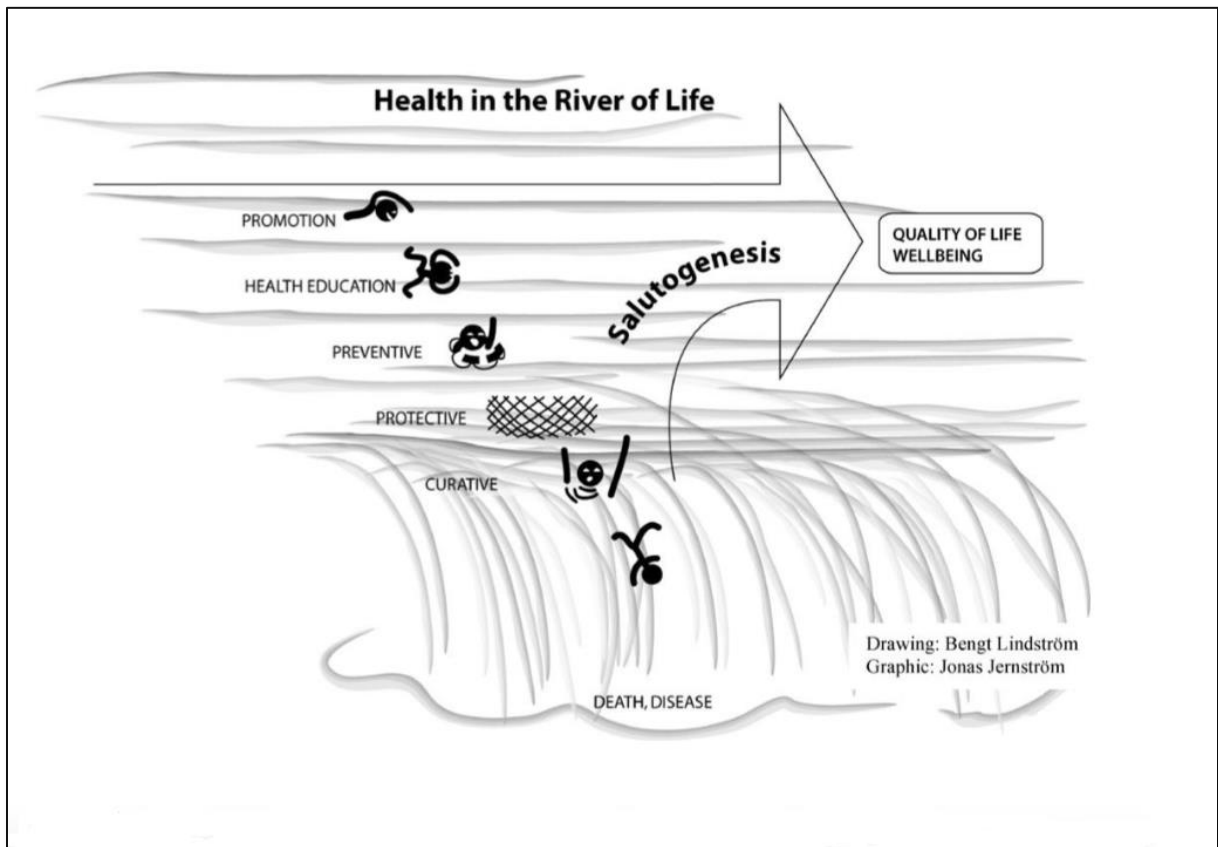


## Statusrapport



*Illustrasjon helsefremmende og forebyggende arbeid*

September 2017

## Sammendrag

Ikke-smittsomme sykdommer, eller livsstilssykdommer, er vår største nåværende utfordring i kampen for god global helse. Livsstilssykdommer gir både direkte og indirekte velferdstap. Tap av livskvalitet og leveår koster samfunnet store summer (1). Medisiner mot hjerte- og karsykdom utgjør den største gruppen av legemidler på blåresept. Behandlingen estimeres til å koste dobbelt så mye som kostholdsrådgivning gitt av klinisk ernæringsfysiolog for å oppnå samme reduksjon i kolesterolnivå første år. De neste ni årene vil medisiner gi ni ganger så høy utgift som rådgivning (2).

Det overordnede målet til Frisklivssentralen (FLS) er å forebygge livstilsrelatert sykdom. Dette gjør vi gjennom individuell og gruppebasert veiledning innenfor primærområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Antall henvendelser har steget hvert år siden FLS ble etablert våren 2014. I 2015 var det 387 henvendelser, i 2016 var det 427 henvendelser, mens det pr. 01.09.17 har vært 308 henvendelser. Det er to årsverk i FLS Gausdal, Øyer og Lillehammer, og det anses nå å være behov for å øke bemanningen.

