre andre fylka 26 prosent. Ser ein på kjønnsfordelinga blant dei som fekk utskrive resept i 2006, er det eit liknande mønster.²⁷ Den største forskjellen mellom Oppland og dei andre fylka, er at sentralane i Oppland i noko større grad enn dei andre har greidd å rekruttere relativt unge menn.

Den mest nærliggande forklaringa til forskjellane mellom kommunane i Oppland og dei andre kommunane er knytt til måten ordninga er organisert på. Oppland har relativt fleksible rammar for treninga og det er i stor grad eit individuelt tilpassa opplegg (jf kapittel 4.6). I intervju har fleire peika på at menn i større grad enn kvinner vil å trene på eiga hand. For desse vil trening i treningsstudio passe betre enn gruppetrening. Dersom stavgang ikkje er særleg attraktivt som aktivitet, korkje for menn eller for unge, vil det vere vanskeleg å rekruttere blant slike gruppe. **I Opplandsresepten er det større grunnlag for å skreddarsy opplegg for den enkelte, gitt at kommunane har eit variert tilbod lokale aktivitetar.**

Trening i treningsstudio gir og ein viss **anonymitet**. Til samanlikning vil ein vere meir synleg som deltakar på eit reseptopplegg i ei stavganggruppe. Det har vore peika på at det kan vere problematisk å ha oppstart for stavganggruppa i nærmiljøet. I slike tilfelle blir det peika på at deltakarane ikkje nødvendigvis er komfortable med å vise at dei er reseptdeltakarar i eige nærmiljø. Ei turgruppe hadde til dømes oppstart utanfor lokalmiljøet grunna dette. Med trening knytt til eksisterande tilbod, vil ein kunne unngå sjølvforsterkande effektar av at det er mange kvinner i reseptgruppa eller at aldersfordelinga i gruppa er lite tiltalende for dei yngste.

Når dette er sagt, må det understreke at mennene som delteke i reseptordninga på lik line med kvinnene i stor grad gir positive tilbakemeldingar om eigne erfaringar. Ein like stor del av mennene som av kvinnene som har delteke på gruppetrening opplever til dømes at dei har fått nye vener gjennom reseptordninga. Det å trene i gruppe og bruk av stavgang i natur er for mange eit

²⁷ Det er også ein del variasjon mellom dei andre fylka også. Vest-Agder ligg berre litt under Oppland i individundersøkinga (få svar frå Vest-Agder gjer talmaterialet meir usikkert her), medan Nordland berre ligg litt under Oppland når ein ser på tilvisingar i 2006 (Kartlegginga blant mottakssentralane).

av kjerneelementa som gjer deltakinga i reseptordninga til ei positiv oppleving. Problemet er at ein gjennom standardiserte opplegg også står i fare frå utelukke store grupper.

Personar med minoritetsbakgrunn fråverande

Personar med minoritetsbakgrunn er så godt som fråverande i reseptordninga. Tala frå prosjektet Mosjon på Romsås (MoRo) indikerar at det er langt vanlegare å vere inaktiv for personar med minoritetsbakgrunn, samanlikna med etnisk norske (Lorentzen m. fl. 2005). Medan andelen inaktive blant etnisk norske var rundt ein tredjedel ved frammøte på ei tverrsnittundersøking i 2000, var tilsvarende tal blant personar med minoritetsbakgrunn meir enn 50 prosent. Enkelte innvandrargrupper, og då særleg kvinner, har betydeleg høgare førekomst av diabetes samanlikna med etnisk norske.²⁸ Dette synleggjer kor viktig det er å nå ut til denne delen av befolkninga.

I MoRo-prosjektet organiserte dei ei trimgruppe for innvandrar kvinner. Her opplevde ein ei auke i oppslutning. Noko av forklaringa på den gode deltakinga kan vere at Romsås er ein bydel der svært mange har minoritetsbakgrunn. I tillegg er det også viktig å sjå på korleis gruppa vart organisert. Ein av dei tinga som blir understreka er at trimmen var forankra i norskundervisninga kvinnene deltok på. Vidare vart det gjort ei rekkje tilpassingar for at kvinnene skulle finne seg vel til rette på trimmen. Det vart blant anna lagt vekt på tydelig kommunikasjon, tilpassa aktivitetar (intensitetsnivå og type) og at det ikkje vart stilt krav til kledding og skotøy. Ein anna faktor som vart sett på som viktig var at det ikkje var menn til stades i timane. Erfaringar frå Danmark viser også at det i nokre tilfelle kan vere føremålsteneleg med separat gruppetrening for kvinner og menn (Müller m. fl. 2007).

I dei fleste av kommunane som har prøvd ut reseptordninga er det svært få personar med minoritetsbakgrunn blant deltakarane. Dette gjer det til dømes vanskeleg å etablere eigne tilbod for slike grupper. Økonomiske prioriteringar kan også ligge til grunn for manglande tilpassingar som kunne ført til ei betre integrering av minoritetsbefolkninga.

Resultatet er i alle høve at ordninga i svært liten grad har nådd fram til denne gruppa. På same måte som for menn, kan den låge deltakinga av personar med minoritetsbakgrunn vere sjølvforsterkande. Fleire av **dei ansvarlege for ordninga erkjenner at dei også kunne ha vore meir medvitne om minioritetsgrupper i utforminga av ordninga**. Berre unntaksvis har ein hatt deltakarar med slik bakgrunn i gruppene, og i dei tilfella ein har hatt det, har det vore vanskeleg å få dei til fullføre reseptperioden. Ofte kjem dei ikkje skikkelig i gang og sluttar kort tid etter første helsesamtale. Det blir opplevd at det ofte er kulturelle og språklege hindringar i vegen for å få personar med

²⁸ Grupper frå det indiske subkontinentet i aldersgruppa 30–59 år.

minoritetsbakgrunn til å delta. Turgåing, friluftsliv og tanken på å forbedre eiga helse gjennom trening blir veldig framandt for mange. 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 to diagnosegrupper. Den første er personar med **psykiske problem og sosial angst**. Her peiker fleire på at dei har manglande kompetanse i forhold til korleis ein skal jobbe denne målgruppa. Den andre gruppa er **overvektige** personar. Det blir sagt at ordninga slik ho er no ikkje er heilt tilpassa og eigna for denne gruppa. Sjølv om trimgruppa ventar på dei siste på neste bakketopp, kan det vere tungt å alltid kome sist og heile tida vere den som andre må vente på. Når enkelte kan føle seg feilplasserte på grunn av alder og ved at dei kanskje føler seg sprekare enn gruppa elles, kan andre oppleve at det er vanskeleg dersom dei andre i gruppa blir for spreke. Dette gjeld mellom anna ei kvinne frå Buskerud, som sjølv om ho oppsummerar ordninga som grei, samstundes peikar på forhold i ordninga som kunne vore annleis:

Den er grei – men det at det er superspreke sammen med andre med plager, føler jeg som et problem. Jeg blir da en sinke. ... Litt for mye press – prøv å finne frem det positive i oss. Noen kan ha det bra med noen kilo for mye!!

I tilfelle som det siste, kan det vere mange som opplever at terskelen for å delta er for høg. Dette blir særleg tydeleg i Oppland der ein er avhengig av å delta i dei tilbod som alt er etablert i eigen kommune. Dersom ein samtidig har problem med å trene på eiga hand, er det få alternativ igjen. Dette er ei av årsakene til at fleire av kommunane i Oppland i 2008 skal prøve ut pilotprosjektet Fysiotek Aktiv, som inneber at fysioteka arrangerer lågterskeltrening i grupper (jf kapittel 4.6).

Ei ordning for langtidssjuke og trygda?

Sosial bakgrunn påverkar i stor grad fysisk aktivitet (Ulseth 2007). Dette blir særleg tydeleg i forhold til bruk av treningssenter, der i alle høve internasjonale studiar viser at grupper som slit med lågast inntekt, ikkje har økonomi til ta del i slik trening (Maguire 2007). Samstundes har treningssenter vorte viktigare som treningsarena enn idrettslaga (Ulseth 2007).

Det er fleire måtar å måle sosial bakgrunn på. Legg ein utdanningsnivå til grunn, er det ein overrepresentasjon av høgskule- og universitetsutdanna blant reseptdeltakarane (jf faktaboks 6.1). Det er likevel lite som peikar i retning av reseptdeltakarane representerer ei ressurssterk gruppe i økonomisk forstand. Få er i fulltidsarbeid. Tilbakemeldingane frå ansvarlege ved mottakssentralane peikar også i retning av at mange av reseptdeltakarane er avhengig av at

treningstilbudet ikkje medfører store utgifter for den enkelte. Sitatet under er frå ein reseptdeltakar:

Det er et glimrende prosjekt. Både det at man får komme ut i naturen, har faste dager, en oppfølging og at det er overkommelig økonomisk. For når man har vært syk i mange år er det veldig mange ting som stopper seg økonomisk. Det er mye man kunne hatt en bedring av, men som stopper seg på grunn av økonomi.

Tabell 6.1. Status på arbeidsmarknaden dei tre siste månadane før reseptstart. Prosent.

Status	Prosent
I arbeid ²⁹	38
Sjukmelde heile perioden	17
Trygda heile perioden	32
På arbeidsmarknadstiltak, attføring o.l.	8
Heimeverande, arbeidslaus	4
I utdanning	2
I alt	100
N	189

At berre **38 prosent av reseptdeltakarane var i arbeid** dei tre siste månadane før reseptstart, understrekar at mange er i ein livssituasjon som kan vere utfordrande både økonomisk og elles. Til dette biletet høyrer også at fleire av dei som var i arbeid, ikkje hadde jobba heile perioden eller var delvis sjukmelde/trygda. 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 tilbød som er ope også for dei med svak økonomi.³⁰

Ei ordning for dei motiverte?

Målgruppa for reseptordninga er mellom anna definert som dei inaktive, heimesittarane, dei som ikkje ved eiga hjelp klarer å kom i gang med fysisk aktivitet eller å ta tak i eigne levevanar i breiare forstand på eiga hand. Med stadiemodellen til Prochaska og DiClemente som referanseramme (jf kapittel 1.4), finn ein dei mest opplagte brukarane i dei to eller tre første stadia i modellen. Det gjeld inaktive som ikkje er motivert for endring og inaktive som

²⁹ Inkluderer alle som har vore i arbeid i perioden, også dei som har vore trygda eller sjukmelde i delar av perioden.

³⁰ I reseptperioden har brukarane tilbød 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.

er motiverte for endring, men som ikkje kjem i gang. Den siste av dei tre første gruppene er dei som er aktive, men ikkje regelmessig.

Faktaboks 6.2

Aktive og motiverte deltakarar? – tal ved oppstart av reseptperioden

- Heile 83 prosent av reseptdeltakarane likar 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.
- Samstundes hadde 72 prosent av reseptdeltakarane vore fysisk aktive minimum ein gong (minst 30 minutt), slik at dei blei svette/andpustne i den siste veka før starten på reseptperioden. Til saman 55 prosent av alle var fysisk aktiv meir enn ein gong denne veka, medan 28 prosent ikkje hadde vore fysisk aktiv i det heile i veka før starten på reseptperioden.
- I alt 26 prosent av reseptdeltakarane var røykjarar. Dei fleste av desse er daglegrøykjarar. Mengda røykarar ligg såleis om lag på gjennomsnittet for landet. Rett nok er gjennomsnittet 23 prosent for aldersgruppa 16-74 år, medan mange reseptdeltakarar var mellom 35 og 64 år. Det betyr at reseptdeltakarane i stor grad tilhøyre dei aldersgruppene der det flest røykarar i befolkninga sett under eitt.³¹ Mange av reseptdeltakarane hadde røykt tidlegare, men hadde slutta før dei kom med i reseptordninga, ofte lenge før (42 prosent).
- Reseptdeltakarane opplever at dei sjølve har eit sunt kosthald. I alt 26 prosent av reseptdeltakarane opplever eige kosthald som usunt.

Kjelde: Individundersøkinga.

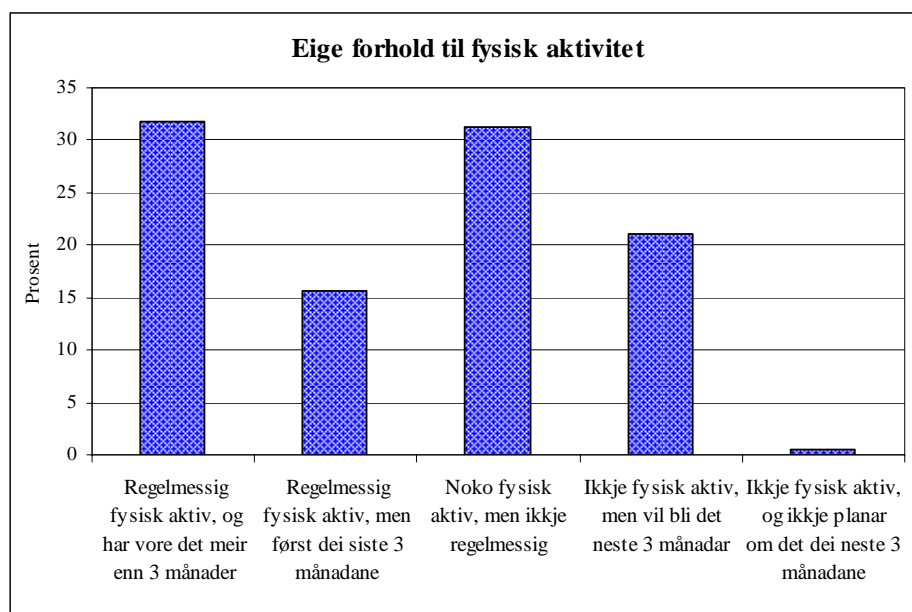
- Heile 74 prosent av legane opplever at ordninga er lagt til rette på ein måte som gir eit godt tilbod til grupper som elles har vanskelig for å komme i gang med aktivitet som behandlingstiltak (jf kapittel 5.4).

Kjelde: Undersøkinga blant legane

Tilbakemeldingane frå legane og brukarane sjølve gir eit samansett bilete av situasjonen for deltakarane på resepten. Det er likevel rimeleg å tolke tilbakemeldingane som uttrykk for at **hovudtyngda av reseptdeltakarane er forbi det første stadiet i stadiemodellen ved oppstart av reseptperioden** (jf kapittel 1.4). 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.³² Desse er definitivt kome lenger enn til tredje stadium i modellen til Prochaska og DiClemente.

³¹ Kjelde: <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/> Tabell:05307: Dagligrøykare og av-og-til-røykare, etter kjønn og alder (prosent). 2007.

³² Når dei svarar på dette spørsmålet, presiserer ein ikkje kva som blir lagt i det å vere fysisk aktiv. I det spørsmålet som kjem før dette på skjemaet, skal kvar enkelt ta stilling til om han eller



Figur 6.2. Reseptdeltakarane fordelt etter korleis dei sjølve beskriv eige forhold til fysisk aktivitet. Prosent. (N=186).

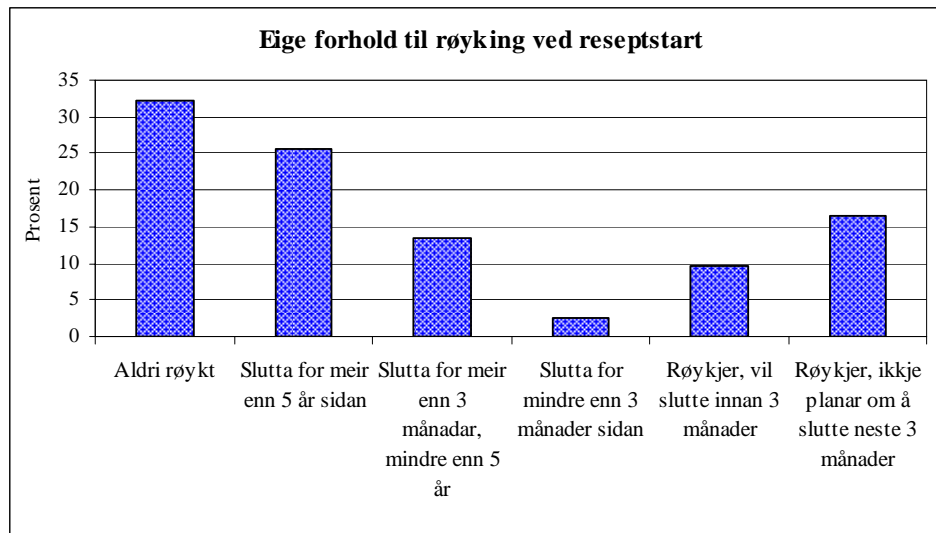
Fleirtalet er i ferd med å endre levevanar. Dette gjeld dei som har kome i gang med fysisk aktivitet i løpet av dei siste tre månadane, dei som har planar om å bli fysisk aktive og dei som er noko, men ikkje regelmessig aktive. Til saman utgjer desse 68 prosent av reseptdeltakarane. Det er svært få som både er inaktive og som heller ikkje har planar om å bli aktive. Denne gruppa er så godt som fråverande blant deltakarane.³³ Dei som har møtt til første helsesamtale utan å vere motiverte på førehand, har såleis etter alt å dømme vorte motiverte for endring etter å ha gjennomført denne (jf kapittel 6.2).

Det vil sjølvsagt vere ulike forhold som gjer at den enkelte har vorte motivert til å bli fysisk aktiv. Ein akutt sjukdomstilstand kan vere utløysande. Tilbakemeldingar frå lege om at noverande levevanar gir risiko for sjukdom kan ha same effekt. Begge er eksempel på *utløysande moment for handling* (Mæland 2005). I alt 65 prosent av reseptdeltakarane opplevde at samtalen med legen, då dei fekk resepten, gav dei lyst til endre eigne levevanar (jf kapittel 5.4). Samstundes veit vi at fleire var motiverte for å ta tak i eigne levevanar før dei gjekk til legen. Utan at vi har registrert det systematisk, er det nemleg ikkje

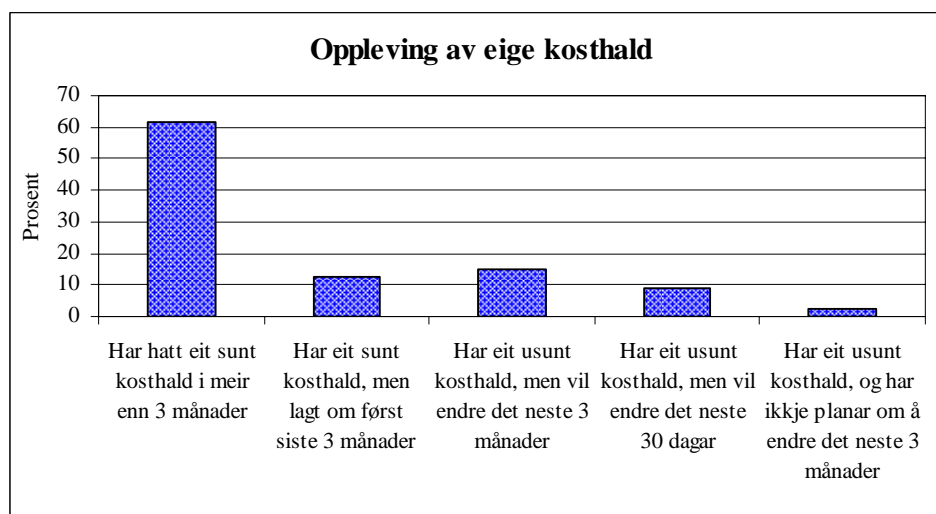
ho har vore fysisk aktiv i minst 30 minutt, slik at han eller ho blei sveitt/andpusten. Det ligg såleis i viss føring i spørjeskjemaet i forhold til kva krav som blir sette for fysisk aktivitet.

³³ Det vi ikkje kan måle direkte her er kor mange som på grunn av første helsesamtale har gått frå å vere i gruppa "Ikkje fysisk aktiv, og ikkje planar om å bli det dei neste 3 månadane" til gruppa "Ikkje fysisk aktiv, men vil bli det dei neste tre månadane". Reseptdeltakarane fekk utdelt spørjeskjema når dei møtte til første helsesamtale.

uvanleg at reseptdeltakarane både via skjema og gruppeintervju, gir uttrykk for at dei sjølve spurde legen om å få resepten.



Figur 6.3. Reseptdeltakarane fordelt etter korleis dei sjølve beskriv eige forhold til røyking. Prosent. (N=183).



Figur 6.4. Reseptdeltakarane fordelt etter korleis dei sjølve beskriv eige kosthald. Prosent. (N=189).

At reseptdeltakarane representerer ei gruppe som er relativt positivt innstilt til å endre eigne levevanar, kan også lesast ut frå deira forhold til røyking og kosthald. Dette gjeld ikkje minst røyking. I alt 42 prosent har slutta å røyke, dei

fleste av desse slutta for lenge sidan. Samstundes er det ei gruppe røykjarar som ikkje har planar om å slutte. Det er såleis i forhold til røyking at ein finn flest personar i reseptordninga som kan plasserast på første stadium i stadiemodellen til Prochaska og DiClemente. Tilbakemeldingane frå ansvarlege for mottakssentralane viser også at røyk er tema som kan vere vanskeleg å ta opp i første helsesamtale (jf kapittel 4.5).

Mange av reseptdeltakarane opplever at dei har eit sunt kosthald.³⁴ Dei fleste som ikkje har det, er i ferd med eller har endra dette alt ved reseptstart. Igjen står reseptdeltakarane fram som relativt motiverte for å gjere grep for å endre egne levevanar.

Sjølv om den enkelte er motivert for å endre egne levevanar, kan han eller ho oppleve behov for hjelp både for å kome i gang med endring og oppretthalde endringstrykket over tid. Også dei som etter alt å døme har kome relativt langt i å endre egne levevanar, slik som dei som har vore regelmessig fysisk aktive i meir enn tre månader, kan ha behov for det tilbodet resepten gir. 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 tilhøyrrer 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 egne levevanar, gitt at ein også ønskjer at ordninga også skal nå desse.**

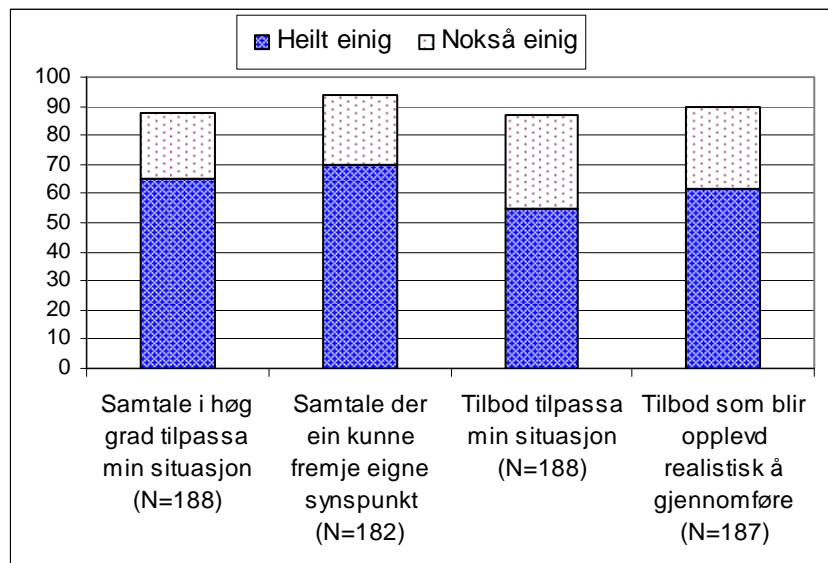
Kven når reseptordninga?

Oppsummert viser framstillinga så langt i dette kapitlet, at det manglar ei klar avgrensing av kven som tilhøyrrer målgruppa for reseptordninga. Ser ein på dei som blir rekrutterte til ordninga finn ein at ein del av dei som startar i ordninga er til dømes meir fysisk aktive enn kva ein ville forvente. Om vi legg utdanning til grunn, der det ein tendens til at ordninga har ei viss overrekruttering av ressurssterke. Samstundes er det mange av reseptdeltakarane som er ute av arbeidsmarknaden, anten fordi dei er trygda, fordi dei er langtidssjukemelde eller ikkje er i arbeid av andre grunnar. Tilknytinga til arbeidsmarknaden gir ikkje inntrykk av at ressurssterke er overrepresenterte. Mange er derimot i ein situasjon der risikoen for marginalisering, ikkje minst på arbeidsmarknaden, er til stades. Samla gir dette såleis eit samansett bilete av rekrutteringa til reseptordninga.

³⁴ Vurderingane av kva som er sunt kosthald eller ikkje er meir subjektive, enn til dømes vurderingane av røyking. Bruk av meir objektive mål for sunt kosthald hadde kravd ei relativt brei kartlegging av kostvanane til den enkelte, noko som hadde gått ut over rammene og prinsippa for det spørjeskjemaet vi valde å bruke her. Vi merkar oss til dømes at det er fleire tilfelle der kosthald har vore tema for helsesamtalen, samstundes som dei sjølve opplever eige kosthald som sunt. Det kan sjølvsagt vere fleire grunnar til at det er slik. Ein grunn kan vere at ein opplever eige kosthald annleis enn fagfolka på mottakssentralen gjer. Ein annan grunn kan vere at kosthald kan vere tema i helsesamtalen ved nokre av mottakssentralane, uavhengig av kva kosthald reseptdeltakaren har.

6.2 Helsesamtalen som motiveringsarbeid

Helsesamtalen er ein viktig del av motiveringsarbeidet i reseptordninga. Sjølv om mange som kjem til helsesamtalen alt er motivert for å endre levevanar og kanskje også er i ferd med å endre desse, har det i det lokale utviklingsarbeidet vore lagt stor vekt på å utvikle **helsesamtalen som eit positivt og motiverande startpunkt på reseptperioden**. Det har vore arbeidd ut frå prinsipp om at det er viktig at helsesamtalane blir lagt opp slik at brukarane kan gi uttrykk for motførestellingar og bekymringar, at han eller ho kan drøfte informasjonen med helsearbeidaren og at dei konklusjonane ein kjem fram er resultat av ein prosess der brukaren er sterkt delaktig (Prescott og Børtveit 2004). I kva grad ein har lukkast i ein slik prosess kan vise att i kva grad brukarane opplever tilbodet dei har fått som realistisk og tilpassa eigen situasjon. For dei fleste vil det å endre åtferd handle om å sette saman eit puslespel av ulike framgangsmåtar og evner som leier fram til eit vellukka resultat (Barth m.fl 2001). I ein slik prosess vil trua på eiga evne til å følgje opplegget vere avgjerande for utfallet. Mæland (2005) peikar på at i helsefremjande arbeid må både mål og strategiar vere opne for diskusjon og påverknad frå brukarane. Ein føresetnad for slik medverknad er at dei profesjonelle gir frå seg makt og styring, noko som kan vere vanskeleg (ibid). Mykje tyder likevel på at ein **gjennom helsesamtalane i reseptordninga i stor grad har lukkast med å oppnå god kommunikasjon**.



Figur 6.5. Helsesamtalen og dei tilboda brukarane fekk gjennom denne, slik brukarane opplevde det. Prosent.

Brucarane 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 egne 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). Ein har såleis i stor grad lukkast med å få til ein helsesamtale som fungerer etter intensjonen. Brukarane opplevde helsesamtalen som meir tilrettelagt og meir open enn den samtalen dei på førehand hadde hatt med tilvisar. Det er ikkje vesentlege forskjellar mellom korleis brukarane i dei ulike fylka opplever dette. Mellom menn og kvinner er forskjellen først og fremst at kvinnene i noko større grad seier seg heilt einige, der mennene seier seg nokså einige.

Samtalen brukaren har med tilvisar vil som oftast vere ein i ein ordinær legetime. Samanlikna med helsesamtalen på mottakssentralen vil det her vere sett av langt kortare tid. Eit klart fleirtal av brukarane opplevde også samtalen med tilvisar som positiv, forskjellen er at det er endå fleire som opplevde helsesamtalen på mottakssentralen positivt.

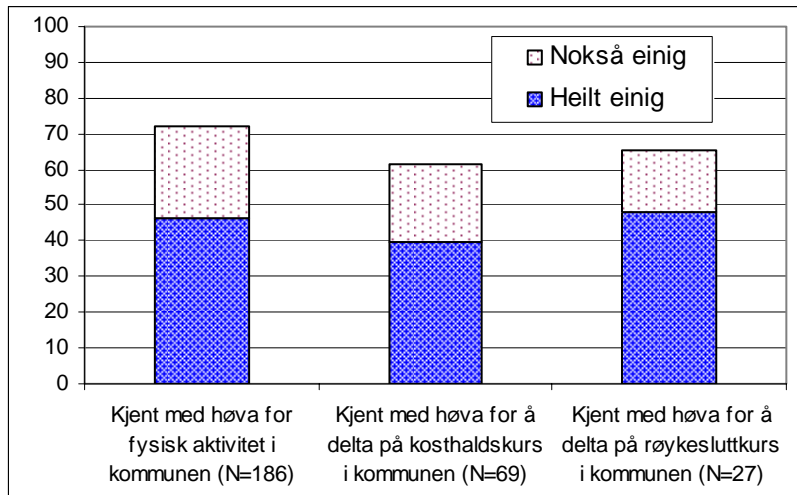
Vidare synest det som om mottakssentralen i sterk grad har lukkast **å møte brukarane i den situasjonen der dei er og i forhold til dei behova dei har**. Når heile 90 prosent av brukarane seier at dei fekk eit tilbod som dei opplevde som realistisk å gjennomføre (to prosent ueinige) og 87 prosent opplevde tilbodet tilpassa seg sjølv og eigen situasjon (tre prosent ueinige), er det nærliggande å tolke dette som uttrykk for at dei sjølve opplever at utfallet av helsesamtalen er i samsvar med og tilpassa eigen situasjon.

Også gjennom eigne kommentarar til møtet med mottakssentralen og gjennomføringa av helsesamtalen, er brukarane gjennomgåande positive. Det er rett nok berre 28 som har kommentert ordninga på denne måten. Kommentaraner er nesten udelte positive, både i forhold til helsesamtalen og det møtet dei har fått med opplegget for resepten gjennom denne samtalen:

- *Opplysende og lærerik samtale*
- *Overraska over måten eg vart mottatt på. Et menneske som virkelig forstod meg*
- *Samtalen med fysioterapeut fører til at aktiviteten foregår etter drøftinger mellom oss. På mine premisser*
- *De ansatte er positive og vennlige – avgjørende trivselsfaktor som motiverer*
- *Ble hørt - møtt der JEG var*
- *Positivt møte som gav skikkelig mot til å starte*
- *Flinke til å sjå og ta utgangspunkt i individet*

Det er svært få, nærar bestemt berre to reseptdeltakarar som kom med kritiske kommentarar til eiga oppleving av helsesamtalen. Den eine var kritisk i forhold til at det var sett av for lite tid til samtalen. Den andre følte seg pressa inn i eit opplegg som ikkje var i samsvar med eigen livssituasjon: *Dere må ikke presse på. Vi skal føle at vi greier familie og jobb også*. I det siste tilfellet har ein såleis

i liten grad oppnådd eit resultat i samsvar med intensjonen med slike helsesamtalar.

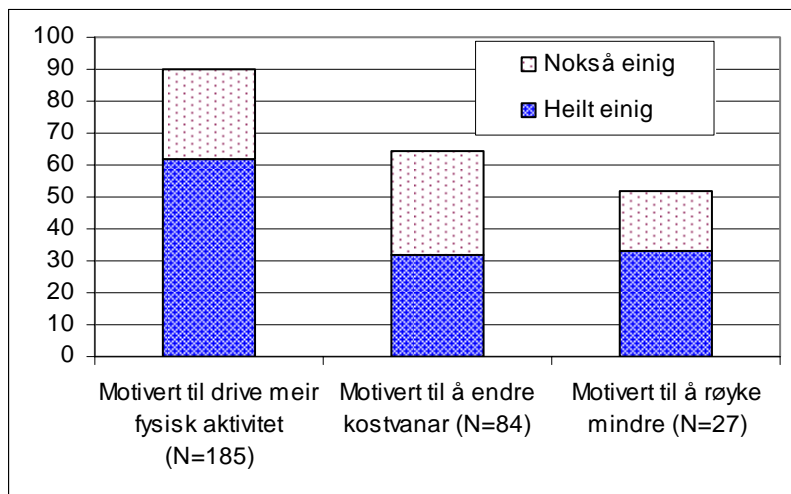


Figur 6.6. Brukarar som opplever at dei har fått ny kunnskap om tilbod i eigen kommune gjennom helsesamtalen. Prosent.

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). Som forventa, viser individundersøkinga at brukarane i Oppland i større grad enn andre sat att med ei oppleving av at dei gjennom helsesamtalen hadde vorte kjent med høva til å drive fysisk aktivitet i eigen kommune. Det er likevel ikkje meir enn seks prosentpoeng fleire som er einige i denne påstanden i Oppland samanlikna med dei andre fylka og når ein ser på fylkesvise forskjellar blir tala små. Om vi ser på dei som gir uttrykk for at dei er heilt einige i påstanden, er forskjellen noko større (10 prosentpoeng). 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. Det at dei har fått kjennskap til dette, betyr likevel ikkje at alle desse har vorte motiverte til å slutte å røyke eller endre kostvanar.

Vilje til endring som ei følgje av helsesamtalen?

Den endelege testen på om helsesamtalane fungerer, er om dei sporar brukarane til å vere meir fysisk aktive, til å røyke mindre og til å ha eit sunnare kosthald, samt at ein går vidare med eit konkret opplegg for å endre levevanane.



Figur 6.7. Brukarar som opplever at helsesamtalen har motivert dei til å drive meir fysisk aktivitet, til å røyke mindre eller til å endre kostvanar. Prosent.

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 som for fysisk aktivitet. Dette er heilt tydeleg, sjølv om vi her har halde utanfor dei fylka som ikkje har lagt opp til eige opplegg for kosthald og røykeslutt i sitt arbeid og dei personane som ikkje er i målgruppa for slike endringar.³⁵ 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. Desse resultatane må vurderast i lys av den strategien fleire av mottakssentralane har valt i møte med eigne brukarar. Tanken har vore å legge størst vekt på endringar knytt til fysisk aktivitet i den første helsesamtalen. Røykeslutt og kosthaldsendring er som oftast også eit tema, men det blir ofte gitt mindre merksemd i helsesamtalen. Det er ei vanleg vurdering at det ikkje alltid er lurt å introdusere for mykje på ein gong. Alt i alt viser dette at **helsesamtalane blir opplevd som motiverande**. Samtalane fyller såleis den funksjonen dei skal i så måte for dei aller fleste.

Spørsmålet til slutt er om den innleiande helsesamtalen materialiserte seg i konkrete opplegg for oppfølging av dei tema som hadde vore oppe til drøfting. I **dei aller fleste** tilfella var resultatet av samtalane at brukarane hadde eit **planlagt opplegg for fysisk aktivitet**. Det var **langt færre** tilfelle der samtalen

³⁵ Ikkje-røykarar og dei som var i ein situasjon der kosthald ikkje var noko relevant tema, kunne svare "passar ikkje" på dei aktuelle spørsmåla.

konkretiserte seg i eit **opplegg for endring av kosthald eller røykevanar**, sjølv om ein tek omsyn til at langt frå alle var i målgruppa for slike tiltak.³⁶

- **91 prosent** av helsesamtalane resulterte i eit **planlagt opplegg for fysisk aktivitet**. Her er det eit klart samsvar mellom motivasjon og faktiske planar.
- **42 prosent** av helsesamtalane der endring av kosthald var eit relevant spørsmål, resulterte i eit **planlagt opplegg for endring av kosthald**. Her er det fleire som har vorte motivert til å endre kosthald, enn dei som har lagt konkrete planar for dette. Ein grunn kan vere at ikkje kommunar har faste tilbod i form av kurs eller liknande.
- **40 prosent** av helsesamtalane der endring av røykevanar var eit relevant spørsmål, resulterte i eit **planlagt opplegg for endring av røykevanar**.

Samla gir dette eit bilete av ein helsesamtale der ein har hatt ein modell å bygge på, der det er lagt ned mykje arbeid i utviklinga av opplegget, der brukarane langt på veg opplever å bli møtt på ein måte som dei opplever som positiv og der samtalane i stor grad fører fram til eit planlagt opplegg for fysisk aktivitet for den enkelte.

6.3 Bruk av testar – skremmande eller motiverande?

WONCA-testen står i det store og heile fram som eit nyttig verkemiddel i ordninga (jf kapittel 4.4). Mange har gode erfaringar med bruk av denne testen. Det er ein **tendens til at svara i den siste testen viser ei stigning i korleis deltakarane opplever den fysiske og psykiske forma si**. Ofte har brukaren ikkje noko minne om kva han eller ho svarte på den første testen og blir positivt overraska når testane blir samanlikna. Testen kan i så måte verke motiverande i forhold til å holde aktivitetsnivået oppe. Både i Vest-Agder og Oppland indikerer gjennomgang av WONCA-skjema ei positiv utvikling (Prosjektrapport for "Aktivitet på resept" 2005-07 i Vest-Agder fylke og Årsrapport Opplandsresepten 2007).

På dei sentralane som brukar UKK-testen er erfaringane jamt over positive (jf kapittel 4.4). Det blir spesielt trekt fram at testen kan vere ein motiverande faktor for brukaren. Det er likevel ikkje alle som kjenner seg komfortable med bruk av UKK-test. I desse tilfella er det gjerne ei vegring mot å målast og frykt for å prestere dårleg som held folk tilbake frå å nytte seg av testen. I ein kommune slutta dei å bruke testen då dei følte at snø og is skapte eit usikkert grunnlag for måling og at brukarane ikkje likte å bli testa på denne måten. Kallings og Lejon (2003) peikar også på at det er mange metodiske problem

³⁶ 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.

knytt til det å måle fysisk aktivitet på individnivå. Utsegna under kan vere eit døme på dette:

Vi kuttet det ut (testen) i forhold til at når vi kom til litt usikre perioder med is og snø, så vi at det ga helt feil verdier. Enten det var på første test eller på andre test, så viste det helt feil resultater. Dette var over en periode frå desember og faktisk helt ut i mars.

Nøkkelinformant i kommune

Skilnader i korleis UKK-testane blir oppfatta kan enten sporast tilbake til brukaren eller til korleis testen er integrert i ordninga. Det kan vere ei pedagogisk utfordring å gjere testen til noko positivt og ikkje til ei negativ oppleving. I ein del tilfelle vil skilnadene mellom første og andre test vere tydelegare på WONCA-testen enn på UKK-testen. Det er difor **viktig at det ikkje blir bygd opp for stor forventning hos brukaren i forhold til kor stor effekt UKK-testen skal vise**. Det er vidare viktig at det blir lagt til rette for at vêrforhold ikkje får påverke resultata for mykje.

Bruk av UKK-test kan vere eit nyttig verkemiddel både for deltakar og tilsette ved mottakssentralen. Særlig nyttig er testen i dei tilfella der den viser at deltakaren har oppnådd ei forbetring i reseptperioden, noko som kan verke motiverande. Det bør likevel ikkje leggest for mykje ressursar inn i slik testing, dersom dette går på kostnad av andre viktige element i ordninga. Marcus & Forsyth (2003:42) peikar på at det er viktig å ha ei vid tilnærming til spørsmålet om resultata av ei intervensjon:

“It is our position that health promoters should consider not only measures of physical activity behaviour or physical fitness when assessing the effectiveness of their interventions but also changes in relevant psychological and behavioral mediators of physical activity behavior change.”

6.4 Fråfall

Faktaboks 6.3

Innkallingsrutinar ved mottakssentralane

- 70 prosent av mottakssentralane har fast rutine for innkalling av brukarar som har fått utskrive resept.
- På mottakssentralane som har innkallingsrutine starta 82 prosent (tal frå 2006) av dei som fekk utskrive resept på ordninga. Det er grunn til å tru at fråfallet i denne fasa er vesentlig høgare på sentralar som ikkje har fast innkallingsrutine.
- På sentralar med innkallingsrutine er det vanleg at det tar 2-4 veker frå personen vert tilvist, til første konsultasjon på mottakssentralen.

Kjelde: Kartlegging blant mottakssentralane

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

Det er særleg vanskeleg å danne seg eit bilete av fråfall i forkant av reseptperioden i dei kommunane der legen ikkje sender **kopi av resepten til mottakssentralen**. I desse kommunane er det rett og slett vanskeleg å få eit klart bilete av kor mange reseptar som vert skrive ut. Respondentar i desse kommunane trudde likevel at det var et stort fråfall av brukarar fre dei var i konsultasjon hos legen til oppstart ved mottakssentral. Enkelte kan oppleve det som ein terskel å kontakte mottakssentralen første gang. Når den ansvarlege ved mottakssentralen heller ikkje veit kven som har fått resept, manglar han eller ho opplysningar som gjer at dei kan kontakte vedkomande for å minne om resepten og avtale tid for samtale. Dermed manglar ein også eit viktig verktøy for å hindre fråfall.

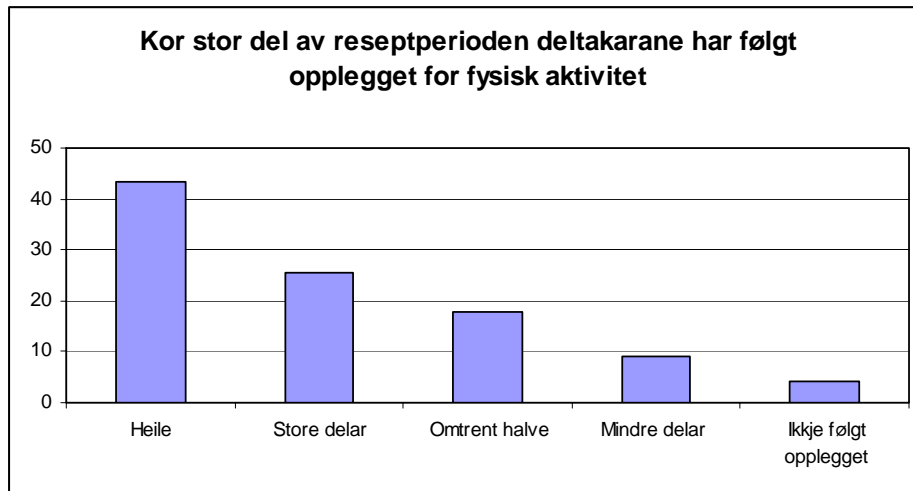
I dei kommunane som har rutine for innkalling av brukarar, er det moderat fråfall frå tilvisning til oppstart, om ein legg tala frå 2006 til grunn. Enkelte peikar på at legane etterkvart har vorte flinkare til å tilvise personar frå ”dei rette” målgruppene. Dette kan ha positive følgjer i forhold til fråfall i reseptperioden. Ein kommune skil seg rett nok ut med mange tilvisingar og relativt høgt fråfall. I denne kommunen har ein erfart at det er større fråfall blant dei som er tilviste frå enkelte legar enn andre. Slik dei ansvarlege for ordninga i kommunen vurderer det, kan dette ha samanheng med at det i nokre tilfelle ikkje er god nok kommunikasjon mellom potensiell brukar og lege med tanke på kva reseptordninga er.

Fråfall i løpet av reseptperioden

I alt 69 prosent av alle reseptdeltakarane som har gjennomført heile eller store delar av reseptperioden. For dei siste, det vil seie dei som har gjennomført store delar av opplegget, handla det i stor grad om personar som har vore borte frå trening enkeltgonger, som i praksis har fullført reseptperioden. Samstundes er det i alt 31 prosent som berre følgde opplegget knytt til reseptordninga i halve perioden eller kortare. Grunnane til at desse ikkje fullførte heile reseptperioden er i stor grad av praktisk art. Av dei som ikkje følgde opplegget, vart følgjande grunnar oppgitt:

- **38 prosent** fullførte ikkje på grunn av **sjukdom eller skade**
- **18 prosent** fullførte ikkje på grunn av at ordninga var vanskeleg å kombinere med **jobb**

- **10 prosent** fullførte ikkje på grunn av **omsorgsoppgåver**, anten knytt til ansvar for egne barn eller i samband med sjukdom i nær familie
- **8 prosent** fullførte ikkje på grunn av ordninga kom i konflikt med eigen ferie
- **5 prosent** fullførte ikkje på grunn av **manglande motivasjon**
- I tillegg nemnde enkelte til dømes mangel på passande treningstilbod og vanskar knytt til transport som årsak til at dei ikkje hadde følgt tilbodet



Figur 6.8. Reseptdeltakarane fordelt etter kor stor del av reseptperioden dei har gjennomført. N=145.

Når enkelte ikkje fullfører reseptperioden, skuldast dette i stor grad vanskar som dukkar opp undervegs, som gjer det vanskeleg å følgje opplegget. Såleis er kommentaren frå ein av deltakarane dekkande for fleire: - *fikk resepten i sommer, mye sykdom i høst*. Manglande motivasjon er derimot lite brukt som grunngeving.

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. I rundt ein tredel av tilfella blir det lagt opp til oppfølgingssamtale ved fråfall. Dette gjeld særleg i Oppland, der det er relativt vanleg å ha oppfølging med ny helsesamtale ved fråfall. Formålet med dette er at fysioteikaren skal søke nye alternativ/tilpassingar for deltakaren.

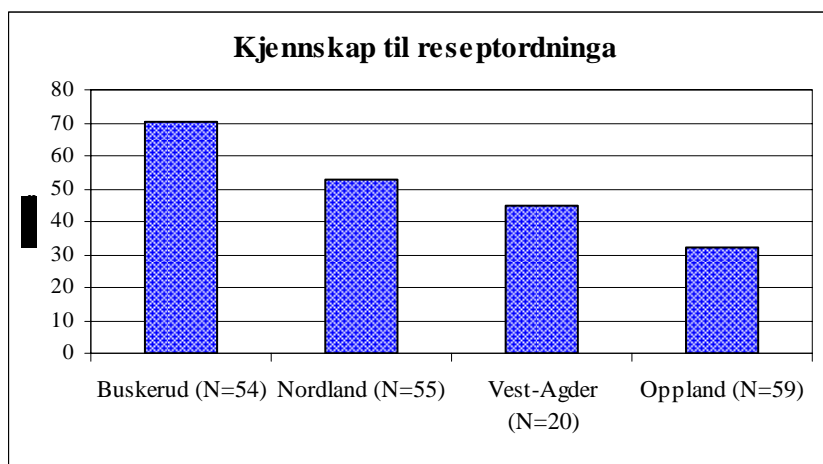
Inntrykket frå intervjuet med ansvarlege for treningane, er at skjer det meste av fråfallet tidleg i reseptperioden. Dette er i samsvar med forskning som viser at tilbakefall skjer særlig hyppig i den første tida etter endringa (Barth m. fl. 2001). Det er fleire årsaker som ligg bak fråfall. Den viktigaste er sjukdom og helseproblem. I slike tilfelle opnar mange av sentralane for at det

anten kan skrivast ut ein ny resept, eller at reseptperioden blir forlenga tilsvarende det ein har vore borte. Som sagt er det også enkelte grupper som oftare sluttar enn andre; personar med psykiske lidingar og overvekt. Vi vil seinare sjå nærare på kva deltakarane meiner har gjort det vanskeleg for dei sjølve å følgje reseptordninga, anten dette har ført til at fråfall for deira del eller om dei trass vanskaner har fullført reseptperioden (jf kapittel 7.2)

6.5 Kunnskap hos brukarane

Kjennskap til og kunnskap om ordninga blant brukarane, kan vere viktig for rekrutteringa til reseptordninga. Det gjeld i alle høve for dei som har tenkt tanken om å endre eigne levevanar frå før. Då vil potensielle brukarar aktivt gå inn for å få resept.

Eit fleirtal av respondentane på mottakssentralane opplever at ordninga er i ferd med å etablere seg, forstått som at ordninga blir meir og meir kjent. Det er likevel teikn på at det framleis er behov for å arbeide meir med å informere om ordninga. I undersøkinga retta mot mottakssentralane skulle respondentane ta stilling til ein påstand om at det er vanskeleg å få brukarar til å delta fordi dei har lite kjennskap til tilboda som finst. Til denne påstanda sa ingen seg helt einige, men 40 prosent sa seg nokså einige og 20 prosent svara både/og. Dette tyder på at det framleis står att ein del arbeid med å gjere ordninga meir kjend. Også i gruppeintervjua med brukarane kom det fram at for somme er ordninga ikkje godt nok kjend. **På same måte som det er viktig å kontinuerleg ha informasjon om ordninga ovanfor tilvisarar, er det også naudsynt ovanfor potensielle brukarar.**



Figur 6.9. Andel brukarar i kvart fylke som hadde kjennskap til reseptordninga før dei sjølve fekk resepten. Prosent.

Samstundes var det fleire frå gruppeintervjua som gav uttrykk for at dei kjende til ordninga før dei gjekk til legen eller andre tilvisarar. Dette som resultat både

av den informasjonen som har vore distribuert gjennom frå mottakssentralane, men også gjennom tilrådingar frå vennar og kjende. Slik sett er det fleire som sjølvve også reiser spørsmålet om å få prøve reseptordninga til eigen lege.

Jeg har en jeg kjenner som hadde vært med på dette. Derfor hadde jeg hørt litt om det. At det var turgruppe. Ellers var det ikke mer enn det jeg så i avisa, så derfor ringte jeg og spurte om forskjellige ting. Men når jeg nevnte det for legen var han veldig positiv.

Deltakar på reseptordninga

På spørsmål om kor mange som kjende til reseptordninga i eigen kommune, før dei sjølvve fekk ein slik resept, stadfesta halvparten av deltakarane at dei gjorde det. Det er likevel store forskjellar mellom fylka. I Buskerud var ordninga kjent blant eit stort fleirtal av brukarane (70 prosent), medan den var langt mindre kjent blant brukarane frå Oppland (32 prosent). Det er nærliggande å sjå dette som eit resultat av at ordninga har fungert lenge i Buskerud. Kommunar som Modum har hatt ordninga lenge og har mange deltakarar på resepten. Når ein over tid har mange deltakarar på ordninga, har ein også hatt fleire som kan reklamere for ordninga i eigen omgangskrins. I tillegg kan det også vere variasjonar mellom fylka og kommunane kva ressursar ein har til å informere om ordninga gjennom andre kanalar.

Rolla tilvisar har i forhold til å informere om ordninga blir likevel vurdert som avgjerande. Mange peiker på at nettopp dette leddet er det avgjerande å styrke dersom talet på deltakarar skal auke. Sjølv om mange av dei som får tilvisning har høyrte om ordninga gjennom dei kanalane som vart omtalt over, er det også ei stor gruppe som ikkje har hørt om ordninga før legen fortel om den under konsultasjonen. Dette illustrerer kor viktig det er at ordninga er **godt forankra hos tilvisande fagperson**.