En større studie av FLS i Norge viser at en reseptperiode på 3,5 mnd. økte aktivitetsnivået, bedret selvrapportert helse og helserelatert livskvalitet. Deltakere med høy kroppsmasseindeks (KMI), lav sosioøkonomisk status og personer som var inaktive fullførte i stor grad reseptperioden. Dette viser at FLS er et egnet tilbud for personer som statistisk sett har dårlig helse (3). Henvising og oppfølging på FLS kan gi redusert vekt, økt selvpålevd helse og bedret fysisk form i følge en studie fra FLS i Nordland og Buskerud. Femti prosent av deltakerne hadde fortsatt framgang et år etter avsluttet oppfølging (4).

Samfunnsmedisinsk team i Helseregion Sør-Gudbrandsdal (som består av kommuneoverlegene i seks kommuner) peker bl.a. på at FLS ut fra befolkningsgrunnlaget må ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ivareta krav om faglig forsvarlighet og gi tilbud i samsvar med befolkningens behov, og mener det forebyggende arbeidet i kommunene må ha en sentral plass og styrkes.

## Innledning

I følge *Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester* (5) er kommunene pålagt å etablere forebyggende helse- og omsorgstjenester. Frisklivssentralen (FLS) kan ivareta flere av kommunens lovpålagte plikter i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven, samt andre tjenester ut fra lokale behov (6). Helsemyndighetene anbefaler etablering av kommunale FLS i alle landets kommuner.

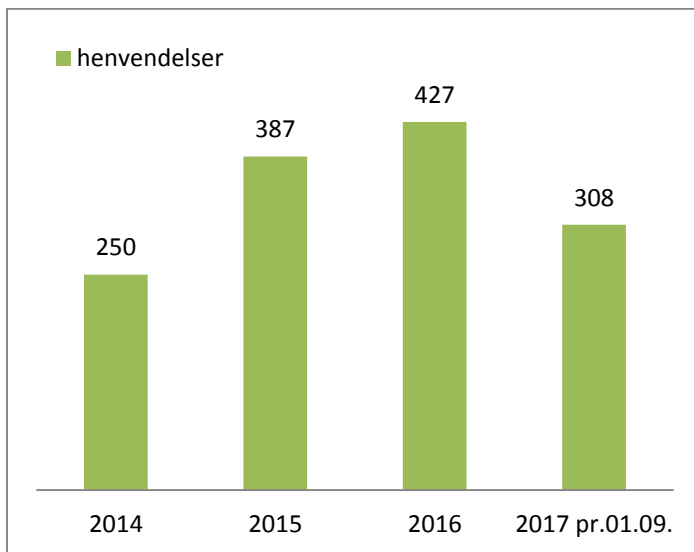
Basistilbudet i FLS er **frisklivsresepten**. Resepten gir mulighet for strukturert oppfølging og deltagelse på ulike kurs- og gruppetilbud innenfor primærrområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. En frisklivsresept varer i 12 uker, og blir forlenget ved behov. Oppfølgingen defineres som helsehjelp.

FLS er et lavterskeltilbud, og deltakere som ønsker oppfølging kan ta kontakt på eget initiativ. Fastleger, annet helsepersonell eller NAV kan også henvise deltakere.

FLS i Gausdal, Øyer og Lillehammer er en del av kommunens helsetilbud. Formålet med FLS er å fremme fysisk og psykisk helse, og å forebygge eller begrense utvikling av sykdom blant de som bor i kommunene. FLS er en samarbeidspartner i et tverrfaglig folkehelsearbeid, som en del av helsetjenesten. Vi bruker et felles journalsystem (Geric) for registrering og systematisering av helseopplysninger. Vi retter fokus mot friskressurser for helse og livskvalitet, og tilbyr hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. FLS tilbyr individuell og gruppebasert veiledning, samt kurs og undervisning/foredrag.

Samarbeid er nøkkel for å fremme helse. I kommunene bør det være et utstrakt samarbeid på tvers av tjenester, sektorer, nivåer og med private og frivillige aktører. FLS kan bidra inn i andre tjenester og etater med kurs og kompetansehevede tiltak. Det kan f.eks. være, fagdager, kurs og undervisning/foredrag innen kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse og søvn rettet mot ansatte.

## Henverdeler



Figur 1: Antall henvendelser til FLS fra 2014 til 2017 pr. 01.09.

### Oversikt henvendelser 2015 og 2016

Tabell 1: Antall henvendelser i 2015 pr. kommune

Kommune	Antall henvendelser	Kvinner	Menn
Gausdal	74	53	21
Øyer	98	71	27
Lillehammer	215	157	58
<b>SUM</b>	<b>387</b>	<b>281</b>	<b>106</b>

Tabell 2: Antall henvendelser i 2016 pr. kommune

Kommune	Antall henvendelser	Kvinner	Menn
Gausdal	90	62	28
Øyer	85	68	17
Lillehammer	252	151	101
<b>SUM</b>	<b>427</b>	<b>281</b>	<b>146</b>

Tabell 3: Hvor kommer henvendelsene fra, 2016

Kommune	Lege	Fysio	NAV	Andre	Psykisk helse	Kontakt selv
Lillehammer	72	6	33	103	9	29
Gausdal	50	5	10	6	1	18
Øyer	40	1	16	21	7	0
<b>SUM</b>	<b>162</b>	<b>12</b>	<b>59</b>	<b>130</b>	<b>17</b>	<b>47</b>

## Oversikt henvendelser pr. 1. september 2017

Tabell 4: Antall henvendelser pr. 01.09.17

Kommune	Antall henvendelser	Kvinner	Menn
Gausdal	66	40	26
Øyer	58	48	10
Lillehammer	184	107	77
<b>SUM</b>	<b>308</b>	<b>195</b>	<b>113</b>

Tabell 5: Hvor kommer henvendelsene fra, pr. 01.09.17

Kommune	Lege	Fysio	NAV	Andre	Psykisk helse	Kontakt selv
Lillehammer	84	2	15	58	6	19
Gausdal	51	0	3	3	0	9
Øyer	35	0	2	14	2	5
<b>SUM</b>	<b>170</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>75</b>	<b>8</b>	<b>33</b>

**Andre:** Helsestasjon for flykninger, kreftkoordinator, rehabiliteringssentre, sykehus, jordmor, attføringsbedrifter.

Tall fra SSB (7) viser at 66 % av deltakerne i FLS på landsbasis er henvist, de fleste fra fastlege. Tett samarbeid med fastlegene beskrives som en viktig suksessfaktor.

Samfunnsmedisinsk team i Helseregion Sør-Gudbrandsdal (som består av kommuneoverlegene Lillehammer, Gausdal, Øyer, Ringeby, Sør-Fron og Nord-Fron), har avgitt en uttalelse om frisklivssentralens betydning i det forebyggende arbeidet (jfr. vedlegg), og sier i sin vurdering følgende:

*Frisklivssentralen må ut fra befolkningsgrunnlag ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ivareta krav om faglig forsvarlighet og gi tilbud i samsvar med befolkningens behov.*

*I dag er det ikke tilstrekkelig kapasitet i tilbudet til å ivareta behovet for forebyggende tiltak til aldersgruppen under 20 år og de over 75 år. Dette er grupper hvor forebyggende tiltak er minst like viktig som i aldersgruppen 20-75 år.*

*Det er i et samfunnsmedisinsk perspektiv uheldig at definerte aldersgrupper som har stort behov for forebyggende tilbud ikke er definert som målgruppe for tjenesten. Vi anbefaler at det legges til rette for at Frisklivssentralen kan tilby forebyggende helsetjenester til alle deler av befolkningen.*

*Ut i fra aktivitetsvekst er det et stort behov for denne tjenesten. Det fremstår som hensiktsmessig med en styrking av tilbudet for å sikre kapasitet til å gi et godt tilbud til de som blir henvist.*

*Siden Frisklivssentralen er definert som en helsetjeneste bør det være ansatt autorisert helsepersonell med minst 3-årig høyere utdanning som faglig ansvarlig for tjenesten.*

*Samfunnsmedisinsk team mener det forebyggende arbeidet i kommunene må ha en sentral plass og styrkes. Den samfunnsøkonomiske gevinsten i dette arbeidet fremstår som godt dokumentert fra Helsedirektoratet.*

## Organisering og ressurser

FLS sitt arbeid er av forebyggende karakter, og skal styrke kommunens arbeid i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner. FLS skal bidra til helhetlige, koordinerte helsetjenester og utjevning av sosiale ulikheter i levevaner og helse. Den skal ha oversikt over og kjennskap til relevante offentlige, frivillige og private tilbud og tjenester i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. FLS skal samarbeide med disse og lede brukerne videre når det er aktuelt. Vi har samlet en oversikt over treningssentre, lokale lag og foreninger i de tre kommunene. FLS skal legge vekt på en helhetlig tilnærming og å styrke fysiske, mentale og sosiale ressurser for helse, endring og mestring. Brukermedvirkning skal være sentralt i planlegging, utforming og gjennomføring av tilbud.