6.6 Avslutning

Spørsmålet om kva målgrupper ordninga er meint å nå ut til er viktig og må arbeidast vidare med. Vi har sett at medan Grøn resept hadde ein svært snever målgruppe, har det i reseptordninga vore ei vid og mindre eintydig målgruppe. Dette har fleire implikasjonar. For det første står ordninga i fare for å vere for lite tydeleg ovanfor legane. Kva type pasientar skal til dømes sistnemnde sjå etter for tilvisning til ordninga? For det andre vil ulike grupper ha ulike behov. Om målgruppa er vid, blir behova som ordninga skal dekke også meir samansette. Ein konsekvens av å ikkje ha klare kriterier for kven som fell innanfor og kven som ikkje gjer det, kan vere at ein står i fare for å få mange feil tilvisningar.

Eit anna viktig spørsmål som bør avklarast er i kva grad ordninga skal omfatte personar som ikkje er fysisk aktive og heller ikkje er motivert (stadie 1). Same problemstilling vil vere gjeldande i forhold til røyking og kosthald. I kva grad

skal ordninga nå ut til dei som treng ei endring i levevanar, men som ikkje er motiverte? Funna frå undersøkinga tyder på at mange av delakarane allereie har starta ein endringsprosess når dei tek fatt på reseptperioden. Skal ein ha fokus på varige endringar for gruppa som er i gang med prosessen, eller skal ein arbeide meir for at ordninga skal famne fleire på stadie 1?

Erfaringar å bygge vidare på?

- Ein må unngå å ekskludere viktige grupper frå ordninga. Å nå dei som fell utanfor ordinært tilbod er sentralt. I det vidare arbeidet er det eit relevant spørsmål i kva grad ein når dei som har størst behov for ordninga.
- Slik ordninga har utvikla seg lokalt er det ulike måtar å definere kven som er i målgruppa for reseptordninga. Er det behov for å vere tydlegare på kven som er i målgruppa for ordninga?

Kapittel 7 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. Rett nok er det opning for å gå over i ein ny reseptperiode. Det er også ein del mottakssentralar som gir deltakarane tilbod om å halde fram med trening i ”reseptgruppa”, i alle høve så lenge det er plass til det. **Tanken er likevel 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. Det er difor viktig kva reseptdeltakarane sit att med etter at denne perioden er over, korleis dei har opplevd denne tida og kva erfaringar og konkrete resultat dei føler at dei sit att med.

Erfaringane som deltakarane har gjort seg gjennom reseptperioden, blei oppsummert gjennom det spørjeskjemaet dei svara på rett etter at perioden var avslutta. I tillegg vart det gjennomført gruppeintervju med deltakarar som var i gang med reseptperioden.

7.1 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. I gruppeintervjua var det fleire døme på brukarar som sa at dei ønskte å trene litt utanfor gruppa, då dei ikkje følte at gruppetreninga passa deira noverande nivå eller tilstand. Igjen må ein ha i minne at det er viktig å ikkje berre sjå på dei som er knytt til gruppene, men også dei som ikkje deltek. Overvektige er til dømes ei gruppe som mange peikar på at lett fell utanfor ordninga (jf kapittel 6.1). Passar stavganggrupper nødvendigvis for desse?

Sosiale aktivitetar

Det er i varierende grad lagt opp til sosiale aktivitetar utanfor dei faste treningstidene. I spørjeundersøkinga retta mot mottakssentralane svara 54 prosent av sentralane at dei organiserer ei eller anna form for sosiale arrangement for deltakarane. I 61 prosent av tilfella er det lagt opp til tid til sosialt samkome i forkant eller etterkant av gruppeaktiviteten. Det kan likevel sjå ut som at det blir lagt ulikt innhald i kva som er sosiale arrangement og kva

som er tid til sosialt samvær. I alle fylka finn ein døme på at enkelte grupper blir samla i lag med instruktør til uformell prat og kaffi/frukt etter trening. I ein del tilfelle er det også lagt opp til lengre turar, der det i tillegg til treninga er lagt vekt på sosialt samvær med innlagt matpause. Frå brukarane blir dette verdsett, ikkje berre som eit sosialt tiltak, men også som eit utgangspunkt for å byggje opp sjølvtilitt 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. I Nordland og Buskerud har nokre av sentralane fast sosialt samvær som ein del av programmet ein dag i veka, der konkrete tema knytt til fysisk aktivitet, kosthald eller røyking kan stå på agendaen. Av meir spesielle tiltak, er juleavslutning og sommaravslutning i ein av kommunane i Buskerud, noko som blir opplevd som svært positivt. Sjølv om det ikkje er vanleg med arrangement av dette slaget, er den sosiale dimensjonen i sjølve treninga viktig. **Brukarane set det sosiale utbytte av gruppetreninga høgt**, noko dette sitatet frå ein ansvarleg på ein mottakssentral illustrerar:

Grappa er alfa og omega! Det er viktig å ha noe fast å gå til. Deltakerne i grappa støtter og oppmunttrer hverandre. Det er også motiverende at de andre i grappa legger merke til at du er der. Grappa er viktig med tanke på det at de føler at noen har bruk for dem. Grappa er en positiv forpliktelse.

Utsegna over er talande for opplevinga brukarar og instruktørar har av viktigheita og effekten av å organisere treninga i gruppe. Som sitatet viser, er det to ting som blir framheva; grappa som ein **sosial møteplass og grappa som ei positiv forplikting**.

Mæland (2005) peikar på at det mellommenneskelige nivået, der individ blir stimulert til å arbeide saman i små grupper, kanskje er det viktigaste nivået i helsefremjande arbeid. 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 grappa. Når gruppene fungerer ser ein at grappa i seg sjølv er ein viktig motiverande faktor for deltakarane. Det er derfor viktig at gruppene ikkje blir for små. Det sosiale utbytet ved å delta i grappa blir ofte verdsett like høgt som treningsutbytet ved aktiviteten. For mange av brukarane vil evne til endring vere tett knytt til psykisk tilstand. **Ein livsstilsintervensjon bør følgjeleg ikkje berre fokusere på fysisk aktivitet, kosthald og røykeslutt**. Bruk av gode gruppeprosessar kan synest å vere ein egna måte å arbeide med endring av levevanar for brukarane i denne ordninga. Fleire framhevar at treninga er sosial, i motsetnad til trening i treningsstudio.

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.**

Det andre momentet som i stor grad blir trekt fram er den sosiale forpliktinga gruppeaktiviteten inneber. 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. Mange opplever det positive med å vere del av ei gruppe, slik dei får høve til gjennom reseptordninga. Som del av ei gruppe føler dei at dei bør stille opp på trening og at ein del kanskje kjem på dagar det er freistande å bli heime. Som ein deltakar sa: *At det er gruppeaktivitet er bra. Det er sosialt og litt forpliktende. I dårlig vær går man kanskje likevel og det hadde jeg nok ikke gjort alene.*

Vurdering av treningsform i Opplandsresepten

Som tidlegare nemnd har det blitt **oppretta ei treningsgruppe på eit fysiotek i Oppland**. I denne kommunen hadde det vore ein nedgang i talet på reseptar, noko som resulterte i at fysiotekaren hadde tid til overs til å opprette gruppa. Deltakarane i gruppa har i hovudsak relativt like helseplager og er i same situasjon. Dei gir uttrykk for at gruppa betyr mykje for motivasjonen deira til å møte opp på trening. Ein av deltakarane hadde i utgangspunktet hoppa av resepten, men då gruppa vart oppretta byrja personen på att. Deltakarane i denne gruppa synes terskelen for å gå direkte ut i eksisterande aktivitetar er høg, og trives betre med å trene i ei lita gruppe saman med likestilte.

Sjølv om det eksisterer gruppetrening i enkelte tilfelle, så skil Opplandsresepten seg likevel grunnleggjande frå dei andre i forhold til organisering i gruppeaktivitet, då det her er lagt opp til eigenaktivitet eller integrering i eksisterande tilbod. Vi har over sett at gruppetrening har nokre sentrale motivasjonsfaktorar knytt til seg slik som sosial tilhøyrse og positiv forplikting. Det er også ein forskjell mellom Buskerud og Nordland på den eine sida og Oppland på den andre, i forhold til kor mange som tek fram det sosiale og det humørfylte blant dei forholda som har virka motiverande for deltakinga i reseptordninga. Medan rundt 60 prosent legg vekt på slike forhold i dei to første fylka, var det 45 prosent som gjorde det same i Oppland.

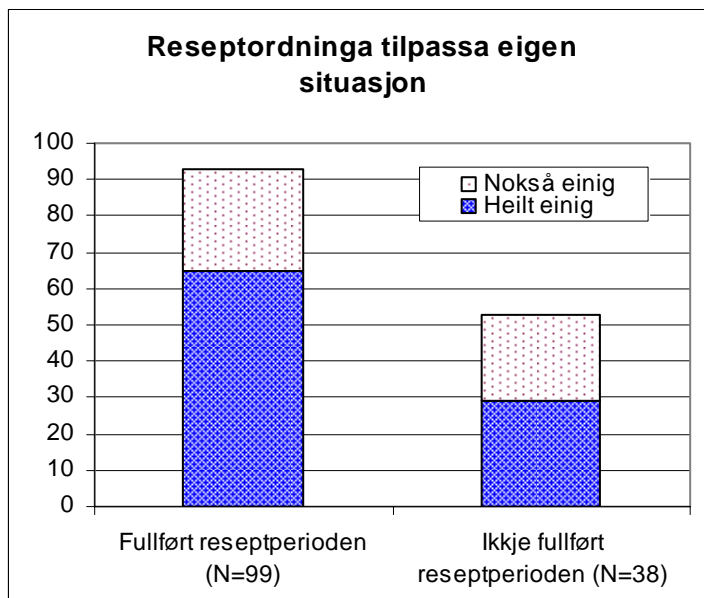
Sjølv om ikkje mottakssentralane driv gruppetrening, så blir brukarane inkludert i ei gruppe når dei blir losa vidare til lag og organisasjonar. Årsrapporten for Opplandsresepten for 2007 konkluderer likevel med at det **ikkje er så stor pågang til frivillige lag og organisasjonar. I reseptperioden er det desidert vanligast å trene på treningssenter**. Når det gjeld tida etter reseptperioden, så seier fleire av fysiotekarane at dei kjenner til at nokre av brukarane har teikna

medlemsskap i til dømes LHL eller hos det lokale treningssenteret etter at dei var ferdige med resepten, men det er ikkje samla inn systematisk informasjon om dette. Fleire informantar i Oppland peiker likevel på at det hadde vore gunstig å hatt moglegheita til å organisere gruppeaktivitet i tillegg til den aktiviteten som ligg innanfor dagens modell. Til dette legg ein til grunn ei tru på at gruppetrening i større grad ville fange opp dei som finn terskelen for å delta i eksterne aktivitetar som høg. Det nyoppretta pilotprosjektet Fysiotek Aktiv (jf kapittel 4.6) har mellom anna som mål å nå nettopp denne gruppa gjennom eigne gruppetreningar.

7.2 Tre månadar på reseptordninga – resultat og vurderingar

Tilpassa eigen situasjon?

I spørjeskjemaet tok deltakarane stilling til to påstandar som er sentrale i forhold til vurdering ordninga. For det første gjaldt spørsmålet om dei gjennom reseptordninga hadde fått eit tilbod som dei opplevde passa dei sjølv og eigen situasjon. Vidare skulle dei vurdere om dei opplevde at tilbodet dei har fått var realistisk å gjennomføre. Dette er kjernes spørsmål i forhold til om ein har lukkast med å organisere eit tilbod som fungerer for den enkelte reseptdeltakar. I tillegg har mange kommentert ulike sider ved ordninga både på spørjeskjema og i gruppeintervjua som er gjennomført i prosjektperioden.



Figur 7.1. Vurdering av påstanden "Gjennom opplegget har eg hatt eit tilbod som eg opplever passar meg og min situasjon", fordelt etter dei som har fullført reseptperioden og dei som ikkje har gjort det. Prosent.

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. Så godt som ingen frå denne gruppa var ueinige i det same. Blant dei som ikkje fullførte reseptperioden, er det naturleg nok fleire som ikkje er like nøgde med ordninga. I alle fall er det ein tredjedel (33 prosent) som opplevde at opplegget ikkje var tilpassa dei og deira situasjon. Det er likevel langt frå alle som har opplevde det slik. 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. At dei ikkje fullførte skuldast i slike tilfelle ikkje måten ordninga var lagt opp på, men at situasjonar oppstod slik at det vart vanskeleg å fullføre.

I tillegg til spørsmålet om ordninga var tilpassa eigen situasjon, tok også deltakarane stilling til om tilbodet var realistisk å gjennomføre for den enkelte. Svarfordelinga er langt på veg lik det den var i forhold til det føregåande spørsmålet. Inntrykket står dermed fast. Eit stort fleirtal opplever at ordninga fungerer bra for eigen del. For alle sett under eitt, var det **82 prosent som opplevde at dei gjennom reseptordninga hadde fått eit tilbod som var realistisk å gjennomføre.**

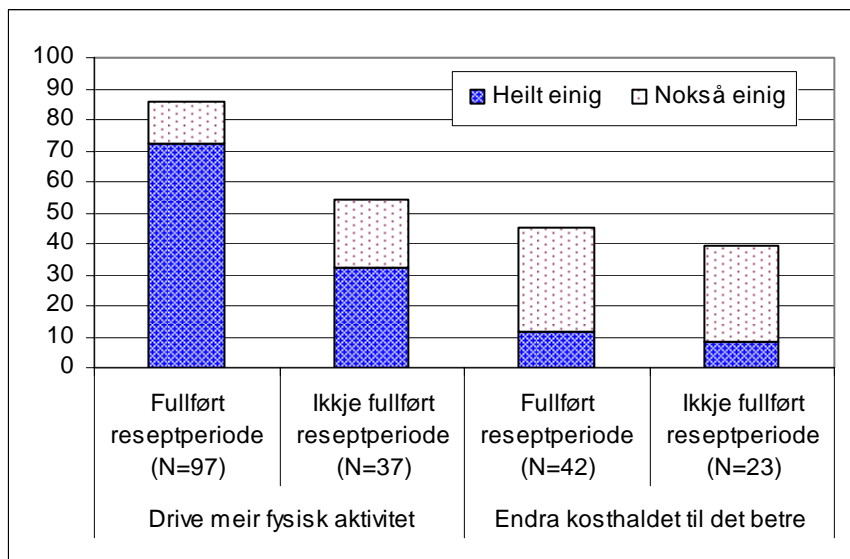
Endra atferd?

Gjennom reseptperioden får alle deltakarane tilbod om fysisk aktivitet. I tillegg blir det gitt ulike tilbod om oppfølging i forhold til røykeslutt og endring av kosthald. Medan fysisk aktivitet har vore ein del av tilbodet alle har fått, gjeld dette ikkje røykeslutt og endring av kosthald. Det var til dømes berre 21 prosent av deltakarane på resepten som røykte ved inngangen til reseptperioden. Det er primært mottakssentralane i Buskerud og Nordland som har definert røyk og kosthald som eigne tema under reseptordninga. I praksis har mykje av arbeidet opp mot deltakarane i ordninga, i stor grad hatt fysisk aktivitet som hovudfokus i alle fylka (jf kapittel 4.5).

Det er også 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. Dei fleste som gir tilbakemelding om slik endring, flaggar ikkje dette høgt i og med at dei svarar ”nokså einig”. Det er heller ikkje stor skilnad på den gruppa som har fullført reseptperioden og dei som ikkje har gjort det, sjølv om det er nokre færre som har endra kosthaldet i den siste gruppa enn i den første (39 prosent). For røyking er grunnlagstala svært små. Dei tala vi har peikar likevel i retning av det har vore lite endring på dette området.



Figur 7.2. Endringar i atferd, fordelt etter dei som har og ikkje har fullført reseptperioden. Prosent.

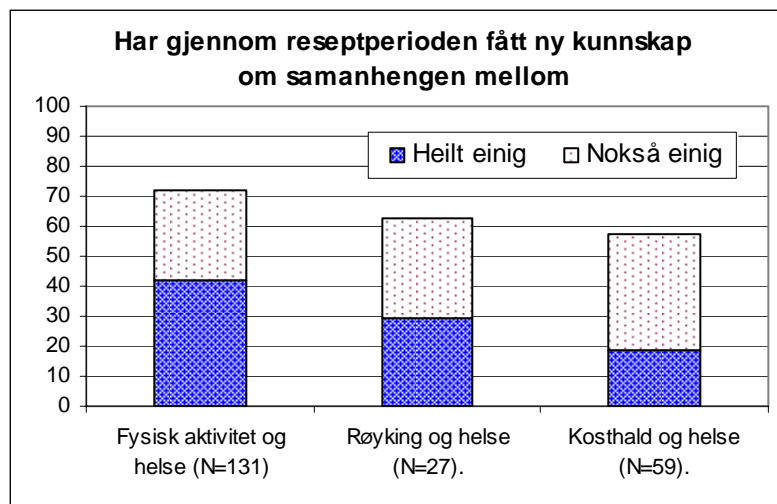
Endringane i forhold til røyking og kosthald i løpet av reseptperioden synest såleis å vere moderate eller små. Det er heller ikkje så mange som har gjennomført kurs for røykeslutt eller kosthaldskurs i løpet av denne perioden. Ser vi på Buskerud og Nordland, dei fylka der ein i størst grad har arbeidd for å integrere røykeslutt og kosthald i reseptordninga, var det eit klart mindretal (33 prosent) av dei som hadde planlagt eit opplegg for endring av kosthald under første helsesamtale, som følgde dette opp med å gjennomføre eit kosthaldskurs den tida dei deltok på resepten. Til dette biletet høyrer også med at det var ein del som gjennomførde kosthaldskurs, utan at det vart planlagt eit opplegg for endring av kosthald ved første helsesamtale. Om vi ser på alle som gjennomførte kosthaldskurs i Nordland og Buskerud, både dei som i etterkant av første helsesamtale hadde planlagt eit opplegg for endring av kosthald og dei som ikkje hadde gjort det, utgjorde desse i alt 19 prosent av alle reseptdeltakarane. Eit problem kan synast å vere at det ofte ikkje er samanfall

mellom det tidspunktet brukaren har behov/er motivert for kurs og kor tid slike kurs har oppstart.

Blant dei som hadde planlagt eit opplegg for røykeslutt, var oppfølginga i form av kurs endå mindre enn for kosthald. Det var i alt 18 røykjarar frå Buskerud og Nordland som svara på spørjeskjemaet i etterkant av reseptperioden. Halvdelen av desse hadde gjennom helsesamtalen planlagt eit opplegg for endring av røykevanar. Berre ein av desse gjennomførte kurs for røykeavvenning i reseptperioden. I tillegg var det eitt tilfelle der ein av reseptdeltakarane gjennomførte eit slikt kurs, utan at det var planlagt på førehand.

Sjølv om grunnlagstala er svært små, særleg for røyking, er dei ein indikasjon på ein ikkje har lukkast å omsette planar om endring til gjennomføring av kurs. Ut frå opplysningane frå mottakssentralane har i alle høve halvparten tilbod om kosthaldskurs og røykesluttkurs (jf kapittel 4.5). Kva som er grunnen til at deltakarane i liten grad gjennomfører slike kurs, har vi ikkje grunnlag for å seie noko om. Det kan vere at praktiske forhold som pris og tidspunkt for kurs har vore utslagsgivande.

Auka kunnskap?



Figur 7.3. Oppleving av å ha fått kunnskap om samanhengen mellom fysisk aktivitet og helse, røyking og helse og kosthald og helse i løpet av reseptperioden. Prosent.

Reseptbrukarane opplever i størst grad at deltakinga ordninga har gitt dei ny kunnskap med tanke på samanhengen mellom fysisk aktivitet og helse, i minst grad om samanhengen mellom kosthald og helse. Slik kunnskap vart først tilført dei gjennom den innleiande helsesamtalen, samstundes som dei opplever at det same har vore tilfelle i sjølve reseptperioden.

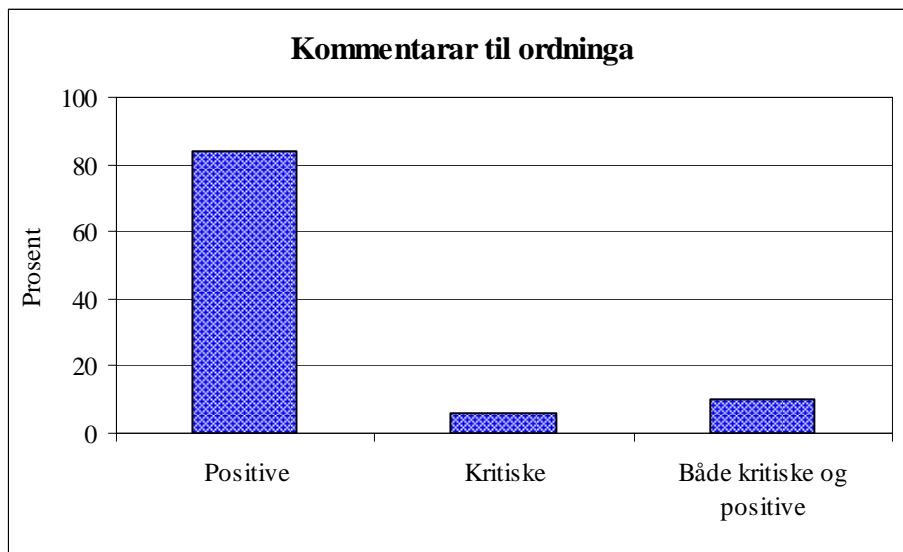
- I alt 72 prosent av reseptbrukarar svarar at dei gjennom reseptperioden fekk ny kunnskap om samanhengen fysisk og aktivitet og helse.
- I alt 63 prosent av røykarane opplevde at dei gjennom reseptperioden fekk ny kunnskap om samanhengen mellom røyking og helse.³⁷
- I dei fylka der kosthald har vore 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. Det var også i forhold til dette temaet at færrest sa seg heilt einig i dette.

Dei får meir kunnskap om korleis helse blir påverka av fysisk aktivitet, kosthald og røyking. Dei får såleis rett og slett meir medvit om det å ta vare på eiga helse. Vidare får dei erfaring med det å vere i fysisk aktivitet noko som også kan auke kjensla av meistring. Dette kan dreie seg om kunnskap om korleis kroppen reagerar ved fysisk aktivitet og korleis ein bør trene for å få effekt. Mange utviklar sjølvtilitt i forhold til eigen kropp og opplever at ein kan delta i fysiske aktivitet som dei sjølv ikkje trudde dei kunne vere med i tidlegare. Her spelar instruktøren ei viktig rolle ved å gjere deltakarane trygge i forhold til kva type fysisk aktivitet som passar best for den enkelte. Fleire nemner også at ordninga er med på å gjere brukarane meir kjende med turmoglegheitene i eige nærområde, noko som kan vere ein føresetnad for framhald i aktivitet i etterkant av reseptperioden.

Ei ordning som fungerer?

Alle deltakarane vart utfordra til å kommentere reseptordninga gjennom opne spørsmål i spørjeskjemaet. Dette har også mange gjort. Dei har både gjort det i det opne kommentarfeltet sist i skjemaet, under spørsmålet om kva forhold som har motivert dei til å følge reseptordninga og kva forhold som har gjort dei vanskeleg for dei å følge ordninga. Det er som regel større utfordringar til å få folk til å svare på opne, enn lukka spørsmål. Dette er også tilfelle her. Vi manglar såleis direkte kommentarar frå 44 av deltakarane på ordninga. Enkelte av desse skreiv ikkje kommentarar i det heile, medan andre kom med kommentarar som handla om eigen situasjon, og ikkje om ordninga. Dette var kommentarar av typen: *Har fibromyalgi og har godt av å trene*. Slike kommentarar er ikkje tekne med i figuren. Ingen av kommentarane som er med i figuren var nøytrale. Dei var anten positive, negative eller både positive og negative.

³⁷ Tala for røyking og kosthald gjeld berre for dei fylka der dette har vore tema for reseptordninga, det vil seie Nordland og Buskerud.



Figur 7.4. Fordeling mellom positive og negative kommentarar til reseptordninga i etterkant av reseptperioden. Prosent. N=101.

Eit klart 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 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.

Sjølv om svært mange er positive til ordninga og opplegget, vil det vere forhold som kan vere motiverande og forhold som kan gjere det vanskeleg å følgje ordninga. Folk kan både oppleve ordninga positivt og peike på fleire sider ved ordninga som motiverer til deltaking, men likevel oppleve vanskar som gjer deltaking umogleg eller vanskeleg. Slike vanskar kan såleis gjere seg gjeldane sjølv om den enkelte ikkje er kritiske til ordninga.

Mange kommentarar er allmenne. Enkelte er korte og greie, med få ord av typen; *Bra!*, *Kjempebra*, *Helt topp*, *Kjempeflott tilbud*, *Bra ordning - et lite "puff" er bra*. Andre er litt meir utfyllande i kommentarane. Dei trekkjer til dømes fram behovet for at ordninga skal halde fram, både med tanke på at dei sjølve kan tenkje seg å følgje tilbodet eller for at andre skal få sjansen:

- *Super ordning. Håper å få prøve meg senere i opplegget også.* Kvinne, Oppland.