Gausdal kommune er vertskommune for FLS og er organisert under Habilerings-/Rehabiliteringsenheten. FLS rapporterer til Styret for Helseregion Sør-Gudbrandsdal, der kommunalsjefene med ansvar for helse og omsorg i de tre kommunene møter. Det er 2 faste årsverk i FLS, og en 50 % prosjektstilling ut juni 2018. Vi har hatt en innleid instruktør. FLS har lokaler på Jorekstad, der vi disponerer to kontorer og et møterom. I forbindelse med forestående ombygging/nybygg vil kontor- og møteromstilgangen til FLS bedres fra høsten 2018. Til gruppeaktiviteter har vi tilgang til en liten sal, stor sal, idrettshall, spinning rom og basseng i perioder. Vi har også et flott nærområde som er godt egnet for våre gruppeaktiviteter.

### Arbeidsfordeling

**Daglig leder:** Lede og utvikle FLS, kontakt med henviser, samarbeid med vertskommune, budsjett, delta på samarbeidsmøter, søknader om midler, rapporteringer, praksis studenter, helsesamtale 1 og 2, samt oppfølging underveis i reseptperioden, lede aktivitetsgrupper, foredrag/undervisning, planlegge aktivitetsperioder, kursplanlegging.

**Rådgiver:** Helsesamtale 1 og 2, samt oppfølging underveis i reseptperioden, planlegging og gjennomføring av aktivitetsgrupper og kurs, foredrag/undervisning, delta på kurs/seminar, oppdatere FLS sin Facebookside.

**Ernæringsfysiolog:** Individuell kostveiledning, helsesamtale 1 og 2, samt oppfølging underveis i reseptperioden, utvikle og gjennomføre lærings- og mestringskurs, foredrag/undervisning, forsterking på gruppeaktiviteter og vikar for instruktører som er borte, deltakelse på relevante kurs/seminar, hovedansvar for FLS sin Facebookside.

FLS har organisert en ressursgruppe, med følgende formål:

1. Et kontaktpunkt mellom den enkelte kommune og FLS
2. Felles drøftinger for kommunene i muligheter, prioriteringer og veivalg for FLS
3. En faglig ressurs i videreutviklingen av FLS som felles spydspiss for forebygging og folkehelse

Daglig leder bør ha mer avsatt tid til organisering av drift og administrative oppgaver. Per dags dato har dette vært vanskelig å gjennomføre da antall henvendelser er veldig mange i forhold til dagens bemanning. For å kunne følge opp hver enkelt deltaker ut over tilbudet om to samtaler og

gruppeaktivitet, er det nødvendig å øke stillingsressursene i FLS. Til sammenligning har Modum kommune med 14 000 innbyggere 5 årsverk i FLS og ca. 200 henvisninger i året. De fem årsverkene i Modum kommune utgjør 0,7 % av det totale helsebudsjettet.

## Tilbud i FLS

**Helsesamtale:** Alle med frisklivsresept blir innkalt til en individuell samtale. På denne samtalen blir det gjort en kartlegging av livsstil og levevaner. Vi informerer om våre tilbud og legger en plan for tiltak. Vi setter av inntil en time per samtale. Etter ca. 12 uker gjennomfører vi en oppfølgingsamtale enten på kontoret eller per telefon.

**Gruppene:** Gjennom det siste året har vi hatt ulike gruppebaserte treninger for våre deltakere. I tidsbestemte perioder har vi tilbudt trening i varmtvannsbasseng, medisinsk yoga og spinning. Gjennom hele perioden har vi hatt to økter med fokus på styrke, utholdenhet og balanse. Disse to øktene har primært blitt gjennomført utendørs. Våren 2017 har vi hatt et oppmøte på rundt 12-20 deltakere på ute-gruppene. De siste månedene har vi sett en økning i yngre (20-40 år) deltakere på våre grupper. Deltakerne er både kvinner og menn, i aldersgruppa 20-75 år. Ny timeplan med gruppetrening startet opp i uke 33.

**Kurs:** Høsten/våren 2016/2017 gjennomførte vi to lærings- og mestringskurs. Kursene var tredelt, og inneholdt temaene kosthold, fysisk aktivitet og mestring. Kursdeltakerne ble rekruttert gjennom frisklivsresept og våre frisklivsgrupper. Det deltok i snitt 12 personer på kursene. Tilbakemeldinger på kursene har vært gode, og vi ønsker å tilby lignende kurs høsten 2017. I april/mai gjennomførte vi kurset «Bra Mat for bedre helse». Dette er et kostholds-kurs som går over fem kurstreff, og der innholdet er utarbeidet av Helsedirektoratet. Vi rekrutterte deltakere gjennom frisklivsresept og frisklivsgrupper. Det deltok 9 personer på kurset, hvorav syv kvinner og to menn. Deltakernes evaluering av kurset var positivt både med tanke på praktisk gjennomføring og faglig innhold. Høsten 2017 skal vi gjennomføre tre Bra Mat-kurs, hvorav ett for «Ungdomsgruppa» i Øyer, ett for fremmedspråklige i de respektive kommunene og ett for personer med frisklivsresept.

Erfaringene våre fra lærings- og mestringskurs viser at kombinasjonen praktisk og teoretisk tilnærming til kosthold og fysisk aktivitet er nyttig for vår målgruppe. Ved å ha ansatt ernæringsfysiolog i denne korte perioden ser vi viktigheten av god kompetanse på dette fagfeltet.

Vi ser gjennom henvisningene og helsesamtalene et økende behov for individuell kostveiledning, samt viktigheten av god ernæringskompetanse i planlegging og gjennomføring av kurs.

FLS har siden oppstart hatt jevnlig foredrag/undervisning om fysisk aktivitet og kosthold for fremmedspråklige i kommunene. Dette har blitt gjort i samarbeid med Frivillighetsentralen, Helsestasjonen for fremmedspråklige og Euroskolen/Bedriftsakademiet. Våre erfaringer fra dette er at vi har klart å etablere fungerende aktivitetstilbud for denne gruppen, men at ytterligere veiledning om riktig kost er mangelfull.

Endring av levevaner er svært krevende og tett oppfølging er en viktig suksessfaktor. For oss hadde det vært ønskelig å kunne gjennomføre oppfølging av våre deltakere etter 3 måneder og etter 6

måneder. Det er også ønskelig å kunne følge deltakeren med etablering av kontaktpunkter i egen kommune, samt ha et samarbeid med andre kommunale instanser i alle tre deltakerkommuner.

Det er sårbart å måtte være avhengig av å søke om friske midler hvert år. Usikkerhet knyttet til hvor mye vi får eller om vi får, er med på å skape lite kontinuitet i planlegging og utvikling av tilbudet ved FLS.

## Samfunnsøkonomisk gevinst

Ikke-smittsomme sykdommer, eller livsstilssykdommer, er vår største nåværende utfordring i kampen for god global helse. Livsstilssykdommer gir både direkte og indirekte velferdstap. Tap av livskvalitet og leveår, samt tap av arbeidskraft og kostnader til behandling i helsevesenet utgjør betydelige summer (1). Et kvalitetsjustert leveår (QALY) er et vunnet leveår med god helse og er beregnet til en økonomisk verdi på 500 000 kr i sektorovergripende samfunnsøkonomiske analyser. På bakgrunn av dette viser beregninger fra Helsedirektoratet at det er store penger å spare på å få mer fysisk aktive innbyggere. Stillesitting i seg selv er en stor risikofaktor for uhelse (8). Dersom en fysisk inaktiv 55 åring øker sitt aktivitetsnivå med 30 minutter moderat fysisk aktivitet daglig vil en estimert gevinst være 4 QALY, – med andre ord 2 millioner kroner (9). Er man fysisk inaktiv, overvektig og røyker kan man oppleve et tap på 15-25 leveår med god livskvalitet (1). Sparte kostnader for produksjonsgevinst ved lavere sykefravær, helsetjenester og uføretrygd vil komme utenom (6).

Juel, Sørensen og Brønnum-Hansen (2006) viser i en dansk rapport at dersom inaktive blir moderat fysisk aktive vil dette årlig resultere i:

- 2,6 millioner færre henvendelser til allmennpraksis
- Om lag 100 000 færre sykehusinnleggelses
- 3,1 millioner færre fraværsdager fra arbeid
- 1266 færre tilfeller av førtidspensjon

Samme rapport viser at røykere og tidligere røykere har 2,7 millioner ekstra henvendelser til fastlegen per år, 150 000 ekstra sykehusinnleggelses og 2,5 millioner ekstra fraværsdager. Røyking gir et stort samlet samfunnsøkonomisk tap grunnet negativ påvirkning på sykefravær, førtidspensjon og for tidlig død (10).