- *En fantastisk fin måte å komme i form på sammen med bare hyggelige mennesker. Jeg kunne ønsket meg lenger tid.* Kvinne, Vest-Agder
- *Håper kommunen vil inngå en avtale om et opplegg for de som vil fortsette reseptordningen.* Mann, Vest-Agder
- *En flott ordning, bare positivt. Har kjøpt meg halvårskort. Så jeg er med ennå.* Kvinne, Nordland
- *Har bare godt å si om ordningen. Savner det veldig etter at eg ble frisk og begynte å jobbe vanlig igjen. Absolutt å anbefale for alle!* Kvinne, Vest-Agder

Andre knyter dei positive kommentarane til måten ordninga er organisert og lagt til rette på. Det kan vere i forhold til aktivitetane, det å vere inne og eller ute, det å trene i gruppe osv.:

- *Bra opplegg, passer alle. Forskjellige aktiviteter.* Mann, Buskerud
- *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
- *Jeg synes dette opplegget har vært kjempefint, meget varierte øvelser, både ute og inne. Håper dette er noe som kommer til å fortsette.* Kvinne, Nordland
- *Fint tilbud. Ok å trene sammen med noen andre som også var overvektige. Følte meg ikke annerledes. Greit å komme inni gruppa fordi jeg har psykiske problemer.* Kvinne, Oppland
- *Gode sammenkomster med gym hver mandag. Blide og koselige instruktører.* Mann, Oppland
- *Variert og morsomt. Godt å trene under god ledelse og i et slikt felleskap. Tror det burde vært mer spesialiserte grupper ut fra aktivitetsnivå. Mi gruppe hadde hardt opplegg for de som er i virkelig dårlig form.* Kvinne, Nordland

Som den siste kommentaren viser, kan enkelte av dei som er positive til ordninga, også kome med kritiske kommentarar til ordninga. I dette tilfelle med tanke på organiseringa av gruppetreninga i forhold til enkelte av deltakarane. Vidare er dei positive tilbakemeldingane ofte knytt til at dei har opplevd resultat av treninga. Dette kan til dømes vere knytt til at ordninga har medverka til betring i livssituasjonen.

- *Noe av det mest geniale Helse-Norge har kommet med. Utvid og fortsett. Jeg har vært 2 år borte fra jobb, men er nå klar til å begynne å jobb igjen til våren - mye på grunn av FYSAK! Kvinne, Nordland*
- *Fabelaktig ordning. En har noe å gå til og samtidig vite at andre er i samme situasjon. Komme i form og greie mye mer i hverdagen. Å vite at pila peker bare en vei – oppover. Kvinne, Buskerud*

Den sosiale sida ved å delta i ordninga er viktig for motivasjonen til å følgje ordninga (sjå figur 7.5). Det kjem også fram når enkelte kommenterer ordninga meir allment.

- *I små samfunn blir det en god "bi-effekt" å bli kjent med folk i andre bygder. Jo flere som trener sammen, dess større glede i hverdagen. Kvinne, Nordland*

Mange er også opptekne av at ordninga fungerer motiverande. Her kjem også det sosiale aspektet inn, i lag med det å bli teken vare på, det å få oppfølging, at ein utan slik oppfølging lett ville utsette planar om å bli meir fysisk aktive osv.

- *Veldig bra opplegg, spesielt for folk som har vanskelig for å motivere seg og ikke har noen å trene med. Kvinne, Buskerud*
- *Fin måte å kome i gang på etter sykdom. Kvinne, Buskerud*
- *Har vært til stor hjelp for meg. Fikk meg ut av godstolen, gode venner, gode samtaler med Fysioteket – oppmuntrende. Kvinne, Oppland*
- *Dette er en fin ordning for den som ønsker å gjøre noe aktivt med livsstil og helse. De fleste trenger noen som motiverer og følger opp i denne perioden. Kvinne, Oppland*
- *Det er en flott ordning, som både fysisk og psykisk syke, overvektige, røykere og andre kan ha stor nytte av. Fint å få veiledning, støtte og oppmuntring når en har behov for det. Kvinne, Oppland*

Ei anna kvinne skriv følgjande om Opplandsresepten ved oppstarten av reseptperioden: *Den er bra for det er bra med oppfølging, slik at du føler å ha et nettverk rundt deg, som igjen gjør at det blir en glede ved det en gjør.* Etter å ha følgt ordninga heile perioden, er synet på ordninga ikkje endra: *Den er veldig god, og at en blir tatt vare på ved å ha kontakt og møter er veldig positivt når du trenger noen til å hjelpe og støtte deg i en vanskelig periode.* Ein mann frå Buskerud såg også særleg positivt på det å få oppfølging, noko han la vekt på ved starten av reseptperioden: *På grunn av bypassoperasjon er dette en mulighet for å få trim med oppfølging.* Etter å ha følgt store delar av opplegget, med unntak nokre gonger når det ikkje passa på grunn av sjukdom, konkluderer han med følgjande: *God ordning for de fleste. Og bør kunne utvides med flere uker.*

Dei negative kommentarane er langt færre enn dei positive. Dei er likevel viktige. I slike kommentarar kan det ligge grunnlag for justeringar av og tilpassing av opplegget. **Det kan også vere grunn til å tenke seg at det som enkelte opplever som vanskeleg med ordninga, også kan vere det som får andre til å ikkje velje å gå inn i ordninga.** Mange av dei negative kommentarane dreiar seg nettopp om forhold som gjer at enkelte ikkje føler seg heilt heime i ordninga. Dei peikar såleis på forhold som kan medverke til å støyte folk bort.

Det første tilfelle gjeld ei kvinne frå Oppland. Ho gjennomførte berre halve reseptperioden. Grunnen til dette var at ho pådrog seg skade, og var ute av stand til å vere med resten av tida. Ho var heller ikkje negativ til ordninga i seg sjølv, men gir gjennom tilbakemelding i spørjeskjemaet uttrykk for at ho var feilplassert. *Jeg føler at jeg kanskje ikke passet helt inn i ordningen. Jeg var klar over alle positive sider ved trening, men for meg passer aktivitet uten treningsapparat. Jeg er veldig aktiv, og sunn (aldri røykt, ikke overvektig, i full aktivitet, ikke høyt kolesterol), men plages med astma.*

Enkelte unge føler at ordninga ikkje er heilt heime i ordninga (jf kapittel 6.1). Ei av dei yngste kvinnene blant reseptbrukarane frå Vest-Agder følte seg ikkje vel med situasjonen, i alle høve ikkje ved reseptstart. *Føler at det er litt stigmatiserende,* var tilbakemeldinga ho kom med tidleg i perioden. Opplevinga av reseptperioden var likevel ikkje negativ. Ho oppsummerte fullført reseptperiode med følgjande kommentar: *Det føltes bra.* Trass dette, ligg det ein viktig bodskap i den innleiande kommentaren. Den seier noko om ein terskel som mange kan oppleve ved oppstarten til resepten. Denne kvinna kom over denne terskelen, men dette kan vere ein slik terskel som andre ikkje kjem over.

Enkelte føler også behov for tettare oppfølging i ordninga. Dette gjeld ein mann i Buskerud, som etterlyser meir personleg oppfølging på line med den som han fekk gjennom helsesamtalen. *Det har ikke vært noen oppfølging etter "førstesamtale". Trodde kanskje jeg skulle få bli fulgt opp litt bedre!* Etter svaret

å døme har han ikkje gjennomført helsesamtalen etter reseptperioden på det tidspunktet han fylte ut spørjeskjemaet. Det er likevel rimeleg å tolke svaret for hans del, som uttrykk for at han også har hatt eit behov for tettare personleg oppfølging undervegs. Slike behov kan ha utspring i helsesituasjonen til den enkelte. Dette er til dømes tilfelle for ei kvinne frå Nordland. *Jeg føler meg vel med treningene og har fått bedre fysisk og psykisk helse.* På grunn av ein alvorleg sjukdom ønskjer ho likevel tettare oppfølging også i trenings situasjonen. *Jeg er ikke fornøyd med dette at vi ikke har hatt kontakt med lege eller fysioterapeut hele perioden.* Bakgrunnen for desse forventingane var at det i dette tilfelle var lagt opp til ei ordning der lege eller fysioterapeut er til stades på enkelte treningar.

Ut over dette opplever enkelte at praktiske forhold ikkje alltid er tilfredstillande, til dømes dårlege treningslokale. Vidare er det også **fleire som peikar på at ordninga er for dårleg kjent**. I forhold til det siste kan det vere store skilnader mellom kommunane. Dei to første av dei følgjande sitata, er til dømes henta frå to personar som er busette i same kommune.

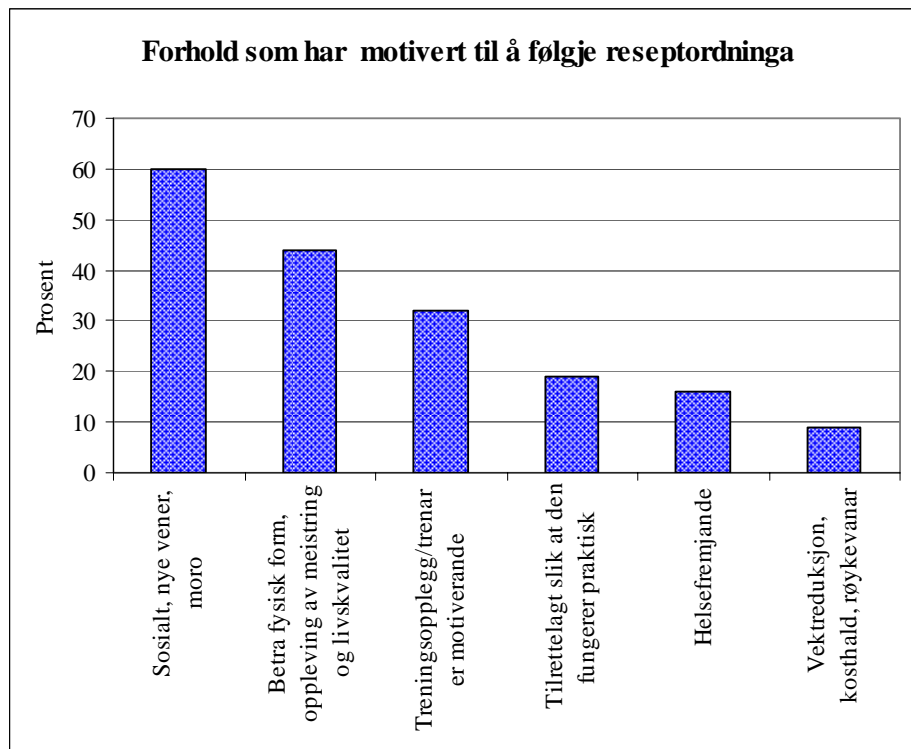
- *Et meget godt tilbud som skulle vært gjort bedre kjent og tilgjengelig.* Kvinne, Buskerud.
- *På grunn av operasjon og avtale hos fysioterapeut, fant jeg brosjyren om Fysioteket på venterommet og meldte meg på (frivillig) gjennom fysioterapeut og (fastlegen). Fastlegen burde anbefalt meg mye før!* Mann, Buskerud

Denne situasjonen er heller ikkje ukjent for deltakar frå andre kommunar:

- *Ordningen har passet meg bra. Jeg har hatt veldig fint utbytte. Men ordningen er for lite kjent. Min fastlege visste ikke om den eller ville ikke bruke den. Min kone fikk resept før meg hos sin fastlege.* Mann, Vest-Agder.

Kva motiverer?

Sjølv om mange har ei grunnleggande positiv haldning til ordninga, har vi sett at fleire peikar både på sterke og svake sider ved ordninga. For å få eit mest mogleg nyansert bilete av korleis ordninga fungerte for den enkelte, blei dei utfordra til å nemne inntil tre forhold ved opplegget for reseptordninga som virka motiverande for å følgje opplegget og inntil tre forhold som har gjort det vanskeleg for dei å følgje ordninga. Sjølv om ikkje alle svara på spørsmåla, og mange nøgde det seg med å trekke fram eitt eller to forhold, gir svara eit bilete av sterke og svake sider ved ordninga.



Figur 7.5. Forhold som har vore motiverande for følge opplegget for reseptordninga.³⁸ Prosent. N=129.

I alt 129 av deltakarane som svara i andre runde, har konkretisert kva sider ved reseptordninga dei har opplevd som motiverande. 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 utbytte av. Svar som *Å gå i følge med andre, Bra at det er flere som trimmer sammen, Alltid fint å være sammen med andre ute i naturen, At du har noen å snakke med, Nye bekjente, Treffe andre mennesker i samme situasjon og bli en gladere person, Få trene sammen med andre i min situasjon, Team-følelse, Bedre humør, Lystbetont trim – mye latter, Artig gruppe, Positiv tone i fellesskapet – initier av lederen eller Koselig miljø på trimmen* høyrer til denne kategorien. Dette må mellom anna vurderast i samanheng med livssituasjonen til mange reseptdeltakarar. Mange har trygd, langtidssjukmelding eller er på andre måtar utanfor det sosiale fellesskapet som arbeidslivet gir. **I gruppa får dei eit sosialt festepunkt som**

³⁸ Inkluderer dei vanlegaste nemnde forholda. Merk også at fleire svar ofte er samla i same kategori. Når ein person både har svart *Fått ny venninne* og *Får bedre humør*, blir dette rekna som eitt svar slik kategoriane er definert i figuren. Ved etterkategorisering vil det også være tilfeller der eit svar kan vurderast å høyre inn under to svarkategoriar. I slike tilfelle må forskaren ta ei avgjersle om kva kategori som passar best.

dannar grunnlag for nye nettverk. Det blir til dømes danna mindre grupper som går tur utanom dei fastlagte tidene. Svara over er eit uttrykk for at ein har greidd å legge til rette for at treningane skal fungere både sosialt og som ei positiv oppleving for deltakarane. I tillegg blir sjølve treningsopplegget og trenarane trekt fram som ein motiverande faktor i seg sjølv (32 prosent). Døme på dette er kommentarar som *God oppfølging, Personlig veiledning på trening Hyggelig og fin oppfølging, Veldig positive og glade ledere, Flink, kunnskapsrik fysioteiker – ga meg lyst å komme i gang, Inspirerende frisklivsmedarbeidere.*

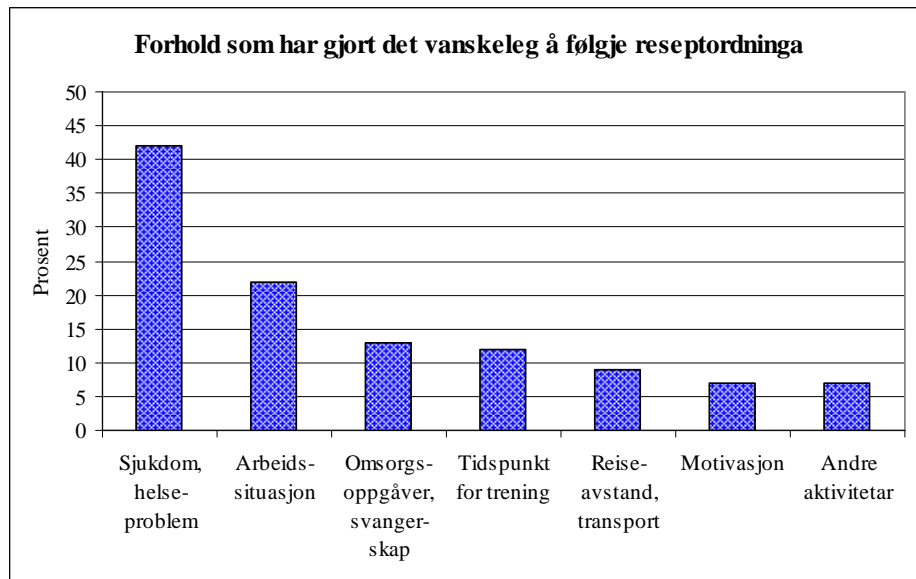
I forhold til verknadane av reseptordninga, er det oppleving av **betra fysisk form, meistring av fysisk aktivitet og livskvalitet som oftast blir trekt fram** (44 prosent). Følgjande kommentarar gir eit bilete av den opplevinga mange av deltakarane gir uttrykk for etter å ha vore reseptdeltakarar i tre månadar: *Føler meg i bedre form, Føler meg bedre av å være i aktivitet, Bedre fysisk form, som gir bedre fysisk form – følelsen av å mestre noe positivt, Mosjon gjør kroppen godt – øker livskvaliteten, forebyggende, får mer overskudd, Kommer fort i bedre form, Merker at jeg mestrer mer for hver gang, Har fått mye bedre kondisjon, Bli en gladere person, Fått bedre selvbilde, da alle har noen kg for mye, Overskudd, Bedre fysisk form – bedre psykisk form- sosial trening, Føler meg friskere på alle måter.*

Andre forhold som blir nemnt er 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.

Ut over det som går fram av figuren er det også ein del andre sider ved reseptordninga enkelte brukarar tek fram som motiverande. Det kan vere at det er lett å kome seg til og frå trening, at dei opplever tryggleik i treningsssituasjonen, at dei har gjennomført gåtest eller tru på at fysisk aktivitet skal hjelpe dei om å kome i fullt arbeid att.

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.



Figur 7.6. Forhold som har gjort det vanskeleg å følgje opplegget for reseptordninga.³⁹ Prosent. N=100.

I alt 100 av deltakarane som svara i andre runde, har konkretisert kva sider ved reseptordninga dei har opplevd som vanskeleg. **Den viktigaste grunnen var sjukdom og ulike former for helseproblem** (42 prosent). Det er ikkje unaturleg at helseproblem skapar vanskar for mange av reseptbrukarane, så lenge dei har gått inn på ordninga med utgangspunkt i slike vanskar. For nokre har til dømes helseproblema vorte større i perioden, noko som har gjort det vanskelegare å følgje ordninga enn opphavleg tenkt. Andre har teke ein operasjon eller fått ei skade, som har sett dei ute av stand til å følgje ordninga. Mange nemner berre sjukdom som grunn, utan å spesifisere nærare, medan andre peiker på konkrete plager: – *Har kols, så eg må trene etter mitt nivå,* – *Sykdom, slik at jeg ikke fikk lov av legen,* – *Avbrudd på grunn av kirurgisk inngrep,* – *Ryggplage, tung pust, tung i kroppen,* – *Angst, Skiftende psykisk helse,* – *Redsel – sosial angst- depresjon – vil ikke på grunn av dagsform.* Tilbakemeldingane frå reseptdeltakarane samsvarar i høg grad det dei ansvarlege ved mottakssentralane opplever som utfordringane i forhold til fråfall i reseptperioden (jf kapittel 6.4).

Arbeidssituasjonen har også skapt vanskar for fleire (22 prosent). Dette handlar i stor grad om at det har vore vanskeleg å få treningstidspunkta til å

³⁹ Inkluderer dei vanlegaste nemnde forholda. I fleire tilfelle er fleire svar her samla i same kategori (jf føregåande fotnote). Ved etterkategorisering vil det også være tilfeller der eit svar kan vurderast å høre inn under to svarkategoriar. Slike tilfelle må forskaren ta ei avgjerse om kva kategori som passar best. Arbeidssituasjon og Tidspunkt for trening er eksempel på kategoriar som ligg nær kvarandre.

passe med arbeidssituasjonen, i tillegg til at jobben tek så mykje tid at ein ikkje har overskot eller tid til å følgje opp reseptordninga like mykje som ein tenkte eller ønskte. Det at jobbsituasjonen endrar seg, kan også gjere gjennomføringa av reseptperioden vanskelegare. Når ein tek til i ny jobb, vil det til dømes kunne vere vanskelegare å be om fri enn om ein har eit etablert forhold til arbeidsgivar. For andre kan det vere vanskeleg å be om fri til å trene etter lang tids sjukemelding. Grunngevingane er ofte i stikkord og kort formulerte: *Skiftarbeid, Arbeidstid (turnus), Tidspunkt – på dagtid, At det skjer i kontortid, Enkelte møter måtte prioriteres foran, Kurs på jobben, Sliten etter jobb, Avvikling av egen bedrift.* Ein del stader er det lagt betre til rette for at dei som er i arbeid også kan følgje treningar i arbeidstida. Dei som får resepten får då også ei delvis sjukmelding, slik at dei kan ta fri frå arbeid for å følgje treningane. Sjukmelding kan vere ein føresetnad for deltaking: *Hvis jeg ikke hadde vært sykmeldt, hadde tidspunktet ikke passet.* Enkelte arbeidsgivarar legg også til rette for at reseptdeltakarane kan følgje reseptordninga, medan det er vanskelegare å få gjennomslag for dette hos andre. Vilkåra for å kombinere jobb og reseptordninga kan såleis variere frå kommune til kommune.

Andre forhold som blir nemnde er omsorgsoppgåver, tidspunkt for trening, reiseavstand, motivasjon og andre aktivitetar.

Motivasjon kan vere ei stor utfordring for fysisk aktivitet. Reseptordninga skal motivere dei som har vanskar med å motivere seg sjølv. Det er likevel **berre sju prosent som nemner at mangel på motivasjon har skapt vanskar for deira deltakinga i reseptordninga.** Når ein først er i gang som reseptdeltakar, synest såleis ikkje motivasjonen vere den største utfordringa.

Refleksjonar rundt kva som gjer det vanskeleg å følgje opp ordning resulterer på ingen måte nødvendigvis i at treningane blir følgt opp. Ei kvinne som opplevde ”dørstokkmila” som vanskeleg, hadde delteke på teninga heile reseptperioden og grunn gav dette på følgjande måte: *P.g.a helsa og trives med å trene egentlig.* Dørstokkmila var tydelegvis overvunnen, i alle høve i reseptperioden. Utfordringane kan vere større og sjå annleis ut når reseptperioden er avslutta.

7.3 Avslutning

Tilbakemeldingane frå brukarar som har gjennomført reseptperioden er svært positive. Det er tydeleg at reseptordninga har betydd mykje for mange. Særleg framhevar respondentane det å bli del av ei gruppe og det fellesskapet dette gir. Mange av reseptdeltakarane er ute av arbeid og for desse vil ordninga kunne tene eit sosialt behov. Gruppa synast å fungere som ei positiv forplikting, som kan vere ein inspirasjon til å stille på trening. Erfaringane frå dei kommunane som har prøvd ut gruppetrening tyder difor på at slik gruppeaktivitet er velegna for å arbeide med endring av levevanar.

Av forhold som har gjort det vanskeleg å følgje reseptordninga blir særleg sjukdom og helseproblem framheva, noko som ikkje er overraskande ut frå at mange har gått inn i ordninga nettopp grunna helseplager.

Kapittel 8 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. Dette gjeld både i forhold til fysisk aktivitet, røykeslutt og kosthald. Gjennom reseptperioden frå brukarane tett oppfølging. Når resepten er avslutta, vil oppfølginga den enkelte får variere. Dei som har gått kosthaldskurs eller røykesluttkurs kan ta med seg nye vanar vidare, eller falle tilbake til gamle. Det same gjeld fysisk aktivitet. Resepten kan ha vore vegen over i anna organisert trening for enkelte. Andre trenar kanskje vidare på eiga hand. 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.

8.1 Fysisk aktivitet

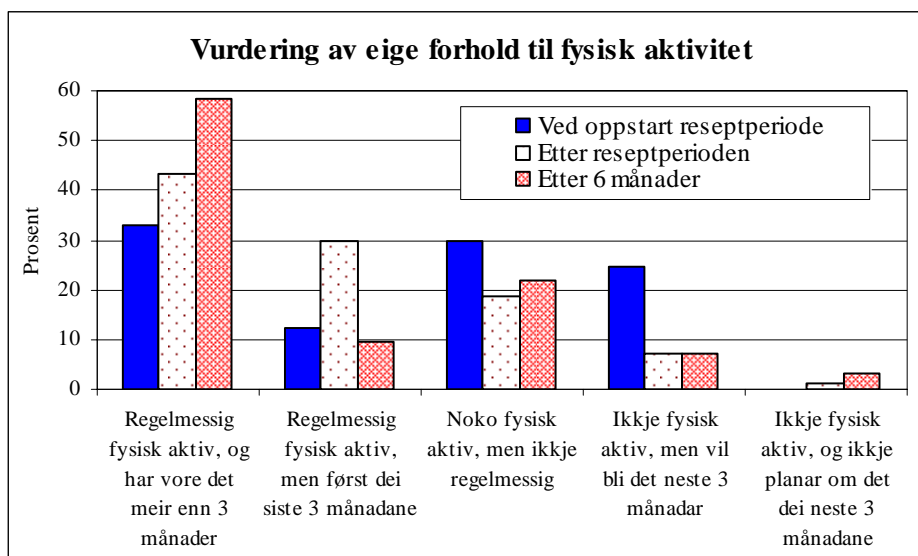
Alle reseptdeltakarane har hatt eit tilbod om oppfølging for å kome i gang med fysisk aktivitet i løpet av reseptperioden. Vi har alt sett at ein del alt var regelmessig fysisk aktive eller var i ferd med å legge om levevanar før reseptstart. Ordninga fanga såleis ikkje opp berre personar som var inaktive. Blant reseptdeltakarane var også enkelte som av ulike grunnar hadde behov for å kome vidare i ein endringsprosess som alt var i gang. Somme var i ein oppstartfase og følte at dei trengt hjelp til å kome vidare. Andre hadde tidlegare vore fysisk aktive, men var på grunn av skade eller sjukdom i ein situasjon der dei hadde behov for oppfølging for å finne aktivitet tilpassa eigen helsetilstand. Reseptdeltakarane kan såleis ha ganske forskjellige utgangspunktet for å kome i gang med fysisk aktivitet ved reseptstart.

Sjølv om relativt mange av reseptdeltakarane alt var regelmessig aktive ved reseptstart (jf kapittel 6.1), 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**. Både dei som hadde vore aktive i meir enn tre månader og dei som var inne i sine første tre månader med regelmessig aktivitet vart vesentleg fleire.
- 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. Dei fleste av desse har no vore aktive i relativ lang tid, men enkelte har først kome i gang med overgangen til meir regelmessig fysisk aktivitet siste del av perioden.

- 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 karakteriserer seg sjølve som fysisk aktive (Sosial- og helsedirektoratet 2007).⁴⁰



Figur 8.1. Vurdering av eige forhold til fysisk aktivitet ved start på, i etterkant av og seks månader etter reseptperioden (Ved oppstart reseptperiode N=97. Etter reseptperiode N=97. Etter seks månader N=96).