Medisiner mot hjerte- og karsykdom utgjør den største gruppen av legemidler på blåresept. Behandlingen estimeres til å koste dobbelt så mye som kostholdsrådgivning gitt av klinisk ernæringsfysiolog for å oppnå samme reduksjon i kolesterolnivå første år. De neste ni årene vil medisiner gi ni ganger så høy utgift som rådgivning (2).

## Dokumenterte effekter

- En evaluering fra fem fylker (Nordland, Buskerud, Troms, Oppland og Vest-Agder) viser at FLS treffer målgruppen og legene som henviser mener at det er et godt tiltak for dem som ikke kommer i gang med aktivitet på egen hånd (11).



- Oppfølging av fysisk aktivitet har bedre effekt enn kun rådgivning, også inntil tre måneder etter avsluttet oppfølging. I samme rapport fant man at røykestopp-oppfølging sammen med selvhjelpsmateriell kan øke avholdenhet fra røyking (12).
- Tall fra Sverige viser signifikant positive endringer på blodtrykk, midjemål, helserelatert livskvalitet og kondisjon etter tre måneder med strukturert gruppebasert kostholdsveiledning og trening (13).
- Henvisning og oppfølging på FLS kan gi redusert vekt, økt selvopplevd helse og bedret fysisk form i følge en studie fra FLS i Nordland og Buskerud. Femti prosent av deltakerne hadde fortsatt framgang et år etter avsluttet oppfølging (4).
- Bra mat kurs gir økt motivasjon til å endre levevaner, økt kunnskap om kosthold og gir positive endringer i forhold til fettinntak viser en studie fra fire ulike fylker (14).
- Ved hjelp av veiledning og medikamentell støtte kan 40 % lykkes med røykeslutt på første forsøk (15). Røykeslutt reduserer faren for sykdomsutvikling (16).
- Kurs i mestring av depresjon (KID) reduserer depressive symptomer både hos ungdom og voksne. Det er 38 % mindre sannsynlighet for å utvikle alvorlig depresjon for dem som deltar på kurset sammenlignet med dem som ikke deltar (17). Folkehelseinstituttet anbefaler kurset og mener det er et av de viktigste forebyggende tiltakene ved depresjon (18).
- Det har vist seg at kort utdanning, lav inntekt og helseproblemer kan være barrierer for ulike former for deltagelse (19). Likevel ser det ut til at FLS når mange i målgruppen. Studier av norske FLS viser at majoriteten av deltakerne er sykemeldte eller befinner seg utenfor arbeidslivet (3; 16). En større andel av deltakerne var plaget av muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser og hele 80 % lider av overvekt (20).
- En reseptperiode på 3,5 mnd. ga økt aktivitetsnivå, bedret selvrapportert helse og helserelatert livskvalitet. Deltakere med høy kroppsmasseindeks (KMI), lav sosioøkonomisk status og personer som var inaktive fullførte i stor grad reseptperioden. Dette viser at FLS er et egnet tilbud for personer som statistisk sett har dårlig helse (3).
- Tall fra Tromsøundersøkelsen viser en halvering av alvorlige hjerteinfarkt de siste femten årene der hele 70 % av nedgangen kan tilskrives bedre levevaner i befolkningen (21).

## Avslutning

Arbeid av forebyggende karakter er lite målbart og det finnes ingen gode målepunkter for dette. Det foreligger likevel et kunnskapsgrunnlag som bygger på forskning om forventede effekter av forebyggende arbeid (1; 2; 6; 8- 10). Kommunene er pålagt å etablere forebyggende helse- og omsorgstjenester (5), og FLS kan ivareta flere av kommunenes lovpålagte plikter (6). Helsedirektoratet anbefaler etablering av FLS i alle landets kommuner. Det er i dag 250 kommuner med FLS. Studier og evalueringer gjort på FLS viser at dette er et hensiktsmessig og nyttig tiltak for målgruppen (3; 4; 11; 12; 14; 16-20).

## Frisklivssentraler koster lite og hjelper mange. Forebygging lønner seg!

(Sitat: Bjørn Guldvog, Helsedirektør)

## Referanser

1. Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeidet-veien til god helse for alle*. (IS-1846). Oslo: Helsedirektoratet.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.medl.nr.47. 2008 – 2009). Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet.
3. Bjurholt, K.F. (2014). *Evaluering av norske FLS-en prospektiv studie* (Masteroppgave). Norges teknisk - naturvitenskaplige universitet, Trondheim.
4. Helgerud, J., & Eithun, G. (2010) *Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune*. Hokksund/Trondheim. Hokksund rehabiliteringssenter og NTNU.
5. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV 2011-06-24. nr. 30.
6. Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for kommunale FLS, etablering, organisering og tilbud*. (IS-1896). Oslo: Helsedirektoratet.
7. Ekonrud, T., & Thonstad, M. (2016). *Frisklivssentraler i kommunane. Kartlegging og analyse av førebyggende og helsefremjende arbeid og tilbud*. (ISSN: 0806-2056). Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.
8. Helsedirektoratet. (2014). *Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen*. (IS-2167). Oslo: Helsedirektoratet.
9. Sælensminde, K., & Torkildsen, E. (2010). *Vunne kvalitetsjusterte leveår (QUALYs) ved fysisk aktivitet*. (IS-1794). Oslo: Helsedirektoratet.
10. Juel, K., Sørensen, J., & Brønnum – Hansen, H. (2006). *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. (ISBN: 87-7899-104-8). København: Statens institut for folkesundhed. Tilgjengelig fra: [http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer\\_def.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf)
11. Båtevik, F.O., Tønnesen, A., Barstad, J., Bergem, R., & Aarflot, U. (2008). *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald*. (Arbeidsrapport nr. 225). Volda: Høgskulen i Volda og Møreforskning Volda.
12. Oldervoll, L.M., & Lillefjell, M. (2011). *Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling Innherredsmodellen - Trinn 1*. (ISSN 1892-6207). Trondheim: Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU.
13. Eriksson, M. K., Hagberg, L., Lindholm, L., Malmgren-Olsson, E.-B., Österlind, J., & Eliasson, M. (2010). Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. *Archives of internal medicine*, 170(16): 1470- 1479.
14. Mortensen KH (2012). *Effektevaluering av "Bra mat for bedre helse"* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo, Oslo.
15. Holm-Ivarsson, B. (2009). *Tobak och avvänjning En faktaskrift om tobakens skadeverknningar och behovet av tobaksavvänjning*. (ISSN: 1651-8624) Östersund: Statens folkehälsoinstitut.
16. Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004) Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Br J Cancer*. 2005 Feb 14; 92(3): 426–429.
17. Dalgard, O.S., & Bøen, H. (2007). *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. (ISSN:1503-1403). Nydalen: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
18. Major, E.F. (red.) (2011). *Bedre føre var. Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (ISSN: 1503-1403). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

19. Barstad, A. & Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet. En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene*. (IS-2387). Oslo: Helsedirektoratet.
20. Følling, I., Solbjør, M., & Helvik, A-S. (2015) Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Family Practice* 2015, 16(73). doi:10.1186/s12875-015-0292-z
21. *Hjerteinfarkt – nå synker tilfellene* [nettdokument]. UIT/Norges Arktiske Universitet: Tromsøundersøkelsen. [oppdatert 02.12.2016; lest 05.07.2017]. Tilgjengelig fra: [https://uit.no/forskning/forskningsgrupper/nyheter/artikkel?p\\_document\\_id=367276&sub\\_id=496483](https://uit.no/forskning/forskningsgrupper/nyheter/artikkel?p_document_id=367276&sub_id=496483)



## Uttalelse om Frisklivssentralens betydning i det forebyggende arbeidet

Samfunnsmedisinsk team Sør-Gudbrandsdal

September 2017

## Innledning

Samfunnsmedisinsk team Sør-Gudbrandsdal (SMTSG) ble opprettet sommeren 2016 og er et samarbeidsforum for kommuneoverlegene i regionen (Lillehammer, Gausdal, Øyer, Ringebu, Sør-Fron, Nord-Fron).

Frisklivssentralen er et interkommunalt forebyggende tiltak innen helse- og omsorgstjenesten. Ordningen er organisert som vertskommunemodell med Gausdal, Lillehammer og Øyer kommune med Gausdal som vertskommune.

Frisklivssentralen er lokalisert på Jorekstad og har 2 faste årsverk og har i 2017 hatt 50% årsverk i en prosjektstilling frem til juni. Tilbudet ble opprettet i 2014 og har hatt vekst i antall henvisninger og økt aktivitet per dags dato. Deltakerne er både kvinner og menn i aldersgruppa 20-75 år. På nåværende tidspunkt er målgruppen innbyggere mellom 20-75 år.

Det er laget en statusrapport om virksomheten i september 2017. I den forbindelse er Samfunnsmedisinsk Sør-Gudbrandsdal bedt om å skrive en uttalelse om Frisklivssentralen som tilbud i kommunenes forebyggende arbeid.