Relatert til stadiemodellen (jf kapittel 1.4), viser figuren at det har skjedd ei klar forskyving av dei tidlegare reseptdeltakarane frå stadium 2 (inaktive som er motiverte for å endre levevanar) og stadium 3 (dei som ikkje er regelmessig aktive) til dei to øvste stadia, det vil seie der ein alt har lagt om eigne levevanar. Dette er også i samsvar med funn frå ein eigen studie gjennomført i prosjektkommunane i Nordland og Buskerud (Blom 2008). Her blir det påvist ein klar auke i andel reseptdeltakarar som trena minst tre timar i veka etter

⁴⁰ 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.

reseptperioden (frå 22 til 64 prosent). Fleirtalet av reseptdeltakarar (77 prosent) hadde også gått frå eit lågare til eit høgare stadium i stadiemodellen.⁴¹

Endringane i vårt eige materiale 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.⁴² **Så sjølv om tal reseptdeltakarar som var regelmessig aktive hadde gått litt ned i denne siste perioden, hadde andre auka frekvens på sin aktivitet.**

Som kjent frå tidlegare kapittel, har reseptdeltakarane i **Oppland** følgd eit opplegg der ein har vore særleg opptekne av å **legge til rette for å gjere overgangen mellom reseptperioden og aktivitet i etterkant lettast mogleg.** Dette er gjort ved å gjennomføre reseptperioden i tilknytning til eit ordinært treningstilbod. **Spørsmålet er om dette viser att i aktivitetsnivået hos dei tidlegare reseptdeltakarane i Oppland?**

I gjennomsnitt var reseptdeltakarane frå Oppland noko meir aktive før resepten jamført med dei samla tala frå 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 sett under eitt 1,9. I tida fram til siste registreringspunkt, det vil seie seks månader etter reseptslutt, auka den gjennomsnittlege treningsintensiteten noko meir enn 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. Dermed ser det ut til at **begge modellane, både den Oppland har følgd og den dei andre fylka har følgd, har medverka til eit relativt høgt aktivitetsnivå i perioden etter at reseptordninga var over for den enkelte.**

Når vi ser at reseptordninga fører til auka fysisk aktivitet, er dette i samsvar med erfaringar til dømes frå Sverige (Kallings 2008). I det svenske tilfelle er det påvist at gjennomsnittleg aktivitet per veke auka og at stillesitting blant reseptdeltakarane blir redusert. Tala frå dei fire norske fylka viser at reseptdeltakarane har oppretthalde eit rimeleg høgt nivå på eigen aktivitet, sjølv seks månader etter at reseptperioden var over. Dette er litt overraskande, mellom anna sett i forhold til korleis reseptdeltakarane sjølve vurderte dei utfordringane dei sto overfor ved reseptslutt. Av dei som peikte på konkrete utfordringar, var motivasjon den mest nemnde. Ein av deltakarane som nettopp hadde avslutta resepten uttrykte følgjande: *Jeg må innrømme at når jeg nå må gjøre ting på egenhånd er det ikke like lett. Jeg savner den motiverende gruppa.* Det å avslutte reseptperioden betyr ein ny situasjon for mange. Ein kan forvente

⁴¹ Blom peikar på at låg svarprosent har vore ei utfordring for denne undersøkinga.

⁴² Det er overraskande at dette talet stig i etterkant av reseptperioden. Endringane er likevel små.

mindre personleg oppfølging, også for dei som har kome inn i organisert aktivitet. Andre går over til å trene aleine. Ei kvinne midt i livet som ønskjer meir trening innanfor reseptordninga, oppsummerar utfordringane på ein måte som speglar mykje av det andre også opplever i forhold til utfordringar med å halde motivasjonen etter reseptperioden. Ho nemner tre punkt: *Sette fast treningstidene aleine – ork til å trene – mangler ledere til å finne på aktiviteter/passe på at det jeg gjør er riktig.*

Reseptordninga har ein fast struktur, med treningstider, innhald og oppmøtestad. Evalueringa av reseptordninga i København kommune viser at ein slik fast struktur er viktig for brukaren (Roessler m. fl. 2007). Dei norske reseptdeltakarane opplever det same (jf kapittel 7.2). **Spørsmålet er om reseptdeltakarane også i etterkant av resepten kan gjere seg nytte av støttande strukturar som gjer overgangen frå reseptordninga lettare.** Og den andre sida av dette spørsmålet: **Kva med dei som ikkje har greidd å kome inn i eit mønster med regelmessig aktivitet, er det mangel på støttande strukturar eller andre forhold som er utslagsgivande for dei?**

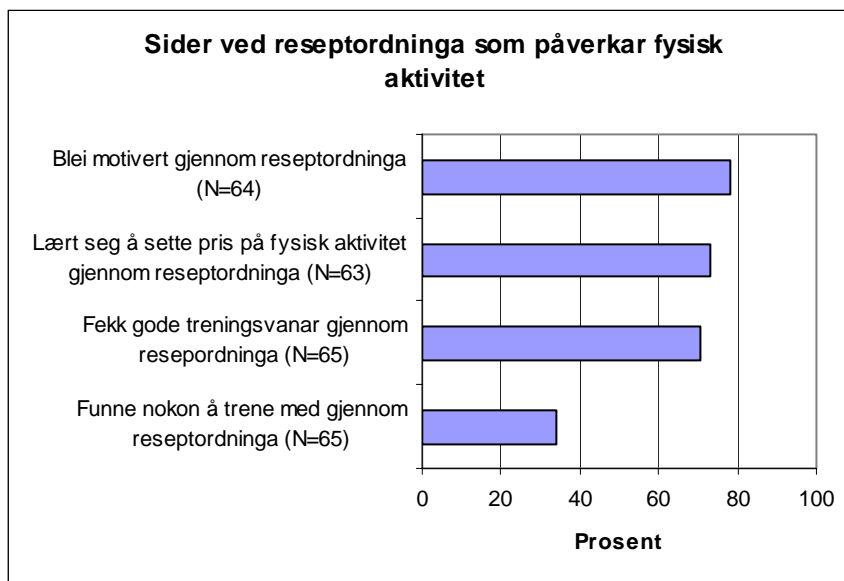


Figur 8.2. Vurdering av forhold som har medverka til at ein ikkje er regelmessig fysisk aktiv seks månader etter at reseptperioden vart avslutta. Prosent av dei som ikkje er regelmessig fysisk aktive.

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.

Mangel på støttande strukturar kjem som dei neste på lista over forhold som har medverka til at tidlegare reseptdeltakarane ikkje er fysisk aktive. Det gjeld manglande treningstilbod (23 prosent opplever det som ein av grunnane til at dei ikkje er regelmessig fysisk aktive), mangel på andre å trene saman med (18 prosent nemner dette) og kostnadane i samband med trening (18 prosent nemner dette). Kombinasjonar av desse tre grunnane er ikkje uvanleg. Summert opp er det difor 33 prosent som har nemnt eitt, to eller alle tre av desse tre alternativa. 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. Derimot har dei som er aktive, 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.



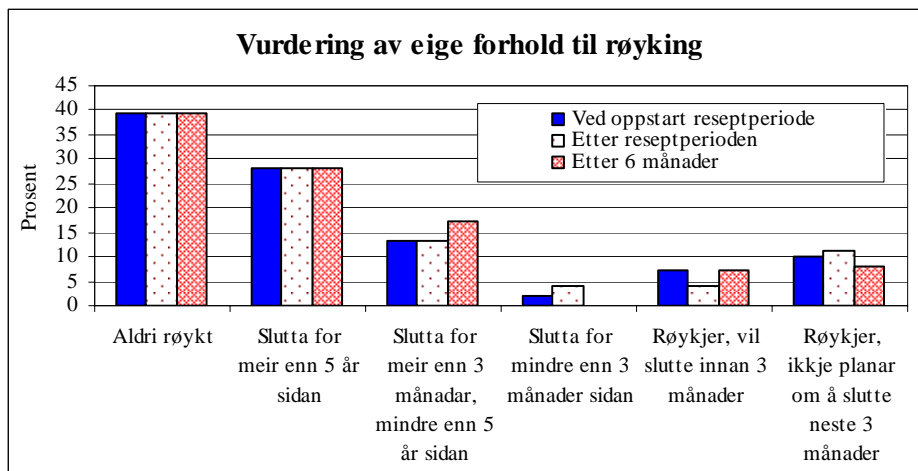
Figur 8.3. Vurdering av sider ved reseptordninga som har medverka til at dei er regelmessig fysisk aktiv seks månadar etter reseptperioden. Prosent av dei som er regelmessig fysisk aktive.

Dei tidlegare reseptdeltakarane gjer seg nytte av ulike treningstilbod. Mest vanleg er å bruke tilbod organisert gjennom kommunen, til dømes gjennom fysaksentralane. 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. Enkelte kombinerer ulike tilbod, ved til dømes å både vere med i tilbod i regi av kommunen og på treningsstudio. For enkelte har reseptordninga også inspirert til etablering av sjølvgåande grupper. Det er såleis elleve prosent som er med i ei eiga gruppe som er danna med utgangspunkt blant tidlegare reseptdeltakarar etter at reseptperioden for deira del er over.

Vi har alt slått fast at det å delta på reseptordninga gir auka fysisk aktivitet. Det er såleis ikkje overraskande at mange også gir uttrykk for at dei opplever at reseptordninga har vore til hjelp med å kome i gang med slik aktivitet (figur 8.3). 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. Ut over dette opnar resepten for å utvide eigne nettverk. I alt 34 prosent opplever at dette hadde hjelpt dei til å oppretthalde eigen aktivitet.

8.2 Røykeslutt og endring av kosthald

Reseptordninga har teke mål av seg å legge til rette for ei ordning som integrerer tiltak for å motivere utsette grupper til å endre levevanar både når det gjeld fysisk aktivitet, røyking og kosthald. Vi har likevel sett at fysisk aktivitet jamt over har fått meir merksemd i arbeidet enn dei andre områda (jf kapittel 4.5 og kapittel 7.2). Det er fleire grunnar til dette. Enkelte av fylka har aktivt valt å konsentrere innsatsen om fysisk aktivitet. Dei som har hatt hovudansvaret for ordninga lokalt, har ofte utdanningar som primært gir kompetanse om fysisk aktivitet (jf kapittel 4.5). Tilgang til ekstern kompetanse på området røyking synast også vere ei utfordring i somme kommunar. Fleire av dei som er ansvarlege for ordninga lokalt har også uttrykt prinsipiell skepsis til å introdusere for mange tema på ein gong. Det blir ofte gitt uttrykk for at fysisk aktivitet er eit naturleg startpunkt. Deretter kan kosthald og røyking reisast som tema i løpet av reseptperioden, både i samtalar på trening, som eigne tema i eigne samlingar eller gjennom tilbod om kurs.

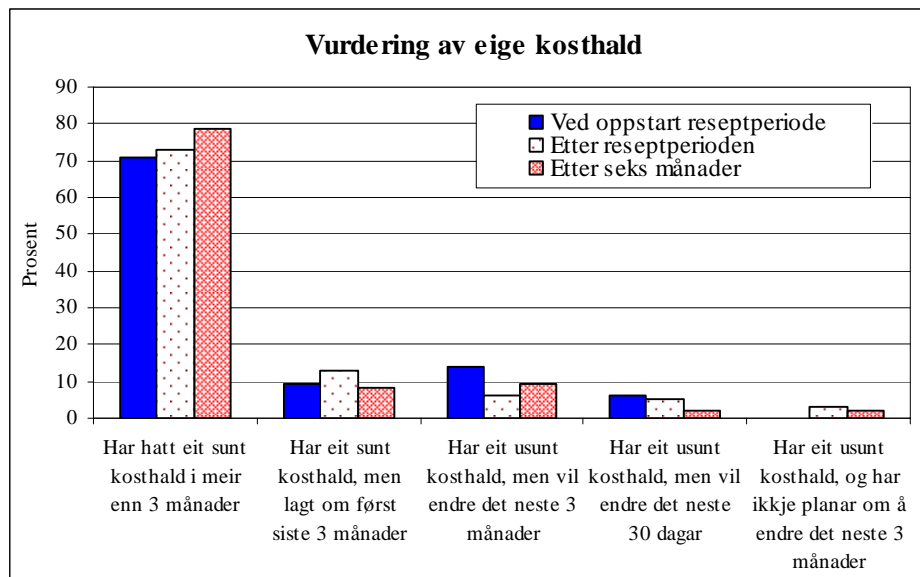


Figur 8.4. Vurdering av eige forhold til røyking ved start på, i etterkant av og seks månader etter reseptperioden (Ved oppstart reseptperiode N=97. Etter reseptperiode N=97. Etter seks månader N=96).

Uansett er det små endringar i vurderingane av eige forhold til røyking blant reseptdeltakarane i løpet av perioden frå reseptstart og fram til seks månader etter at reseptperioden var over. Andelen ikkje-røykarar har auka med knappe to prosentpoeng. Det var vidare ein svak nedgang i gjennomsnittleg røykte sigarettar i reseptperioden. Etter reseptperioden har gjennomsnitt røykte sigarettar igjen auka litt. Derimot er det mange av reseptdeltakarane som har slutta å røyke lenge før dei kom med på reseptordninga. Realtert til stadiemodellen (Prochaska og DiClemente), har fleirtalet av reseptdeltakarane vore gjennom ein endringsprosess. Samstundes er det ei større utfordring i forhold til å nå fram til dei som framleis røykjer. Å nå fram med motivasjonsarbeidet er ei utfordring som følgje av at det blant røykarane er mange som ikkje er motiverte for endring, det vil seie at dei er på stadie 1 i modellen.

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.⁴³ Endringane er likevel små.

⁴³ Kommentrarar 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 eigentleg 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.



Figur 8.5. Vurdering av eige kosthald ved start på, i etterkant av og seks månader etter reseptperioden (Ved oppstart reseptperiode N=97. Etter reseptperiode N=97. Etter seks månader N=96).

8.3 Beta livskvalitet og helse?

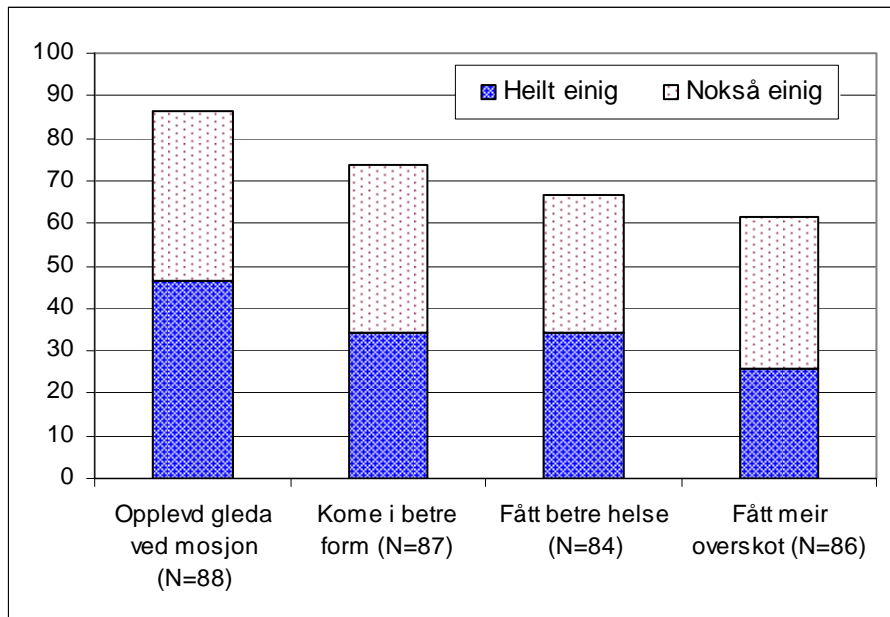
Ein viktig føresetnad for å utvikle modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald, er at dette blir vurdert som eit viktig tiltak for å auke livskvaliteten og betre helsa for ein del av befolkninga som sjølve har vanskar med å endre eigen levemåte i ein sunnare retning. Kallings (2008, 40) har til dømes registrert endringar i livskvalitet og fysisk helse blant svenske reseptdeltakarar etter seks månader i reseptordninga. Om reseptordninga aukar livskvaliteten og betrar helsa til den enkelte er spørsmål som ligg utanfor rammene av vår evaluering. Ein skikkeleg gjennomgang av desse spørsmåla krev eigne tilpassa forskingsopplegg.

Vi har likevel presentert deltakarane på reseptordninga for nokre enkle spørsmål i forhold til korleis dei opplever ulike sider ved eigen livskvalitet og eiga helse seks månader etter at eigen reseptperiode var slutt. Reseptdeltakarane vart utfordra til å sjå dette i forhold til situasjonen slik dei opplevde den før dei kom med på reseptordninga.

- I alt **86 prosent** av dei som fullførte reseptperioden rapporterer at dei har opplevd **gleda ved mosjon** gjennom deltaking i ordninga.
- Det er også ei klar oppleving at deltakinga på reseptordninga har medverka til at den enkelte er i **betre form** seks månader etter reseptslutt, jamført med situasjonen før dei fekk resepten. Det er rimeleg å tenke seg at det her er ein nær samanheng mellom det å kome i form og oppleve gleda ved mosjon. I

alt **74 prosent** seier at dei er i betre form jamført med kva dei var før dei tok til i reseptordninga.

- Også i forhold til eiga helse opplever eit klart fleirtal effekt av deltaking på ordninga. Det er såleis **67 prosent** som melder at dei opplever at dei har fått **betre helse** som følge av opplegget.
- Det er også mange som gir uttrykk for at dei har fått **meir overskot** gjennom å ha vore med i ordninga. I alt **61 prosent** opplever det slik.



Figur 8.6. Opplevde endringar i "livskvalitet" frå reseptstart til seks månader etter reseptslutt. Prosent.

I tillegg til dette er det **47 prosent** som opplever at dei har **fått nye vener** gjennom deltaking på resepten, **43 prosent** har fått **løyst spenningar og stress i kroppen** jamført med slik dei opplevde eigen situasjon ved reseptstart og **34 prosent** gir tilbakemelding om at dei har **gått ned i vekt**.⁴⁴

Mange deltakarar på reseptordninga opplever at deltakinga på resepten har gitt ein helsegevinst. Deltakarane vart utfordra til å ta stilling til i kva grad dei opplevde endringar i eiga helse med tanke på meir spesifikke forhold som blodsukker, blodtrykk og kolesterol. Dette er indikatorar, der reseptbrukarane får konkrete tilbakemeldingar frå eigen lege, utan at vi gjennom ein slik måte å måle det på kan vurdere dei konkrete endringane. I tilbakemeldingane seks

⁴⁴ Spørsmåla er stilt slik at dei som ikkje opplever spørsmålet som relevant, ikkje skal svare på det. Dersom overflødige kilo ikkje er noko aktuelt tema for enkelte, svarar dei ut frå dette, slik at dei blir halde utanfor analysen når det gjeld akkurat dette spørsmålet.

månader etter at reseptperioden var slutt, gav dei tidlegare reseptdeltakarane uttrykk for følgjande erfaringar:

- Av dei 49 reseptdeltakarane som opplevde spørsmålet om blodtrykk som relevant, var **51 prosent** einige (22 prosent heilt og 29 prosent nokså einige) i at dei hadde fått **senka blodtrykk** samanlikna med situasjonen før reseptordninga.
- Av dei 47 reseptdeltakarane som opplevde spørsmålet om blodsukker som relevant, var **57 prosent** einige (21 prosent heilt og 36 prosent nokså einige) i at dei hadde fått **stabilt blodsukker** samanlikna med situasjonen før reseptordninga.
- Av dei 37 reseptdeltakarane som opplevde spørsmålet om kolesterol som relevant, var **43 prosent** einige (19 prosent heilt og 24 prosent nokså einige) i at dei hadde fått **nedsett kolesterol** samanlikna med situasjonen før reseptordninga.

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.⁴⁵ Av desse er det berre **16 prosent** som var einige (2 prosent heilt og 14 prosent nokså einige) i at dei hadde **reduisert 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.

I de kvalitative intervjuer er tilbakemeldingane frå mottakssentralane og brukarane jamt over at dei opplever helsetilstanda som betre ved slutten av reseptperioden samanlikna med då dei starta. Kva som ligg til grunn for den enkeltes vurdering av helse kan variere. Det kan vere fysiske mål som vekt, kondisjon, styrke og blodtrykk. Det kan også vere meir udefinerte storleikar som overskot, livsglede og trivsel. **Wonca-testar mot slutten av reseptperioden viser i mange tilfelle ei auke** på ein del slike parametre. I ein del kommunar blir det likevel trekt fram at det aller viktigaste er at brukaren sjølv opplever å ha fått betre helse. Ein respondent på ein mottakssentral ordla seg slik:

Kanskje har de ikke gått ned i vekt og så videre, men de føler seg bedre. Det er ofte det som betyr noe i forhold til om de for eksempel går tilbake i jobb. Det er mer det som påvirker enn den fysiske formen.

⁴⁵ I alt 36 brukte svarkategorien "passar ikkje" på dette spørsmålet. Ein del av desse kan ha valt dette svaret fordi dei ikkje tek medisin.

8.4 Avslutning

Vi har tidlegare sett at tiltru til at ein sjølv kan medverke i endring av eigen situasjon er viktig i forhold til å halde motivasjonen oppe over tid. Kunnskap og livskvalitet er i så måte svært viktig og er nært knytt til kvarandre. Kunnskap om korleis kroppen reagerer, om turmoglegheiter og oppleving av glede ved å mosjonere er eksempel på dette. Sentralt er det også å styrke sjølvtiliten til dømes i forhold å klare å trene i regnvêr og i ei treningsgruppe. Evalueringa dreier seg difor også om desse forholda. Tre månader er kort tid for endring av levevanar. Det er difor naudsynt at ordninga er i stand til å starte prosessane hos deltakaren, slik at han eller ho kan fortsette arbeidet med endring og til slutt greie å oppretthalde dei nye levevanane i etterkant.

Det er interessant å merke seg at reseptdeltakarane opplever at eiga deltaking i reseptordninga verkar positivt på både livskvalitet og helse. 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.

Erfaringane frå evalueringa peikar i retning av at det skjer ei klar auke i fysisk aktivitet blant reseptdeltakarane. Dei som fullfører reseptperioden er også i langt større grad fysisk aktive seks månader etter at reseptperioden er over, enn dei som ikkje fullførte eigen reseptperiode. Derimot har deltaking på resepten i liten grad ført til røykeslutt og endring i kosthald, noko som stadfestar inntrykket av at reseptordninga i stor grad er konsentrert omkring fysisk aktivitet.

Kapittel 9 Erfaringar og 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 ordninga i praksis og legar som har erfaring med ordninga frå eigen kommune. I dette siste kapitlet blir desse erfaringane oppsummert. Det blir lagt vekt på å få fram dei utfordringane som er avdekka i evalueringa og som ein må ta nærare stilling til om ordninga skal bli noko meir enn ei prøveordning i nokre få kommunar. Somme av desse momenta blir berre løfta fram som aktuelle, medan andre blir drøfta i større breidde.

9.1 Reseptordninga og brukarane - erfaringar

Målsettinga med reseptordninga er at den skal legge grunnlag for at brukarane skal kunne endre egne 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. I tillegg til at ein del reseptdeltakarar alt var i ferd med å bli meir aktive ved reseptstart, vart resepten eit startskot for meir aktivitet for tidlegare inaktive.

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

- I vår eigen studie av brukarane har vi sett på fråfallet blant dei som alt har starta på resepten. I denne gruppa er ofte sjukdom og helseproblem som blir oppgitt som grunn til manglande fullføring av reseptperioden.

I tillegg til dette er det etter alt å døme fleire forhold som både påverkar rekrutteringa til ordninga og som også kan gi større fråfall undervegs i reseptperioden.

- 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. Enkelte tilbyr både informasjon og kurs om røykeslutt og kosthald, medan begge tema også på ulike måtar kan inngå som ein integrert del av det opplegget som reseptgruppene tilbyr.

- 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. Derimot er det mange av reseptdeltakarane som har slutta å røyke lenge før dei kom med i ordninga.
- 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 utgjer målgruppa for ordninga. 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.

9.2 Reseptordninga og brukarane – drøfting

Eigne grupper?

Svak deltaking blant menn, personar med minoritetsbakgrunn, overvektige og psykisk sjuke aktualiserer spørsmålet om tilbodet i større grad må innrettast i forhold til at ulike grupper har ulike behov. Dette både for å styrke rekrutteringa til ordninga og for å klare å halde dei som alt har fått resepten inne i ordninga

under reseptperioden. Enkelte overvektige kan til dømes ha negative opplevingar fordi dei har vanskar med å følgje opplegget i gruppetreninga. Det kan vere tungt å vere den som alle ventar på når gruppa er på tur, sjølv om opplegget i gruppa er lagt opp med tanke på å ta vare på personar med ulike føresetnader for fysisk aktivitet. Er då alternativet eigne grupper basert på at deltakarane stiller med forskjellige utgangspunkt?

Det er ulike erfaringar med spesialiserte grupper. I MoRo-prosjektet (Mosjon på Romsås) hadde ein gode erfaringar med eigne grupper for kvinner med minoritetsbakgrunn (Lorentzen m. fl. 2005). Også erfaringar frå Danmark (Müller m. fl. 2007) viser at det i nokre tilfelle kan vere føremålsteneleg med separat gruppetrening for kvinner og menn. Kristiansand lukkast derimot ikkje i sitt forsøk på å opprette ei eiga gruppe for menn (gruppe uavhengig av etnisk bakgrunn). Det var få som melde interesse for å delta i denne gruppa.