Faggrunnet for uttalelsen er basert på Helsedirektoratets veileder for bruk av Frisklivssentraler i det forebyggende arbeidet i kommunene.

## Bakgrunn

Helseutfordringer i samfunnet preges av blant annet kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjerte- og karsykdom, kreft, muskel-skjelett- og psykiske plager og lidelser. Sosial isolasjon, ensomhet og mangel på sosial støtte, søvnvansker, overvekt og fedme er også sentrale utfordringer som kan medføre dårlig helse og livskvalitet.

Kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjerte- og karsykdom, kreft, muskel-skjelett, psykiske plager og lidelser er alle tilstander som utgjør betydelige helseutfordringer i samfunnet. Sosial isolasjon, ensomhet, mangel på sosial støtte, søvnvansker, overvekt og fedme er også sentrale folkehelseutfordringer som kan medføre dårlig helse og livskvalitet.

For mange av disse problemområdene vil forebyggende tiltak ha god effekt på folkehelsen i samfunnet. Frisklivssentraler er en modell som anbefales av Helsedirektoratet for å utøve forebyggende arbeid. Den skal bidra til å ivareta flere av kommunens lovpålagte plikter om å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Bruk av Frisklivssentraler i det forebyggende arbeidet har god dokumentert effekt som vist i Frisklivssentralens statusrapport fra september 2017.

Som eksempel vil en fysisk inaktiv 55 åring som øker sitt aktivitetsnivå med 30 minutter moderat fysisk aktivitet daglig gi en estimert gevinst tilsvarende 4 kvalitetsjusterte leveår (QALY - quality adjusted life year). Dette tilsvarer ca 2 millioner NOK og sett i sammenheng med investerte midler vurderes den samfunnsøkonomiske gevinsten som betydelig.

Forebyggende helsearbeid er viktig for å motvirke sosiale forskjeller i helse i befolkningen. Det er kjent at sosiale ulikheter i helse går i arv. Tidlig innsats er viktig for å være i stand til å påvirke folks levevaner på et tidlig stadium. Forebyggende tiltak til gruppen under 20 år er derfor sentralt for å kunne nå aktuelle målgrupper for det forebyggende arbeidet så tidlig som mulig.

Samtidig er det fokus på forebyggende arbeid mot den eldre delen av befolkningen. Forebyggende arbeid mot den eldre populasjonen vil bidra til økt mestring og livskvalitet. Dette vil igjen gi større forutsetninger til å bo hjemme så lenge som mulig.

Frisklivssentraler er definert som helsehjelp og er dermed regulert av lovverk som regulerer virksomheter som yter helsehjelp. Det må derfor være tilknyttet autorisert helsepersonell med minst 3-årig høgere utdanning i Frisklivssentraler for å ivareta lovkravet. I følge Helsedirektoratets veileder må funksjonen som faglig ansvarlig være definert. Dersom det ikke er autorisert helsepersonell ansatt i Frisklivssentralen anbefales det at kommuneoverlegen står som faglig ansvarlig for tjenesten.

## **Vurdering:**

Frisklivssentralen må ut fra befolkningsgrunnlag ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ivareta krav om faglig forsvarlighet og gi tilbud i samsvar med befolkningens behov.

I dag er det ikke tilstrekkelig kapasitet i tilbudet til å ivareta behovet for forebyggende tiltak til aldersgruppen under 20 år og de over 75 år. Dette er grupper hvor forebyggende tiltak er minst like viktig som i aldersgruppen 20-75 år.

Det er i et samfunnsmedisinsk perspektiv uheldig at definerte aldersgrupper som har stort behov for forebyggende tilbud ikke er definert som målgruppe for tjenesten. Vi anbefaler at det legges til rette for at Frisklivssentralen kan tilby forebyggende helsetjenester til alle deler av befolkningen.

Ut i fra aktivitetsvekst er det et stort behov for denne tjenesten. Det fremstår som hensiktsmessig med en styrking av tilbudet for å sikre kapasitet til å gi et godt tilbud til de som blir henvist.

Siden Frisklivssentralen er definert som en helsetjeneste bør det være ansatt autorisert helsepersonell med minst 3-årig høyere utdanning som faglig ansvarlig for tjenesten.

Samfunnsmedisinsk team mener det forebyggende arbeidet i kommunene må ha en sentral plass og styrkes. Den samfunnsøkonomiske gevinsten i dette arbeidet fremstår som godt dokumentert fra Helsedirektoratet.