Oppretting av spesialiserte grupper er ikkje minst eit kostnadsspørsmål. Legg ein ressursar inn på å opprette fleire grupper i same kommune, kan dette resultere i at sentralen har mindre ressursar til oppfølging ved fråfall eller til oppfølging i etterkant av reseptperioden. I mindre kommunar vil det også vere eit spørsmål om ein har befolkningsgrunnlag som er tilstrekkeleg stort til å ha forskjellige grupper. Ein del små kommunar kan ha vanskar med å rekruttere nok deltakarar til å få opprette ei velfungerande gruppe. Då vil det vere umogleg å tenke seg fleire grupper. Gruppedynamikken er viktig og kan bli borte om gruppene blir mindre og meir einsarta. Det er truleg nettopp gjennom etablering av robuste grupper, der deltakarane inspirerer kvarandre og danner nettverk, at den dynamikken som både gruppeansvarlege og reseptbrukarar opplever ligg.

I kva grad spesialisert grupper kan vere føremålsteneleg, vil etter alt å døme også avhenge av konteksten. Til dømes på Romsås (MoRo-prosjektet), ein bydel med sær mange innvandrarar, var opprettinga av spesialiserte grupper truleg eit naudsynt grep for å få desse med i ordninga.

Integrasjon av røykeslutt og kosthald – steg for steg?

Forholdet mellom fysisk aktivitet, kosthald og røykeslutt som temaområde for reseptordninga, er eit spørsmål både om tilgang på kompetanse og korleis ein kan organisere seg for å gi plass til å sjå dei tre i samanheng. Utfordringa i forhold til det siste spørsmålet ligg først og fremst i at det kan bli tungt dersom reseptdeltakaren skal prøve å endre levevanar på fleire område på same tid. Dette har mellom anna vore løyst ved å bruke fysisk aktivitet som ein start, for seinare å følgje kosthald og røyk nærare opp. Dette kan etter alt å døme vere føremålsteneleg om ein vil nå fram til dei gruppene som har størst problem med å endre levevanar. For denne gruppa vil eit første steg faktisk vere å møte opp, føle verknadane av å vere aktiv, få auka kunnskap og bli ein del av ei gruppe. Erfaringane peikar i retning av at deltaking i reseptgruppa har gitt overskot til og interesse for å arbeide med andre levevanar. Eit eksempel er at spørsmål om

røyking eller kosthald blir aktualisert for den enkelte når reseptdeltakaren blir meir tungpusta i motbakkane enn andre i gruppa.

Fysisk aktivitet er eit velegna utgangspunkt og ein inngang til andre spørsmål om levevanar. Det er likevel nødvendig at det er ein klar plan i forhold til korleis ein kan jobbe for å sikre ein integrasjon av andre temaområda. Her vil strategiar for å sikre tilgang på nødvendig kompetanse vere sentralt.

Det er likevel eit spørsmål om ein har lukkast med dei tiltaka som har vore prøvd ut i forhold til røykeslutt og kosthald. Det er i alle høve eit par indikasjonar i datamaterialet vårt på at ein ikkje i tilstrekkeleg grad er i mål på desse områda. Ein slik indikasjon er at brukarane rapporterer om relativt små endringar når det gjeld røykeslutt og kosthald. Motsvaret til dette kan vere at det er også relativt få av reseptdeltakarane som opplever eige kosthald som usunt, samstundes som mange har stumpa røyken tidlegare. Dermed er potensiale for endring også mindre. Potensiale for endring er likevel ikkje fråverande. Ein annan indikasjon på om ein har lukkast eller ikkje med dei tiltaka som har vore prøvd ut i forhold til røykeslutt og kosthald, er at mange av dei som i første helsesamtale planla eit opplegg anten for å endre kosthald eller røykevanar, ikkje følgde dette opp ved å gjennomføre røykeslutt- eller kosthaldskurs. Det er etter alt å døme ein veg å gå før ein har ei reseptordning der ein i praksis greier å integrere både fysisk aktivitet, røykeslutt og kosthald.

9.3 Utvikling av reseptordninga – erfaringar

Reseptordninga har vore prega av ei utvikling der det har vore lagt til rette for ei lokal forankring og tilpassing av ordninga 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 ordninga skal få større legitimitet.

Reseptordninga krev ressursar. Kommunane som har arbeidd med å utvikle ordninga har hatt tilgang på økonomiske midlar i utviklingsfasen. Enkelte mottaksentralar har også ein avklara situasjon framover, medan andre ikkje har det. Ei ordning som skal dekke alle kommunar, vil krevje ressursar både til utvikling og drift. Kommunar som skal starte opp ordninga vil kunne bygge på erfaringar som alt er gjort i dei kommunane som er i gang. Det vil likevel vere behov for ein utviklingsfase i kvar enkeltkommune, der arbeidet med forankring av ordninga vil vere sentralt, før ei ordning som dette er i ordinær drift.

9.4 Utvikling av reseptordninga – drøfting

Nasjonale føringar

”Det finns i dag ingen exact arbetsmetod som kan kopieras och användas generellt, utan Far-verksamheten måste anpassas för de lokala förutsättningarna (Kallings og Lejon 2003:10)”.

Noko av styrken i organiseringa av den reseptordninga kommunane og fylka har prøvd ut, ligg i gode lokale tilpassingar. Dette kan sikre god forankring lokalt. Desse lokale tilpassingane er difor viktige å ta med seg inn i ei eventuell driftsfase. Geografiske karakteristika, lokalt helsetilbod og potensielle aktivitetsstader er tre forhold som vil variere mellom kommunane. Sjølv om det er viktig å gjere gode lokale tilpassingar bør ein også sjå etter opningar for samordning. Ei felles nasjonal overbygging er truleg viktig for å sikre ordninga gjennomslagskraft.

Lansering av eit felles namn for ordninga vil i så måte vere føremålsteneleg dersom ordninga skal lanserast som ei nasjonal satsing. I dag er det ulike namn på ordninga mellom fylka og i nokre tilfelle også innan eit enkelt fylke. Ordninga går under ni ulike namn i dei fylka som er representerte i evalueringa. I ein nasjonal driftsmodell av ordninga vil ein vere tent med å nytte eintydige omgrep, som alle kjenner innhaldet i. Det er truleg ikkje noko motsetnad mellom bruk av eit sett ”nasjonale omgrep” og det å sikre lokal forankring og tilpassing.

Det har vore utveksla erfaringar, både mellom fylke og mellom kommunar, som ein del av det utviklingsarbeidet som er gjennomført. Modum kommune har for mange vore ein referansekommune. Det har også i høg grad vore samordning av arbeidet mellom Buskerud og Nordland. Før lanseringa av ei eventuell nasjonal satsing på reseptordninga vil det truleg vere nyttig å arbeide for ytterlegare samordning. Naturlege område i så måte kan vere; felles malar som eit grunnlag for helsesamtale, standardiserte elektroniske løysingar for å gjere bruken av resepten lettare for tilvisar og informasjonsmateriell som tek opp felles rammer for ordninga.

I overgangen frå prosjekt til ein eventuell driftsfase er det også viktig at Helsedirektoratet er ein synleg aktør. I prosjektfasa fram til no har direktoratet hatt ein rolle som fagleg rådgjevar og koordinator. Fylkesnivået, saman med nokre kommunar, har hatt ei liknande rolle. Dette har vore mogleg fordi det til no er få fylke som har deltatt i ordninga. Kompetansen som er bygd opp i desse fylka og kommunane kan nyttast vidare, men Helsedirektoratet må naturleg nok ha ei synleg rolle. Dette er også viktig i forhold til å sikre at alle dei tre elementa fysisk aktivitet, røykeslutt og kosthald blir sikra plass i ordninga.

Samspel mellom nivåa

Kompetansen på mottakssentralane er ikkje likeleg fordelt på dei tre temaområda fysisk aktivitet, kosttrettleiing og røykeslutt. Kort oppsummert er mottakssentralane godt utrusta i forhold til fysisk aktivitet, ikkje like bra utrusta i forhold til kosthald og relativt svakt utrusta i forhold til røyking. Eit sentralt spørsmål er kor mykje kompetanse tilsette på mottakssentralane skal ha innan dei tre temaområda? Er det realistisk at kvar mottakssentral skal ha god kompetanse på alle dei tre temaa fysisk aktivitet, kosttrettleiing og røykeslutt? Og i kva grad vil ein kunne sikre god kompetanse innan dei tre felta også i små kommunar?

Leijon og Jacobsen (2006) framhever utviklinga av nettverksarbeid som svært viktig i den svenske modellen av reseptordninga. Aktiv nettverkbygging er faktisk eit av kriteria for å få tilskot gjennom ordninga Mål & Mått. Erfaringane er henta frå Östergötland, der aktiviteten er organisert på liknande måte som i Oppland, det vil seie med aktivitet utanfor sentralen. Utvikling av gode nettverk

synest å vere eit sentralt stikkord her. Dette gjeld både nettverkssamarbeid mellom dei såkalla Vårdcentralane og mellom aktivitetsarrangørar. På denne måten sikrar ein at spreiding av informasjon og kompetanseutvikling er satt i system. Også på Vårdcentralen vil det i mange tilfelle vere komplementær kunnskap. Fagpersonane ved Vårdcentralen vil ofte vere legar, sjukepleiarar (ofte spesialiserte), ernæringsfysiologar og organisasjons- og helserådgivarar (beteendevetare). Kombinasjonen av fagfolk gir god kompetanse på sentralen og samstundes som nettverka mellom sentralane gir tilgang på breiare kompetanse enn kvar enkelt har for seg sjølv.

Fleire modellar kan såleis ligge til grunn for å sikre breiare kompetanse ved mottakssentralane. Ein kan skape arenaer for kompetanseheving for dei som er tilsette ved mottakssentralane. Samstundes kan ein sikre at mottakssentralane i større grad kan knytte til seg ekstern kompetanse. I arbeidet med å knytte komplementær kunnskap opp mot sentralane vil fylkesleddet kunne ha ei sentral rolle.

Det er strukturelle forskjellar mellom det norske og det svenske helsevesenet. Potensialet for å kunne utnytte komplementær kompetanse bør likevel også kunne vurderast i norsk samanheng. Det er viktig at dei som arbeidar med ordninga ikkje sit isolert, men at det er ein god kopling til dei andre aktørane i primærhelsetenesta. Organiseringa gjennom FYSAK-sentralane er viktig i så måte. Ein måte å knyte fleire aktørar frå primærhelsetenesta opp mot ordninga kan også vere å opne opp for fleire tilvisarar.

Det kan også vere aktuelt å vurdere i kva grad ein kan nytte seg av kompetansen som er i andrelinjetenesta, altså i spesialisthelsetenesta og på sjukehusa. I denne delen av helsevesenet vil det ofte vere mange personar som kan bidra med kompetanse i forhold til røyk og kosthald. Om ein gjennomfører temasamlingar i etterkant av treninga til reseptgruppene, slik det blir gjort i Nordland og Buskerud, gir dette opning for å hente inn ekstern kompetanse. Å nytte seg av spesialistkompetanse frå andrelinjetenesta på slike samlingar kan vere ein av fleire vegar å gå.

Kurs for brukarar

Spesialisthelsetenesta kan også vere aktuelle når det skal gjennomførast eigne kurs for deltakarar på reseptordninga, til dømes ved at ein lungesjukepleiar ved sjukehuset gjennomfører røykekurs. Gitt at eigne kurs er tilgjengelege, kan ein gjennom dette oppnå ei ”forlenging av reseptperioden” og ei ytterlegare styrking av dei sosiale banda mellom deltakarane. Ved å ha kursa litt ut i reseptperioden vil ein heller ikkje overvelde brukaren med for mye i byrjinga. Ved fleire av mottakssentralane har ein erfaring med å gjennomføre kosthaldskurs eit stykke ut i reseptperioden. Dette fungerte som eit sosialt og fagleg opplegg som kunne kombinerast med hyggeleg matlaging. Dersom alle som deltek på resepten i løpet av eit år skal få tilgang til slike kurs, må det vere

ein viss frekvens på desse. Eit viktig spørsmål i vurderinga av kurstilbod er i kva grad dei forskjellige kursa i realiteten er tilgjengelig for brukarane av reseptordninga. Kor kurset blir halde, arbeidsmetode på kurset, målgruppe og pris er eksempel på faktorar som spelar inn.

9.5 Organisering av ordninga – erfaringar

Gjennom utviklingsarbeidet i reseptordninga er det etablert ein del strukturar 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. Det er mange positive tilbakemeldingar frå brukarane på organiseringa av trening i reseptgrupper. Mange opplever gruppene som fleksible og strukturerande. Det er likevel grunn til å tru at ordninga ikkje når enkelte grupper, fordi det er sider ved eit slikt treningsopplegg som ikkje passar eller fristar alle like mykje.
- Oppland følgjer ein modell der brukarane blir kanaliserte inn i ulike etablerte tilbod lokalt. Når det gjeld brukar erfaringar, har vi ikkje grunnlag for å seie om desse skil seg vesentleg ut i Oppland i forhold til dei andre fylka. Det ser ut til at Oppland i noko større grad enn dei andre fylka fangar opp yngre deltakarar. Samstundes kan det sjå ut til at terskelen for å starte på resepten er noko høgare enn i dei andre fylka. Jamt over er reseptbrukarane frå Oppland meir aktive enn andre før reseptstart, noko som kan vere uttrykk for at ein ved å velje ein slik modell rekrutterer frå ein "sprekare" del av befolkninga. Talmaterialet som ligg til grunn for desse forskjellane er lite, noko som gjer at det her er meir snakk om ei hypotese enn eit konkret funn.
- Etablering av reseptgruppene gir ein fast struktur rundt treninga for den enkelte. Mange føler seg trygge i desse gruppene og gir uttrykk for uvisse for situasjonen etter resepten. Erfaringar viser likevel at det ikkje er uvanleg at reseptbrukarane finn fram til treningsformer i etterkant av resepten der ein slepp å gå over til å trene på eiga hand. 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 kor 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 for reseptordninga krev dette stadig fornya informasjon om ordninga retta mot både tilvisarar og brukarar.

9.6 Organisering av ordninga – drøfting

Mediastrategiar

Erfaringa ved mottakssentralane er at oppslag i media gir auke i tilvisingar. Det kan likevel vere vanskeleg for mottakssentralane å nå fram i lokale media. I Modum har dei sidan januar 2008 hatt eit fast samarbeid med lokalavisa. Frisklivssentralen i Modum har vore ein viktig drivar i dette samarbeidet, men det er også oppslag frå dei andre kommunane i nedslagsfeltet til avisa. Avtalen er at ein kvar 14. dag skal ha eit innslag om lokalt folkehelsearbeid. Det er med andre ord ikkje utelukkande stoff om reseptordninga som vert dekkja. Eksempel på oppslag er artiklar om nyoppretta tilbod, tips om turalternativ, intervju med kjende i lokalsamfunnet om deira treningsvanar, samt intervju med reseptdeltakarar om deira arbeid med endring av levevanar (kosthald, røyk og fysisk aktivitet). Samarbeidet med avisa inneber at mottakssentralen medverkar til tekstmateriale og bilete. Arbeid opp mot media blir på denne måten ein del av det faste arbeidet på sentralen.

På mottakssentralen i Modum blir samarbeidet sett på som eit nyttig verkemiddel i forhold til å skape merksemd om arbeidet. Liknande samarbeid vil truleg også kunne vere nyttig i fleire kommunar. I forkant av etableringa av et slikt samarbeid kan det vere nyttig å ha ein diskusjon om kva som skal vere fokusområdet og korleis ein kan framstille dette på forskjellige og spanande måtar i media.

Eit anna utgangspunkt for å gjere ordninga meir synleg er å arbeide med nettsidene. Gode nettsider kan vere ein inngang til informasjon både for brukarar, tilviserar og media. Særleg viktig i så måte er å etablere strukturar kor relevant informasjon er synleg på tvers av lokalt og regionalt nivå. Dette gjeld både lenkestruktur og nyhende. Eksempel på det siste kan vere å vise hende frå kommunane på sidene til fylkeskommunen og i motsett tilfelle resultat frå

fylkesundersøkingar på kommunale sider. Oppland har kome eit godt stykke i å etablere god nettstruktur på regionalt nivå.

Også på nasjonalt nivå kan det synast føremålsteneleg å gjere ordninga meir synleg på nett. Dette arbeidet vil først vere mogeleg når ordninga eventuelt har fått ei nasjonal overbygning.

Bruk av tilskotsordning

Nokre av kommunane har slite med å komme i gang og med å finne ei god form på prosjektet. Eit resultat av dette har mellom anna vore at talet på tilvisningar har vore lite. Eit spørsmål er om ei strukturerande tilskotsordning kan vere eit hjelpemiddel i arbeidet på mottakssentralen.

I Kristiansand har det vore ei slik tilskotsordning. Dei tre private aktørane som har fungert som mottakssentralar har fått tilskot mellom anna basert på tal personar som møter til avslutningssamtale. I Sverige har dei hatt ei ordning kalla Mål & Mått, der mottakssentralane får tilskot etter kriteria; struktur, volum (tal på tilvisningar) og oppfølging (Leijon og Jacobsen 2006). Målet med ordninga har vore å stimulere utviklinga av sentralane og å forbetre arbeidet som gjerast der. Tal frå 2004 viser god oppnåing på dei tre kriteria blant dei aktuelle sentralane i Östergötland. Leijon og Jacobsen (2006: 22) peikar også på 60 prosent av dei tilsette gir uttrykk for at Mål & Mått har påverka arbeidet ved sentralane positivt.

9.7 Legar som tilvisarar – erfaringar

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.

9.8 Legar som tilvisarar – drøfting

Rolla til legane

Around two thirds of the population will meet a doctor at least once during a 12-months period, and this provides health care professionals with an excellent opportunity for physical activity promotion (Kallings 2008:8).

Uavhengig om legane blir aleine som tilvisarar eller ikkje, vil legekantoret uansett etter alt å døme også framover vere den viktigaste arenaen der potensielle reseptbrukarar får rettleiing om ordninga og tilvising på resept. Eit sentralt spørsmål er difor korleis ein skal få fleire legar til å nytte ordninga, eventuelt at dei som brukar den lite skal bruke den meir. For å ikkje forsvinne i mengda av potensielle verkemiddel legane har til rådvelde er forankringa eit kjernepunkt.

Det er også eit spørsmål om kva rolle legane skal ha i ordninga, om han eller ho berre skal vere tilvisarar eller om legane kan ha ei meir aktiv rolle i motivasjonsarbeidet. Legane har alt ei rolle i motivasjonsarbeidet, så spørsmålet er først og fremst om denne rolla kan utviklast og om ein kan legge til rette for rammevilkår som gjer at legane i større grad kan legge grunnlag for å kanalisere dei minst motiverte (stadie 1) over på reseptordninga. Her kan det vere verdt å sjå nærare på erfaringane frå Danmark og ordninga med førebyggingskonsultasjon som vart innført våren 2006.

Tilvising frå NAV?

I ein del kommunar blir det arbeid med å knytte reseptordninga opp mot NAV. Det kan vere verdt å sjå på moglegheitene for at NAV også skal kunne tilvise til treningsgruppene. Om det er aktuelt å opne for ein slik praksis, vil det truleg tene ordninga og brukarane at fastlege blir orienterte om slike tilvisingar, slik at dei eventuelt kan overprøve tilvisinga i tilfelle der det er medisinske grunnar for det. For å sikre ei god forankring, er det også viktig å utvikle eit eventuelt samarbeid med NAV i samråd med legane.

Referansar

- Amdam, J. og Amdam, R. (2000). *"Kommunikativ planlegging : regional planlegging som reiskap for organisasjons- og samfunnsutvikling"* Oslo: Samlaget.
- Amdam, R (1997). *"Den forankra planen. Drøfting av kriterium for alternativ næringsplanlegging"* Volda: Høgskulen i Volda og Møreforskning Volda.
- Amdam, R. (2005). *"Planlegging som handling"* Oslo: Universitetsforlaget.
- Argyris, C. (2004). *"Reason and Rationalizations: the Limits to Organizational Knowledge"* Oxford: Oxford University Press.
- Barth, T, Børtveit, T og Prescott, P (2001). *"Endringsfokusert rådgivning"* Oslo: Gyldendal
- Blom, E. E (2008). *"Trening på resept". Evaluering av et kommunalt, tre måneders individuelt rettet oppfølgingsprogram for pasienter som er blitt henvist til "trening på resept". – En prospektiv intervensjonsstudie med ett års oppfølging.* Oslo: Norges idrettshøgskole.
- Bringedal, B og Aasland, O. G (2005). *"Legers bruk og vurdering av Grønn resept ordninga"* Legeforeningens Forskningsinstitutt.
- Bringedal, B og Aasland, O. G (2006). *"Legers bruk og vurdering av grønn resept"* Tidsskrift for Den norske legeforening, 1036–1038.
- Brox, O. (1995). *"Praktisk samfunnsvitenskap"* Oslo: Universitetsforlaget.
- Frønes, I, Heggen, K og Myklebust, J. O (1997). *"Livsløp : oppvekst, generasjon og sosial endring"* Oslo : Universitetsforlaget.
- Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. *"Sammen for fysisk aktivitet"* Oslo: Departementene.
- Hay, I (2000). *"Qualitative research methods in human geography"* Melbourne: Oxford University Press
- Healey, P. (1997). *"Collaborative Planning: Shaping Places in Fragmented Societies"* London: MacMillan.
- Kallings, L. V og Leijon, M (2003). *"Erfarenheter av Fysisk aktivitet på resept – FaR"* Statens Folkhälsoinstitut
- Kallings, L. V. (2008). *"Physical activity on prescription: Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors"* Stockholm: Karolinska Institutet
- Leijon, M og Jacobson, M (2006). *"Fysisk aktivitet på resept – fungerer det?"* Linköping: Folkhälsovetenskapligt cantrum
- Lorentzen, C, Ommundsen, Y, Jennum A. K, Ødegaard, A. K (2005). *"MoRo "Mosjon på Romsås" – en intervensjon for å fremme fysisk aktivitet i en multi-etnisk befolkning i Oslo øst."* Oslo: Norges idrettshøgskole
- Lunde, E. S (2007). *"Hva slags problemer går vi til fastlegen med?"* Samfunnsspeilet nr. 3.

- Maguire, J. S (2007). *“Fit for Consumption – Sociology and the Business of Fitness”* London: Routledge.
- March, J. G og Olsen, J. P (1976). *“Ambiguity and choice in organizations”* Bergen: Universitetsforlaget.
- Marcus B. H & Forsyth L. H (2003). *“Motivating People to Be Physically Active”* Champaign: Human Kinetics
- 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
- Pedersen, R. (2006). *“Grønn resept”* Lommelegen.no.
<http://www.lommelegen.no/php/art.php?id=322769>
- Prescott, P og Børtveit, T (2004). *“Helse og atferdsendring”* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ringdal, K (2007). *“Enhet og magfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode.”* 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Roessler, K. K, Ibsen, B, Saltin, B og Sørensen, J (2007). *“Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune”* Odense: Syddansk Universitetsforlag
- Scott, W. R. (2001). *“Institutions and Organizations”* London: Sage Publications.
- 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.
- Tornes, K (1996). *“Følgforskning – et eksperiment i kommunikasjon”* I : Blichfeldt, J. F m. fl. Utdanning for alle. Oslo: Tano Aschehoug.
- Ulseth, A-L. B (2007). *“Mellom tradisjon og nydannelse : analyser av fysisk aktivitet blant voksne i Noreg”* Oslo : Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo
- Vest-Agder fylkeskommune. *Prosjektrapport for “Aktivitet på resept” 2005-07 i Vest – Agder fylke”* Vest-Agder fylkeskommune
- Årsrapport Opplandsresepten (2007). *Bli med i bevegelsen!* Fylkesmannen i Oppland, Oppland fylkeskommune og Øverby Helsesportsenter.

Vedlegg – spørjeskjema



**"Trim på resept"
Buskerud**

1. Hvem henviste deg til "Frisklivsentralen"? Sett kun ett kryss

- Lege
- Fysioterapeut
- Psykolog/Psykiater
- Helsesøster
- Ernæringsfysiolog
- NAV-kontor
- Andre, hvem? _____
- Jeg meldte meg til "Frisklivsentralen" uten å være henvist fra noen

2. Vurder følgende påstander om timen der du fikk skrevet ut "Trim på resept" (hos lege, fysioterapeut, helsesøster eller andre). Passer påstandene for det du opplevde?

Sett ett kryss for hver linje

- | | Ja | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Det var en ordinær time der jeg ble henvist til samtale ved "Frisklivsentralen" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Det ble orientert kort om hva "Trim på resept" innebar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Det var satt av ekstra tid til en samtale om fysisk aktivitet, sunt kosthold eller røykeslutt og hvilken betydning disse faktorene har for min sykdom/plage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Hvordan vil du vurdere møtet med den som skrev ut "Trim på resept" (lege, fysioterapeut, helsesøster eller andre)?

Sett ett kryss for hver linje

- | Det var en samtale som... | Helt enig | Nokså enig | Både/ og | Nokså uenig | Helt uenig | Vet ikke |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - var lagt opp på en måte som i høy grad passet til min situasjon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - var lagt til rette på en slik måte at jeg fikk fremmet mine egne synspunkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - gav meg lyst til å endre mine levevaner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Nedenfor følger noen påstander om den helsesamtalen som du nylig har gjennomført på "Frisklivsentralen". Vi ønsker at du tar stilling til påstandene. Bruk alternativet "passer ikke", om noen av spørsmålene ikke passer din situasjon.

Sett ett kryss for hver linje

- | Gjennom helsesamtalen på "Frisklivsentralen" har jeg: | Helt enig | Nokså enig | Både/ og | Nokså uenig | Helt uenig | Passer ikke |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - blitt motivert til å drive med mer fysisk aktivitet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - blitt motivert til å røyke mindre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - blitt motivert til å endre mine kostholdsvaner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - fått et tilbud som jeg opplever passer meg og min situasjon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - fått et tilbud som jeg opplever er realistisk for meg å gjennomføre ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - blitt kjent med muligheter til å drive fysisk aktivitet i kommunen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - blitt kjent med muligheten til å delta på kostholdskurs i kommunen ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - blitt kjent med muligheten til å delta på røykesluttkurs i kommunen .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - fått ny kunnskap om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - fått ny kunnskap om sammenhengen mellom røyking og helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - fått ny kunnskap om sammenhengen mellom kosthold og helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sett ett kryss for hver linje

5a. Jeg opplevde at helsesamtalen på "Frisklivsentralen":	Helt enig	Nokså enig	Både/ og	Nokså uenig	Helt uenig	Vet ikke
- var lagt opp på en måte som i høy grad passet til min situasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- var lagt til rette på en slik måte at jeg fikk fremmet mine egne synspunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gav meg lyst til å endre mine levevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Er det noe mer du ønsker å si om møtet med "Frisklivsentralen" og gjennomføringen av helsesamtalen, kan du gjøre det her:

6. Hadde du kjennskap til ordningen med "Trim på resept" i din kommune, før du selv fikk en slik resept?

Ja Nei

7. Hvilket av følgende opplegg ble planlagt under helsesamtalen?

Sett ett kryss for hver linje

	Ja	Nei
Opplegg for fysisk aktivitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplegg for endring av kosthold.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplegg for endring av røykevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Nedenfor følger noen påstander om hvilke forventinger man kan ha til deltakelse i opplegget du ble tilbudt gjennom helsesamtalen.

Sett ett kryss for hver linje

Hvis jeg følger opplegget i løpet av de neste månedene:	Veldig sannsynlig	Nokså sannsynlig	Både/ og	Nokså usannsynlig	Veldig usannsynlig	Passer ikke
- vil jeg oppnå bedre helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vil jeg mosjonere mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vil jeg komme i bedre form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vil jeg få mer overskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vil det løse spenninger og stress i kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vil jeg gå ned i vekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vil jeg få stabilt blodsukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vil jeg få senket blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vil jeg få nedsatt kolesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vil jeg få nye venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vil jeg oppleve gleden ved mosjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vil jeg få mindre tid til andre ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vil det koste meg mye penger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kan jeg pådra meg skader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- annet, hva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Hvordan liker du å være fysisk aktiv?

Sett ett kryss

Svært godt	Nokså godt	Både/ og	Nokså dårlig	Svært dårlig	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Hvor ofte var du fysisk aktiv minst 30 minutt, slik at du ble svett/andpusten den siste uken før du fikk utskrevet "Trim på resept"? Skriv hvor mange ganger dette var i boksen under:

_____ ganger

11a. Hvilke av de følgende påstandene beskriver best ditt forhold til fysisk aktivitet? Sett ett kryss

- For tiden er jeg **regelmessig** fysisk aktiv, men det er først de siste 3 måneder jeg har begynt med det
- For tiden er jeg **regelmessig** fysisk aktiv, og jeg har vært det lenger enn de siste 3 måneder
- For tiden er jeg **ikke** fysisk aktiv, og har heller ingen planer om å bli fysisk aktiv i løpet av de neste 3 måneder
- For tiden er jeg **ikke** fysisk aktiv, men jeg tenker på å bli fysisk aktiv i løpet av de neste 3 måneder
- For tiden er jeg **noe** fysisk aktiv, men det er ikke regelmessig

b. Vi ber deg ta stilling til følgende:

Sett ett kryss for hver linje

I løpet av de siste 3 måneder, har noen av mine nærmeste (familie og/eller venner):	Aldri	Sjelden	Ofte	Veldig ofte	Passer ikke
- drevet fysisk aktivitet sammen med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- oppmuntret meg til å være fysisk aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- foreslått at vi skulle drive fysisk aktivitet sammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- overtatt oppgaver for meg, slik at jeg fikk mer tid til å være fysisk aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Vi ber deg å ta stilling til følgende påstander:

Sett ett kryss for hver linje

I min situasjon er det vanskelig å delta i organisert aktivitet på grunn av:	Helt enig	Nokså enig	Både/og	Nokså uenig	Helt uenig
- store reiseavstander til aktuelle tilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at jeg ikke har hatt tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at tidspunktene aktivitetene er lagt til passer dårlig for meg....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at det ikke er tilbud som jeg ønsker å delta på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at jeg har liten kjennskap til hvilke tilbud som fins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at jeg har nedsatt funksjonsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Røyker du (ferdigsigaretter, hjemmerullede eller pipe)? Sett ett kryss

- Ja, men ikke hver dag → Hvor mange røyker du i uken? _____
- Ja, hver dag → Hvor mange røyker du om dagen? _____
- Nei

14a. Hvilke av de følgende påstandene beskriver best ditt forhold til røyking? Sett ett kryss

- Jeg har **aldri** røykt
- Jeg **sluttet** for mindre enn 3 måneder siden
- Jeg **sluttet** for mer enn 3 måneder, men mindre enn 5 år siden
- Jeg **sluttet** for mer enn 5 år siden
- Jeg **røyker** og har ingen planer om å slutte i løpet av de neste 3 månedene
- Jeg **røyker**, men har tenkt å slutte i løpet av de neste 3 månedene
- Jeg **røyker**, men har tenkt å slutte i løpet av de neste 30 dagene

b. Vi ber deg som har røykt i løpet av de siste 3 månedene om å ta stilling til følgende:

Sett ett kryss for hver linje

I løpet av de siste 3 månedene, har noen blant mine nærmeste (familie og/eller venner):	Ja	Nei	Passer ikke
- sluttet å røyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- oppmuntret meg til å slutte å røyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prøvd å slutte å røyke sammen med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15a. Hvilke av de følgende påstandene beskriver best ditt eget kosthold? Sett ett kryss

- Jeg har et **sunt** kosthold, og har hatt det lenger enn de 3 siste månedene
- Jeg har et **sunt** kosthold, men det er først de siste 3 månedene jeg har lagt om kostholdet mitt
- Jeg har et **usunt** kosthold og har ingen planer om å endre kostholdet de neste 3 månedene
- Jeg har et **usunt** kosthold, men har tenkt å endre kostholdet mitt i løpet av de neste 3 månedene
- Jeg har et **usunt** kosthold, men har tenkt å endre kostholdet mitt i løpet av de neste 30 dagene

b. Vi vil be deg som opplever at du har hatt et usunt kosthold de siste 3 månedene om å ta stilling til følgende påstander:

Sett ett kryss for hver linje

	Passer		
	Ja	Nei	ikke
I løpet av de siste 3 månedene, har noen blant mine nærmeste (familie og/eller venner):			
- gått over til et sunnere kosthold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- oppmuntret meg til å få et sunnere kosthold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prøvd å legge om kostholdet i en sunnere retning sammen med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Hvilket år er du født? _____

17. Er du kvinne eller mann? Kvinne Mann

18. Hva er din høyest avsluttede utdanning? *Sett ett kryss*

- Grunnskole
- Videregående skole
- Inntil 3 års høyere utdanning
- Mer enn 3 års høyere utdanning

19. Hva har vært din hovedbeskjeftigelse de 3 siste månedene? *Sett flere kryss om nødvendig*

- Var i lønnet arbeid, fulltid
- Var i lønnet arbeid, deltid
- Var langtidssykemeldt med aktiv sykemelding
- Var langtidssykemeldt uten aktiv sykemelding
- Var med på arbeidsmarkedstiltak (yrkesforberedende program, praksisplasser, arbeidsmarkedskurs m.m.)
- Var i fødsels-/pappapermisjon
- Var i utdanning/skole
- Arbeidsledig
- Trygdet
- Hjemmeværende
- Annet, hva? _____

20. Hvor mange ganger har du vært til behandling de siste 3 månedene? *Skriv tallet i de åpne feltene under*

- hos lege: _____ ganger
- hos fysioterapeut: _____ ganger
- hos kiropraktor: _____ ganger
- hos psykolog: _____ ganger
- hos andre: _____ ganger Hvilke? _____

21. Hvor mange dager har du vært borte fra arbeid de siste 3 månedene på grunn av egen sykdom?

De siste 3 månedene har jeg vært borte fra arbeid i _____ dager på grunn av egen sykdom

22. Har du diabetes 2 (sukkersyke)? Nei Ja → Om ja, tar du medisin for dette? Nei Ja

23. Har du høyt blodtrykk? Nei Ja → Om ja, tar du medisin for dette? Nei Ja

24. Andre kommentarer til ordningen med "Trim på resept":



**"Trim på resept"
Buskerud**

1. I hvilke grad har du fulgt opplegget for fysisk aktivitet som du ble tilbudt gjennom "resept-ordningen"?

Jeg har fulgt det gjennom:

Sett ett kryss

Hele perioden	Store deler av perioden	Omtrent halve perioden	Mindre deler av perioden	Ikke fulgt opplegget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For deg som har fulgt opplegget gjennom hele perioden. Nevn den/de viktigste grunnen/grunnene til at du har valgt å gjøre det:

For deg som bare har fulgt opplegget i deler av perioden. Nevn den/de viktigste grunnen/grunnene til at du valgte å ikke følge opplegget gjennom hele perioden:

For deg som ikke har fulgt opplegget. Nevn den/de viktigste grunnen/grunnene til at du valgte å ikke følge opplegget:

2. Har du i løpet av perioden etter at du ble tilbudt "resept-ordningen" deltatt på noen av følgende kurs?

Sett ett kryss for hver linje

	Ja	Nei
Kurs for røykeavvenning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostholdskurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Nedenfor følger noen påstander om knyttet til opplegget som kan inngå i "resept-ordningen". Vi ønsker at du tar stilling til disse. Bruk alternativet "passer ikke", om noen av spørsmålene ikke passer din situasjon.

Sett ett kryss for hver linje

Gjennom opplegget har jeg:	Helt enig	Nokså enig	Både/ og	Nokså uenig	Helt uenig	Passer ikke
- drevet med mer fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- røykt mindre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- endret mine kostholdsvaner til det bedre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hatt et tilbud som jeg opplever passer meg og min situasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hatt et tilbud som har vært realistisk for meg å gjennomføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fått ny kunnskap om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fått ny kunnskap om sammenhengen mellom røyking og helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fått ny kunnskap om sammenhengen mellom kosthold og helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Nedenfor følger noen påstander om hvordan du har opplevd deltakelse i opplegget du har fått gjennom "resept-ordningen".

	Sett ett kryss for hver linje					
	Helt enig	Nokså enig	Både/ og	Nokså uenig	Helt uenig	Passer ikke
Etter å ha fulgt opplegget i tre måneder:						
- har jeg har fått bedre helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mosjonerer jeg mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg kommet i bedre form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg fått mer overskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg fått løst spenninger og stress i kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg gått ned i vekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg fått stabilt blodsukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg fått senket blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg fått nedsatt kolesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg fått nye venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg opplevd gleden ved mosjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg fått mindre tid til andre ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har det kostet meg mye penger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg pådratt meg skader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- annet, hva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hvordan liker du å være fysisk aktiv?	Sett ett kryss					
	Svært godt	Nokså godt	Både/ og	Nokså dårlig	Svært dårlig	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hvor ofte var du fysisk aktiv minst 30 minutt, slik at du ble svett/andpusten siste uke? Skriv hvor mange ganger dette var i boksen under:

_____ ganger

7a. Hvilke av de følgende påstandene beskriver best ditt forhold til fysisk aktivitet nå? Sett ett kryss

- For tiden er jeg **regelmessig** fysisk aktiv, men det er først de siste 3 måneder jeg har begynt med det
- For tiden er jeg **regelmessig** fysisk aktiv, og jeg har vært det lenger enn de siste 3 måneder
- For tiden er jeg **ikke** fysisk aktiv, og har heller ingen planer om å bli fysisk aktiv i løpet av de neste 3 måneder
- For tiden er jeg **ikke** fysisk aktiv, men jeg tenker på å bli fysisk aktiv i løpet av de neste 3 måneder
- For tiden er jeg **noe** fysisk aktiv, men det er ikke regelmessig

b. Vi ber deg ta stilling til følgende:

I løpet av de siste 3 måneder, har noen av mine nærmeste (familie og/eller venner):	Sett ett kryss for hver linje				
	Aldri	Sjelden	Oft	Veldig ofte	Passer ikke
- drevet fysisk aktivitet sammen med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- oppmuntret meg til å være fysisk aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- foreslått at vi skulle drive fysisk aktivitet sammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- overtatt oppgaver for meg, slik at jeg fikk mer tid til å være fysisk aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Vi ber deg å ta stilling til følgende påstander:

I min situasjon er det vanskelig å delta i organisert aktivitet på grunn av:	Sett ett kryss for hver linje				
	Helt enig	Nokså enig	Både/ og	Nokså uenig	Helt uenig
- store reiseavstander til aktuelle tilbud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at jeg ikke har hatt tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at tidspunktene aktivitetene er lagt til passer dårlig for meg....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at det ikke er tilbud som jeg ønsker å delta på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at jeg har liten kjennskap til hvilke tilbud som fins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at jeg har nedsatt funksjonsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Røyker du (ferdigsigaretter, hjemmerullede eller pipe) nå? Sett ett kryss

- Ja, men ikke hver dag → Hvor mange røyker du i uken? _____
- Ja, hver dag → Hvor mange røyker du om dagen? _____
- Nei

10a. Hvilke av de følgende påstandene beskriver best ditt forhold til røyking nå? Sett ett kryss

- Jeg har **aldri** røykt
- Jeg **sluttet** for mindre enn 3 måneder siden
- Jeg **sluttet** for mer enn 3 måneder, men mindre enn 5 år siden
- Jeg **sluttet** for mer enn 5 år siden
- Jeg **røyker** og har ingen planer om å slutte i løpet av de neste 3 månedene
- Jeg **røyker**, men har tenkt å slutte i løpet av de neste 3 månedene
- Jeg **røyker**, men har tenkt å slutte i løpet av de neste 30 dagene

b. Vi ber deg som har røykt i løpet av de siste 3 månedene om å ta stilling til følgende:

I løpet av de siste 3 månedene, har noen blant mine nærmeste (familie og/eller venner):	Sett ett kryss for hver linje		
	Ja	Nei	Passer ikke
- sluttet å røyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- oppmuntret meg til å slutte å røyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prøvd å slutte å røyke sammen med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11a. Hvilke av de følgende påstandene beskriver best ditt eget kosthold nå? Sett ett kryss

- Jeg har et **sunt** kosthold, og har hatt det lenger enn de 3 siste månedene
- Jeg har et **sunt** kosthold, men det er først de siste 3 månedene jeg har lagt om kostholdet mitt
- Jeg har et **usunt** kosthold og har ingen planer om å endre kostholdet de neste 3 månedene
- Jeg har et **usunt** kosthold, men har tenkt å endre kostholdet mitt i løpet av de neste 3 månedene
- Jeg har et **usunt** kosthold, men har tenkt å endre kostholdet mitt i løpet av de neste 30 dagene

b. Vi vil be deg som opplever at du har hatt et usunt kosthold de siste 3 månedene om å ta stilling til følgende påstander:

I løpet av de siste 3 månedene, har noen blant mine nærmeste (familie og/eller venner):	Sett ett kryss for hver linje		
	Ja	Nei	Passer ikke
- gått over til et sunnere kosthold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- oppmuntret meg til å få et sunnere kosthold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prøvd å legge om kostholdet i en sunnere retning sammen med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Hva har vært din hovedbeskjeftigelse de 3 siste månedene? Sett flere kryss om nødvendig

- Var i lønnet arbeid, fulltid
- Var i lønnet arbeid, deltid
- Var langtidssykemeldt med aktiv sykemelding
- Var langtidssykemeldt uten aktiv sykemelding
- Var med på arbeidsmarkedstiltak (yrkesforberedende program, praksisplasser, arbeidsmarkedskurs m.m.)
- Var i fødsels-/pappapermisjon
- Var i utdanning/skole
- Arbeidsledig
- Trygdet
- Hjemmeværende
- Annet, hva? _____

13. Hvor mange ganger har du vært til behandling de siste 3 månedene? Skriv tallet i de åpne feltene under

- hos lege: _____ ganger
- hos fysioterapeut: _____ ganger
- hos kiropraktor: _____ ganger
- hos psykolog: _____ ganger
- hos andre: _____ ganger Hvilke? _____

14. Hvor mange dager har du vært borte fra arbeid de siste 3 månedene på grunn av egen sykdom?

De siste 3 månedene har jeg vært borte fra arbeid i _____ dager på grunn av egen sykdom

15. Hvis du skal trekke frem inntil tre forhold som har virket motiverende for å følge opplegget for "resept-ordningen", hva vil du trekke frem da?

1. _____
2. _____
3. _____

16. Hvis du skal trekke frem inntil tre forhold som har gjort det vanskelig for deg å følge opplegget for "resept-ordningen", hva vil du trekke frem da?

1. _____
2. _____
3. _____

17. Hvis du skal trekke frem inntil tre utfordringer i forhold til å være fysisk aktiv fremover, hva vil du trekke frem da?

1. _____
2. _____
3. _____

18. Andre kommentarer til "resept-ordningen":



"Trim på resept"
Buskerud

1. Vi vil først vite litt om din deltagelse på reseptordningen.

Sett ett kryss for hver linje

	Ja	Nei
Jeg har gjennomført <u>en</u> reseptperiode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har gjennomført <u>flere</u> reseptperioder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg deltar fortsatt på reseptordningen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Nedenfor følger noen påstander om hvordan du opplever egen situasjon sammenlignet med hva den var før du kom med på reseptordningen. Vi ber deg ta stilling til disse.

Sett ett kryss for hver linje

Sammenlignet med situasjonen før reseptordningen:	Helt enig	Nokså enig	Både/ og	Nokså uenig	Helt uenig	Passer ikke
- har jeg har fått bedre helse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mosjonerer jeg mer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg kommet i bedre form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg fått mer overskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg fått løst spenninger og stress i kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg gått ned i vekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg fått stabilt blodsukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg fått senket blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg fått nedsatt kolesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg fått nye venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg opplevd gleden ved mosjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg fått mindre tid til andre ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har det kostet meg mye penger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg pådratt meg skader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- har jeg redusert egen medisinbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- annet, hva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sett ett kryss

3. Hvordan liker du å være fysisk aktiv?

Svært godt	Nokså godt	Både/ og	Nokså dårlig	Svært dårlig	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hvor ofte var du fysisk aktiv minst 30 minutt, slik at du ble svett/andpusten siste uke? Skriv hvor mange ganger dette var i boksen under:

ganger

5a. Hvilke av de følgende påstandene beskriver best ditt forhold til fysisk aktivitet nå? Sett ett kryss

- For tiden er jeg **regelmessig** fysisk aktiv, men det er først de siste 3 måneder jeg har begynt med det
- For tiden er jeg **regelmessig** fysisk aktiv, og jeg har vært det lenger enn de siste 3 måneder
- For tiden er jeg **ikke** fysisk aktiv, og har heller ingen planer om å bli fysisk aktiv i løpet av de neste 3 måneder
- For tiden er jeg **ikke** fysisk aktiv, men jeg tenker på å bli fysisk aktiv i løpet av de neste 3 måneder
- For tiden er jeg **noe** fysisk aktiv, men det er ikke regelmessig

b. Vi ber deg ta stilling til følgende:

Sett ett kryss for hver linje

I løpet av de siste 3 måneder, har noen av mine nærmeste (familie og/eller venner):	Aldri	Sjelden	Ofte	Veldig ofte	Passer ikke
- drevet fysisk aktivitet sammen med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- oppmuntret meg til å være fysisk aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- foreslått at vi skulle drive fysisk aktivitet sammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- overtatt oppgaver for meg, slik at jeg fikk mer tid til å være fysisk aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Vi ber deg å ta stilling til følgende påstander:

Sett ett kryss for hver linje

I min situasjon er det vanskelig å delta i organisert aktivitet på grunn av:	Helt enig	Nokså enig	Både/ og	Nokså uenig	Helt uenig
- store reiseavstander til aktuelle tilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at jeg ikke har hatt tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at tidspunktene aktivitetene er lagt til passer dårlig for meg....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at det ikke er tilbud som jeg ønsker å delta på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at jeg har liten kjennskap til hvilke tilbud som fins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at jeg har nedsatt funksjonsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Røyker du (ferdigsigaretter, hjemmerullede eller pipe) nå? Sett ett kryss

- Ja, men ikke hver dag → Hvor mange røyker du i uken? _____
- Ja, hver dag → Hvor mange røyker du om dagen? _____
- Nei

8a. Hvilke av de følgende påstandene beskriver best ditt forhold til røyking nå? Sett ett kryss

- Jeg har **aldri** røykt
- Jeg **sluttet** for mindre enn 3 måneder siden
- Jeg **sluttet** for mer enn 3 måneder, men mindre enn 5 år siden
- Jeg **sluttet** for mer enn 5 år siden
- Jeg **røyker** og har ingen planer om å slutte i løpet av de neste 3 månedene
- Jeg **røyker**, men har tenkt å slutte i løpet av de neste 3 månedene
- Jeg **røyker**, men har tenkt å slutte i løpet av de neste 30 dagene

b. Vi ber deg som har røykt i løpet av de siste 3 månedene om å ta stilling til følgende:

Sett ett kryss for hver linje

I løpet av de siste 3 månedene, har noen blant mine nærmeste (familie og/eller venner):	Ja	Nei	Passer ikke
- sluttet å røyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- oppmuntret meg til å slutte å røyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prøvd å slutte å røyke sammen med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9a. Hvilke av de følgende påstandene beskriver best ditt eget kosthold nå? *Sett ett kryss*

- Jeg har et **sunt** kosthold, og har hatt det lenger enn de 3 siste månedene
- Jeg har et **sunt** kosthold, men det er først de siste 3 månedene jeg har lagt om kostholdet mitt
- Jeg har et **usunt** kosthold og har ingen planer om å endre kostholdet de neste 3 månedene
- Jeg har et **usunt** kosthold, men har tenkt å endre kostholdet mitt i løpet av de neste 3 månedene
- Jeg har et **usunt** kosthold, men har tenkt å endre kostholdet mitt i løpet av de neste 30 dagene

b. Vi vil be deg som opplever at du har hatt et usunt kosthold de siste 3 månedene om å ta stilling til følgende påstander:

Sett ett kryss for hver linje

I løpet av de siste 3 månedene, har noen blant mine nærmeste (familie og/eller venner):	Ja	Nei	Passer ikke
- gått over til et sunnere kosthold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- oppmuntret meg til å få et sunnere kosthold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prøvd å legge om kostholdet i en sunnere retning sammen med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Hva har vært din hovedbeskjeftigelse de 3 siste månedene? *Sett flere kryss om nødvendig*

- Var i lønnet arbeid, fulltid
- Var i lønnet arbeid, deltid
- Var langtidssykemeldt med aktiv sykemelding
- Var langtidssykemeldt uten aktiv sykemelding
- Var med på arbeidsmarkedstiltak (yrkesforberedende program, praksisplasser, arbeidsmarkedskurs m.m.)
- Var i fødsels-/pappapermisjon
- Var i utdanning/skole
- Arbeidsledig
- Trygdet
- Hjemmeværende
- Annet, hva? _____

11. Hvor mange ganger har du vært til behandling de siste 3 månedene? *Skriv tallet i de åpne feltene under*

- hos lege: _____ ganger
- hos fysioterapeut: _____ ganger
- hos kiropraktor: _____ ganger
- hos psykolog: _____ ganger
- hos andre: _____ ganger Hvilke? _____

12. Hvor mange dager har du vært borte fra arbeid de siste 3 månedene på grunn av egen sykdom?

De siste 3 månedene har jeg vært borte fra arbeid i _____ dager på grunn av egen sykdom

13. Vi vil gjerne at du tar stilling til følgende påstander om tiden etter reseptperioden ble avsluttet.

Bruk alternativet "passer ikke", om du fortsatt er på reseptordningen eller aldri kom i gang med resepten.

Sett ett kryss for hver linje

	Helt enig	Nokså enig	Både/ og	Nokså uenig	Helt uenig	Passer ikke
Det var lett å finne passende treningstilbud etter at reseptperioden var over.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perioden med reseptordningen var for kort til at jeg greidde å endre egne levevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har falt tilbake til gamle vaner i tiden som har gått etter at reseptperioden var over	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Er du regelmessig fysisk aktiv?

- Ja
 Nei

→ Gå direkte til spørsmål 16
→ Gå videre med spørsmål 15

15. Vi ber deg som ikke er regelmessig fysisk aktiv, å ta stilling til følgende påstander:

Sett ett kryss for hver linje

Jeg ikke regelmessig fysisk aktiv på grunn av:

- | | Ja | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - sykdom/helseproblem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - skade..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - graviditet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - at det vanskelig lar seg kombinere med nåværende jobbsituasjon..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - at det vanskelig lar seg kombinere med omsorgsoppgaver..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - at jeg ikke har tid til å trene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - at jeg ikke greier å motivere meg til å trene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - at treningstilbudet ble for kostbart | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - at jeg ikke har funnet et treningstilbud som passer meg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - at jeg ikke har noen å trene sammen med..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - at det er for langt å reise for å komme på trening | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Annet, hva? _____

Du som ikke er regelmessig fysisk aktiv kan nå gå direkte til spørsmål 17.

16a. Vi ber deg som er regelmessig fysisk aktiv, å ta stilling til følgende påstander:

Sett ett kryss for hver linje

Jeg er regelmessig fysisk aktiv fordi:

- | | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - jeg ble motivert til det gjennom å delta i reseptordninga..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - jeg gjennom reseptordningen har jeg fått gode treningsvaner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - jeg gjennom reseptordningen har lært meg å sette pris på fysisk aktivitet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - jeg har gjennom resepten funnet noen å trene sammen med..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - jeg har funnet treningstilbud som passer meg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - jeg fremdeles er på reseptordningen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Annet, hva? _____

b

Sett ett kryss for hver linje

Jeg er fysisk aktiv:

- | | Ja | Nei |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - på egenhånd/alene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sammen med andre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

c

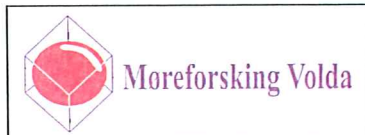
Sett ett kryss for hver linje

Den fysiske aktiviteten forgår i regi av:

- | | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - et idrettslag..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - et annet lag eller forening..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - et treningsstudio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - kommunen (fysaksentral eller lignende) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - egen gruppe som har blitt dannet blant noen av oss som har deltatt "på resepten" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Annet, hva? _____

17. Andre kommentarer til "resept-ordningen" og tiden etter denne:



Evaluering av modeller for fysisk aktivitet, sunt kosthold og røykeslutt Buskerud

Evaluering av modeller for fysisk aktivitet, sunt kosthold og røykeslutt

I kommunen din er det etablert en ordning der du som lege kan skrive ut "Frisklivsresept", der pasientene henvises videre til en Frisklivsentral. Ordningen skal nå evalueres. Evalueringen blir gjennomført av Moreforskning Volda på oppdrag for Sosial- og helsedirektoratet. Målet er å gi direktoratet erfaringsgrunnlag for å kunne vurdere og eventuelt videreutvikle modellene.

Ordningen er lagt opp litt forskjellig i ulike fylker og kommuner, men uansett organisering så spiller legene en nøkkelrolle i rekrutteringen av pasienter til ordningen. Vi ber deg derfor svare på vedlagte spørsmål. Skjemaet inneholder noen spørsmål om din vurdering av ordningen, samt spørsmål om arbeidsfordelingen mellom deg som lege og Frisklivsentralen som er etablert som følge av ordningen.

Skjemaene blir sendt til alle leger via Frisklivsentralen i kommunen. Det er tenkt som en enkel kartlegging, som vil kunne være et nyttig supplement til andre data som blir lagt til grunn for evalueringen.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Opplysningene du gir vil bli oppbevart hos oss i anonymisert form. Resultatene av studien vil bli publisert som gruppedata, uten at den enkelte kan gjenkjennes. Prosjektet vil være avsluttet i løpet av 2008.

Prosjektet er anbefalt av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Har du spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen, eller ønsker å bli informert om resultatene fra undersøkelsen når de foreligger, kan du gjerne ta kontakt med oss (Finn Ove Båtevik, Moreforskning, Pb 325, 6101 Volda, tlf. 70 07 52 13).

Vennlig hilsen

Finn Ove Båtevik

1. Hvor mange innbyggere er det i kommunen der du er fastlege?
 Inntil 4.999 innbyggere 5.000-19.999 innbyggere 20.000 innbyggere eller mer

2. Kjenner du til ordninga "Frisklivsresept" i din kommune? Ja Nei

Dersom du svarer NEI på spørsmål 2, kan du returnere skjemaet uten å fylle ut resten.

3. Vi vil først vite litt om ditt forhold til fysisk aktivitet, kostveiledning eller røykeslutt som forebyggings- og behandlingsmetode. Derfor ber vi deg ta stilling til følgende påstander:

Sett ett kryss for hver linje

	I svært høy grad	I høy grad	I middels grad	I lav grad	I svært lav grad
Jeg anbefaler fysisk aktivitet som forebyggings- og behandlingsmetode i min praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg benytter kostveiledning som forebyggings- og behandlingsmetode i min praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg benytter veiledning om røykeslutt som forebyggings- og behandlingsmetode i min praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vennligst snu arket. Flere spørsmål på neste side.

4. Nedenfor følger noen påstander om ordningen med "Frisklivsresept" og det tilbudet som blir gitt ved "Frisklivsentralen". Vi ber deg om å ta stilling til disse påstandene:

	<i>Sett ett kryss for hver linje</i>					
	Helt enig	Nokså enig	Både/ og	Nokså uenig	Helt uenig	Vet ikke
Oppfølgingen pasientene får fra Frisklivsentralen gjennom ordningen med "Frisklivsresept" gjør mitt arbeid med oppfølging av pasienten enklere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har fått god informasjon om ordningen med "Frisklivsresept"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisklivsentralen har lagt opp gode rutiner som gjør det lett for meg som lege å administrere ordningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får relevante tilbakemeldinger om den oppfølgingen pasientene får fra Frisklivsentralen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at ordningen er lagt til rette på en måte som gir et godt tilbud til grupper som ellers har vanskelig for å komme i gang med aktivitet som behandlingstiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at mange av pasientene reagerer negativt når de får tilbud om "Frisklivsresept"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at mange av pasientene ikke følger opp tilbudet de får gjennom "Frisklivsresept"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vurderer alltid "Frisklivsresept" som en del av behandlingen for mine pasienter med diabetes II, høyt blodtrykk, muskel-/skjelett el. psykiske lidelser, gitt at dette er medisinsk forsvarlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nedenfor følger noen påstander bl.a. om den rollen annet helsepersonell m.fl. har/kan ha i forhold til "Frisklivsresept". Vi ber deg ta stilling til disse påstandene:

	<i>Sett ett kryss for hver linje</i>					
	Helt enig	Nokså enig	Både/ og	Nokså uenig	Helt uenig	Vet ikke
Det er ønskelig at annet helsepersonell (f. eks. fysioterapeut, psykolog, ernæringsfysiolog eller helsesøster) i tillegg til legene kan skrive ut "Frisklivsresept"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er ønskelig at NAV i tillegg til legene kan skrive ut "Frisklivsresept"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølgingen pasientene får fra "Frisklivsentralen" gjennom ordningen "Frisklivsresept" dekker et viktig behov hos de aktuelle pasient-gruppene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølgingen pasientene får fra "Frisklivsentralen" gjennom ordningen "Frisklivsresept" er etter min erfaring nødvendig for at pasientene skal klare å endre levevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Har du andre kommenter til ordningen, kan du si mer om dette her:

Vennligst legg det ferdig utfylte skjemaet i vedlagt ferdigfrankert returkonvolutt.
Tusen takk for hjelpa!



Evaluering av modeller for fysisk aktivitet, sunt kosthold og røykeslutt

Evaluering av modeller for fysisk aktivitet, sunt kosthold og røykeslutt

Som kjent foretar Møreforskning Volda en evaluering av modeller for fysisk aktivitet, sunt kosthold og røykeslutt, på oppdrag for Sosial- og helsedirektoratet. Hensikten med evalueringen er å gi direktoratet erfaringsgrunnlag for å kunne vurdere og eventuelt videreutvikle modellene. Vi ber deg derfor svare på vedlagte spørsmål.

Spørreundersøkelsen er tenkt som en enkel kartlegging, hvor mottakssentralene gir informasjon om organisering av og erfaring med ordningen. Materialet som samles inn vil være et nyttig supplement til andre data som blir lagt til grunn for evalueringen. Det vil også være til stor hjelp for oss å ha denne informasjonen tilgjengelig, for vi til høsten kommer til å reise rundt til kommunene og mottakssentralene. I tillegg til denne undersøkelsen pågår det som kjent en individundersøkelse blant brukere av ordningen. Det vil også snart iverksettes en spørreundersøkelse til leger.

Møreforskning har tidligere mottatt en del informasjon fra mottakssentralene. Denne informasjonen har vi blant annet brukt til å gjøre denne spørreundersøkelsen så relevant som mulig. Vi håper at det ikke oppleves som dobbeltarbeid, at noen av spørsmålene i undersøkelsen berører forhold som mottakssentralene allerede har gitt informasjon om.

Vi takker så mye for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Finn Båtevik
Tlf: 70075213

Anders Tonnesen
Tlf: 70075227

1. Kommune: _____

2. Beskriv kort hva som er kommunens målgruppe for "Trim på resept": _____

3. Når ordningen ut til den/de gruppen(e) den er ment å nå ut til?

Ja Nei → Om nei, hvilke(n) gruppe(r) når ordningen i minst grad ut til: _____

4. Kryss av for det alternativet som best beskriver tilbudet som blir gitt til brukerne i løpet av perioden de er knyttet til mottakssentralen.

Sett ett kryss for hver linje

Treningen	inne	ute	både inne og ute
foregår:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treningen er lagt opp som:	gruppeaktivitet	individuell aktivitet	både gruppe- og individuell aktivitet
Treningen er:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	tilpasset den enkelte	standardisert	både tilpasset og standardisert
Treningen er lagt opp som:	mosjonsaktivitet	mer intensiv aktivitet	både mosjons- og mer intensiv aktivitet
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Er det organisert helsesamtale med brukeren i løpet av "reseptperioden"?

Nei Ja → Om ja, hvor mange? _____

6. Er det organisert fysisk test for brukeren i løpet av "reseptperioden"?

Nei Ja → Om ja, hvor mange? _____

7. Hvilke fagpersoner i kommunen:

- har til nå vært involvert i utviklingen/videreutviklingen av de lokale rammene for prosjektet "Trim på resept"?	- henviser brukere til "Trim på resept"?	- har oppfølging av brukere i "reseptperioden"?
<i>Sett gjerne flere kryss</i>	<i>Sett gjerne flere kryss</i>	<i>Sett gjerne flere kryss</i>
<input type="checkbox"/> Lege	<input type="checkbox"/> Lege	<input type="checkbox"/> Lege
<input type="checkbox"/> Fysioterapeut	<input type="checkbox"/> Fysioterapeut	<input type="checkbox"/> Fysioterapeut
<input type="checkbox"/> Ernæringsfysiolog	<input type="checkbox"/> Ernæringsfysiolog	<input type="checkbox"/> Ernæringsfysiolog
<input type="checkbox"/> Psykiater	<input type="checkbox"/> Psykiater	<input type="checkbox"/> Psykiater
<input type="checkbox"/> Psykolog	<input type="checkbox"/> Psykolog	<input type="checkbox"/> Psykolog
<input type="checkbox"/> Helsesøster	<input type="checkbox"/> Helsesøster	<input type="checkbox"/> Helsesøster
<input type="checkbox"/> Ergoterapeut	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
<input type="checkbox"/> Triminstruktør	<input type="checkbox"/> Triminstruktør	<input type="checkbox"/> Triminstruktør
<input type="checkbox"/> Andre, hvem _____	<input type="checkbox"/> Andre, hvem _____	<input type="checkbox"/> Andre, hvem _____

8. Eksisterer det en styringsgruppe, arbeidsgruppe eller lignende for prosjektet "Trim på resept" i kommunen?

Nei Ja → Om ja, hvem er deltagerne i denne gruppen?

Stillingstittel	Representerer
<i>(eksempel: Kommunelege 1)</i>	<i>(eksempel: Helsetjenesten)</i>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

9. Har mottakssentralen en fast rutine hvor man kaller inn brukere som har fått henvist "Trim på resept"?

Nei Ja

Om ja, hvor lang tid vil det vanligvis ta fra en bruker blir henvist av fagperson, til første konsultasjon på mottakssentralen?

Sett ett kryss

- 1 uke eller mindre
 2-4 uker
 5 uker eller mer

Om ja, hvordan innkalles brukerne?

Sett ett kryss for hver linje

	Ja	Nei
Innkalling via telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innkalling i form av brev	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innkalling i form av e-post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innkalling i form av tekstmelding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, hva?		

10. Hvilket alternativ beskriver best forholdet mellom kapasitet og antall henvisninger til "Trim på resept" i kommunen?

Sett ett kryss

- I forhold til mottakssentralens kapasitet..
- ..er det alt for mange henvisninger
 ..er det i noen grad for mange henvisninger
 ..er det passe mengde henvisninger
 ..er det i noen grad for få henvisninger
 ..er det alt for få henvisninger
 Vet ikke

11. Hvordan er tilbudet om "Trim på resept" organisert i kommunen?

Sett ett kryss for hver linje

	Ja	Nei
Aktivitet i gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuell oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trening på egenhånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis tilbudet i kommunen ikke er organisert som aktivitet i grupper, gå direkte til spørsmål 20.

12. Er det forkrav om fysisk form for deltagelse i gruppeaktiviteter?

Nei Ja

Om ja, er det mange av de som tilbudet kunne ha vært aktuelt for som faller utenfor?

Nei Ja

Om ja, for hvilke(n) aktivitetsgruppe(r) stilles det forkrav og hva er kravet/kravene?

.....

13. Hvem står for den faktiske gjennomføringen av gruppeaktivitetene brukerne deltar på i "reseptperioden"?

Sett ett kryss for hver linje

	Ja	Nei
Kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokale foreninger (herunder også idrettslag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommersielle aktører	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre, hvem?		

14. Har personer som deltar i "Trim på resept" mulighet til å fortsette i gruppeaktiviteter etter at "tre måneders opplegget" er avsluttet?

Nei Ja → Om ja, hvem står for den faktiske gjennomføringen av gruppeaktivitetene?

Sett ett kryss for hver linje

	Ja	Nei
Kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokale foreninger (herunder også idrettslag).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommersielle aktører	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre, hvem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 a. Er det lagt opp til tid til sosialt samvær i forkant/etterkant av gruppeaktiviteten?

Ja Nei

b. Er det organisert noen form for sosiale arrangementer for deltagerne i gruppen(ene)?

Ja Nei

16. Nedenfor følger to påstander som vi ønsker at du skal ta stilling til.

Sett ett kryss for hver linje

	Helt enig	Nokså enig	Både/ og	Nokså uenig	Helt uenig	Vet ikke
Ved deltagelse i gruppeaktiviteter har den enkelte bruker:						
- mulighet til å velge mellom forskjellige typer aktivitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mulighet til å påvirke hva slags aktivitet gruppen skal bedrive.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Nedenfor følger to påstander som vi ønsker at du skal ta stilling til.

Sett ett kryss for hver linje

Som regel vil:	Helt enig	Nokså enig	Både/ og	Nokså uenig	Helt uenig	Vet ikke
- gruppen(ene) bestå av personer med mer eller mindre sammenfallende diagnoser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- det være stor aldersforskjell på deltagerne i gruppen(ene).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 a. Hva betaler den enkelte bruker i egenandel for deltagelse i gruppeaktiviteter de første tre månedene?

_____kr

b. Hva betaler den enkelte bruker i egenandel for deltagelse i gruppeaktiviteter etter at "tre måneders opplegget" er avsluttet?

_____kr

19. Er det fra kommunens side organisert noen form for transport i forbindelse med ordningen?

Nei Ja → Om ja, vedvarer dette tilbudet etter at "tre måneders opplegget" er avsluttet ?

Nei Ja

↓
→ Om nei, er det refusjon for transport til brukere som får utskrevet "Trim på resept"?

Sett ett kryss for hver linje

	Ja	Nei
Refusjon gis første tre måneder etter oppstart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refusjon gis ut over tre måneder etter oppstart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Nedenfor følger fire påstander som vi ønsker at du skal ta stilling til.

Resepten fra legen(e):	Sett ett kryss for hver linje					Vet ikke
	Alltid	Ofte	Både/og	Sjelden	Aldri	
- inneholder helseopplysninger om brukeren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- inneholder spesifikke anbefalinger for brukerens oppfølging.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- er på en felles skriftlig mal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- er muntlige.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Nedenfor følger to påstander som vi ønsker at du skal ta stilling til.

Legen(e) i kommunen:	Sett ett kryss for hver linje					Vet ikke
	Helt enig	Nokså enig	Både/og	Nokså uenig	Helt uenig	
- har god kunnskap om ordningen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- er generelt kritiske til ordningen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Nedenfor følger én påstand som vi ønsker at du skal ta stilling til.

Det er stor gjennomstrømming av leger i kommunen.....	Sett ett kryss					Vet ikke
	Helt enig	Nokså enig	Både/og	Nokså uenig	Helt uenig	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Nedenfor følger tre påstander som vi ønsker at du skal ta stilling til.

Det er vanskelig å få brukere til å delta i organisert aktivitet på grunn av:	Sett ett kryss for hver linje					Vet ikke
	Helt enig	Nokså enig	Både/og	Nokså uenig	Helt uenig	
- at det er store reiseavstander til aktuelle tilbud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at de har store reisekostnader for å komme seg til aktuelle tilbud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- at den enkelte aktuelle bruker har liten kjennskap til hvilke tilbud som finnes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Har mottakssentralene noen form for rapportering til henvisende fagperson?

	Sett ett kryss for hver linje		
	Ja	Nei	Passer ikke
Av helsesamtale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultat av fysiske tester.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen tilbakemelding om brukeren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25 a. Er det laget skriftlig informasjonsmaterieell om "Trim på resept"?

	Sett ett kryss for hver linje	
	Ja	Nei
Til leger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Til fysioterapeuter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Til andre fagpersoner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Til potensielle brukere av ordningen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Om det er laget skriftlig informasjonsmateriell til potensielle brukere av ordningen, formidles dette gjennom:

- Sett gjerne flere kryss
- Kommunens informasjonsavis
 - Andre aviser
 - Kommunens internettside
 - Andre internettsider
 - Informasjonsmateriell hos lege
 - Informasjonsmateriell hos fysioterapeut
 - Informasjonsmateriell på helsestasjon
 - Annet, hva? _____

c. Formidles informasjon om "Trim på resept" på annen måte?

Nei Ja → Om ja, hvordan? _____

26. Er det fra kommunens side organisert noen form for oppfølging ved frafall av brukere?

Nei Ja → Om ja, hva slags? Sett ett kryss for hver linje

	Ja	Nei
Oppfølging via telefon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølging i form av brev.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølging i form av e-post.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølging i form av tekstmelding.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølgingssamtale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, hva? _____		

27. Gis det systematisk informasjon fra kommunen om røykeslutt i løpet av "reseptperioden"?

Nei Ja → Om ja, hva slags? Sett ett kryss for hver linje

	Ja	Nei
Tas opp i helsesamtale(ne).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formidles i informasjonsmateriell.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren får i løpet av "reseptperioden" tilbud om kurs i røykeslutt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, hva? _____		

28. Gis det systematisk informasjon fra kommunen om kosthold i løpet av "reseptperioden"?

Nei Ja → Om ja, hva slags? Sett ett kryss for hver linje

	Ja	Nei
Tas opp i helsesamtale(ne).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formidles i informasjonsmateriell.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren får i løpet av "reseptperioden" tilbud om kurs i kosthold.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, hva? _____		

29. Arbeider det fysioterapeuter på motakssentralen(e)?

Nei Ja → Om ja, er disse: Sett ett kryss for hver linje

	Ja	Nei
- privatpraktiserende fysioterapeuter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- offentlig ansatte fysioterapeuter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30 a. Hvor mange fastleger er det i kommunen?

_____ leger

b. Av disse legene, hvor mange henviste brukere til "Trim på resept" i 2006?

_____ leger

31 a. Hva var det totale antallet henvisninger til "Trim på resept" skrevet ut av lege i kommunen i 2006?

_____ henvisninger

b. Hvor mange brukere startet på "Trim på resept" i 2006?

_____ personer

c. Av disse var _____ kvinner og _____ menn

d. Av det totale antallet som faktisk startet i 2006, hvor mange var henvist av:

Lege	_____ personer
Fysioterapeut	_____ personer
Andre	_____ personer
Ikke henvist, bruker tok selv kontakt	_____ personer

32. I hvilken grad starter personer med minoritetsbakgrunn på "Trim på resept"?

	I svært høy grad	I høy grad	I middels grad	I lav grad	I svært lav grad	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Om du skulle trekke frem de tre sterkeste sidene ved ordningen "Trim på resept", slik den fungerer i din kommune i dag, hvilke ville du legge vekt på da:

1. _____
2. _____
3. _____

34. Om du skulle trekke frem de tre svakeste sidene ved ordningen "Trim på resept", slik den fungerer i din kommune i dag, hvilke ville du legge vekt på da:

1. _____
2. _____
3. _____

35. Nevn tre forhold som kunne forbedret ordningen:

1. _____
2. _____
3. _____

36. Andre kommentarer til ordningen "Trim på resept": _____

Evaluering av ulike modellar for fysisk aktivitet, kosthald

I samband med evalueringa av ulike modellar for fysisk aktivitet, kosthald og røykeslutt ønskjer Moreforskning å gjennomføre ein liten supplering av den informasjonen vi har samla inn.

Vi håpar difor at de har høve til å svare på nokre få spørsmål. Det gjeld tema som vi tidlegare har vore innom, men der vi har behov for meir presis informasjon. I forhold til vidare framdrift er det fint om de sender inn svara innan 25. juni. Det er nok at ein person ved kvar mottakssentral svarar. Det er nærliggande at den som har hovudansvaret for den daglege drifia på mottakssentralen svarar, men dette avtalar de internt på kvar sentral. Om andre enn den som har fått denne e-posten bør svare, ber vi om at de sender denne vidare (evt. melder ny e-postadresse tilbake til oss). Takk for all den hjelp og dei tilbakemeldingar vi tidlegare har fått i samband med evalueringa. Det har vore både hyggeleg og interessant å ha kontakt med dykk alle!

1) Namn på kommune

2) Kva stilling har den/dei som gjennomfører helsesamtalen ved din sentral (fysioterapeut, ergoterapeut,)?

3) Vi ønskjer å vite kva kompetanse de bruker i gjennomføring av helsesamtalen, ift fysisk aktivitet, kostrettleiing og røykeslutt som førebyggings- og behandlingsmetode. Sett fleire kryss om nødvendig.

	Bruker eige personale med utdanning på feltet	Bruker eige personale som har teke kurs på feltet	Bruker eige personale med god realkompetanse på feltet	Bruker ekstern kompetanse på feltet	Har ikkje tilgang på slik kompetans e
Fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostrettleiing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røykeslutt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Her kan du skrive inn eventuelle kommentarar til spørsmål 3.

5) Kva stilling har den/dei som står for gjennomføringa av det/dei konkrete opplegget/opplegga i reseptperioden (fysioterapeut, ergoterapeut,)?

6) Vi ønskjer å vite kva kompetanse de bruker i gjennomføringa av reseptperioden, ift fysisk aktivitet, kostrettleiing og røykeslutt som forebyggings- og behandlingsmetode. Sett fleire kryss om nødvendig

	Bruker eige personale med utdanning på feltet	Bruker eige personale som har teke kurs på feltet	Bruker eige personale med god realkompetanse på feltet	Bruker ekstern kompetanse på feltet	Har ikkje tilgang på slik kompetans e
Fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostrettleiing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røykeslutt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Her kan du skrive inn eventuelle kommentarar til spørsmål 6.

8) Om du samanliknar 2007 med 2006, kva av følgjande alternativ beskriv best situasjonen ved mottakssentralen din? Sett eitt kryss.

- Det var ein stor auke i talet på personar som byrja på resepten
- Det var ein moderat auke i talet på personar som byrja på resepten
- Talet på personar som byrja på resepten var omtrent det same som året før
- Det var ein moderat nedgang i talet på personar som byrja på resepten
- Det var ein stor nedgang i talet på personar som byrja på resepten

9) I tilbakemeldingane frå sentralane har vi merka oss at enkelte opplever at legane ber om vitskapleg dokumentasjon rundt verknadane av reseptordninga. Opplever du at legane etterlyser dette?

- Ja, i stor grad Ja, i nokon grad Nei

This box is shown in preview only..

The following criteria must be fulfilled for this question to be shown:

I tilbakemeldingane frå sentralane har vi merka oss at enkelte opplever at legane ber om vitskapleg dokumentasjon rundt verknadane av reseptordninga. Opplever du at legane etterlyser dette? - Ja, i nokon grad

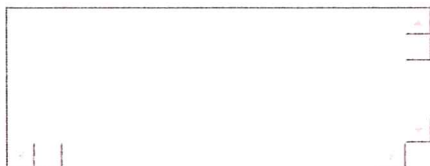
or

I tilbakemeldingane frå sentralane har vi merka oss at enkelte opplever at legane ber om vitskapleg dokumentasjon rundt verknadane av reseptordninga. Opplever du at legane etterlyser dette? - Ja, i stor grad

10) Kva type dokumentasjon etterspør legane i din kommune? Sett eitt kryss for kvar line.

	Ja	Nei
Dokumentasjon på at fysisk aktivitet har helseeffekt for dei aktuelle målgruppene for reseptordninga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dokumentasjon på at endring av røykevanar har helseeffekt for dei aktuelle målgruppene for reseptordninga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dokumentasjon på at endring av kosthaldsvanar har helseeffekt for dei aktuelle målgruppene for reseptordninga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dokumentasjon på at reseptordninga, slik den fungerer i din kommune, har helseeffekt for dei aktuelle målgruppene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anna vitskapleg dokumentasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11) Her kan du skrive inn eventuelle kommentarar til spørsmål til 10.



© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

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

Rapporten *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald* er basert på eit oppdrag gjennomført for Helsedirektoratet. I 2005 løyvde Helsedirektoratet midlar for utprøving tre modellar; Frisklivsmodellen, Fysiotekmodellen og Kompetansemodellen. Gjennom desse modellane har det vore arbeid 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.

Forskarane *Finn Ove Båtevik* (prosjektleder), *Anders Tønnesen*, *Johan Barstad*, *Randi Bergem* og *Unni Aarflot* ved Møreforskning Volda har stått for gjennomføringa av prosjektet.