

# Frisklivssentraler

## – får de folk til å leve sunnere?

■ EVA DENISON

fysioterapeut dr. med. og professor i fysioterapi; forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten

**Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten har på oppdrag av Helsedirektoratet gått systematisk gjennom tiltak tilsvarende de som brukes i frisklivssentraler for å fremme fysisk aktivitet, røykeslutt, redusert alkoholkonsum og et sunt kosthold. Kjenne-tegnene for disse tiltakene er at det skjer en organisert oppfølging av deltakerne i løpet av tiltaksperioden. Tiltak for å fremme fysisk aktivitet har den beste dokumentasjonen.**

Endrede levevaner i befolkningen når det gjelder fysisk aktivitet og kosthold, bruk av tobakk og alkohol er relatert til risiko for flere sykdommer, f.eks. hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes, kroniske lungelidelser, kreft og alkoholrelaterte skader (1). Forebyggende arbeid med fokus på å støtte endring av atferd og levevaner som har stor betydning for helsen, er derfor en viktig oppgave med hensyn til å redusere andelen mennesker som rammes av disse sykdommene (2).

Rådgivning og undervisning med hensikt å modifisere risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer (f.eks. røyking, overvekt, høyt blodtrykk, total kolesterol, fysisk inaktivitet) kan redusere dødelighet av disse sykdommene hos personer med høyt blodtrykk eller diabetes (3). Trening og endring til et sunnere kosthold kan redusere antall nye tilfeller av type 2-diabetes hos personer med svekket glukosetoleranse eller metabolsk syndrom (4). Røykeslutt medfører innen få år redusert risiko for hjerte- og karsykdom og kreft (1). Selv om det er dokumentert at endret helseatferd kan redusere dødelighet, sykkelighet og

risiko for sykdom er de rapporterte effektene av tiltak for å støtte endring av helseatferd oftest små. I tillegg er tiltakene sjelden fulgt opp over lang tid, det vil si mer enn et år. Dette gjelder for eksempel for fysisk aktivitet (5, 6) og røykeslutt (7). Endring av atferd er vanskelig og prioriteres ikke fordi andre behov oppfattes som mer presserende. Andre grunner kan være at kunnskaper, ferdigheter og sosial støtte over tid trenges for å klare å endre atferd (8).

«Grønn resept» ble lansert i Norge i 2003 for at pasienter med type 2-diabetes eller høyt blodtrykk som ikke brukte medikamenter mot tilstanden skulle få individuell og strukturert veiledning av lege om kosthold og/eller fysisk aktivitet. (9). Ordningen er ikke blitt brukt i den grad som var tenkt, og Helsedirektoratet har siden 2004 støttet utvikling av oppfølgingsmodeller for Grønn resept.

### **Frisklivssentral i 145 kommuner**

To modeller, *Fysiotek* (trening i ordinært tilbud, f.eks. hos frivillige organisasjoner), og





*Frisklivsmodell* (trening i gruppe innen helse-tjenesten) er blitt slått sammen til én modell, *Frisklivsresept* (10). Frisklivsresept gir adgang til *frisklivssentraler* som er etablert i ca 145 kommuner i Norge i 2012. Disse er kommunale forebyggende helsetjenester som har et strukturert system for veiledning og oppfølging av personer som har økt risiko for, eller som allerede har, sykdommer eller lidelser som kan bedres av økt fysisk aktivitet, sunnere kosthold og/eller røykeslutt (11). Det er også sagt at frisklivssentralen bør ta opp bruk av alkohol som helseatferd (11). En reseptperiode i frisklivssentralen varer i 12 uker, og

### Frisklivsresept omfatter:

Motivasjonssamtale: samtale ved start for å kartlegge motivasjon og lage en individuell plan, deretter en eller flere av følgende:

#### Tiltak for å fremme fysisk aktivitet

- Individuell veiledning
- Gruppetrening i regi av frisklivssentral
- Trening med lag/foreninger eller private aktører
- Treningskontakt

#### Tiltak for å fremme røykeslutt

- Individuell veiledning
- Røykesluttkurs (gruppebasert)
- Røyketelefonen
- www.slutta.no

#### Tiltak for å fremme et sunt kosthold

- Individuell veiledning
- Bra mat for bedre helse-kurs (gruppebasert)

Reseptperioden avsluttes med en oppsummerende samtale hvor behovet for en ny periode vurderes. Kontakter i løpet av reseptperioden kan gjennomføres pr. telefon, e-post eller sms.

kan forlenges hvis det er behov. Leger, annet helsepersonell eller NAV kan henvise pasienter som har blitt identifisert med et behov for hjelp til å endre helserelatert atferd til frisklivssentralen. Personer kan også søke selv til frisklivssentralen uten henvisning (11).

Helsedirektoratet gav Kunnskapscenteret i oppdrag å lage en systematisk oversikt over effekter av organisert oppfølging over tid, av den type som gis i frisklivssentraler over en reseptperiode på 12 uker.

### Metode

Vi gjennomførte systematiske litteratursøk etter systematiske oversikter og enkeltstudier med kontrollgruppe. For ikke å miste studier med varighet tett opp mot de 12 uker som er reseptperioden inkluderte vi studier hvor tiltaket varte mellom 10 og 14 uker. To medarbeidere valgte uavhengig av hverandre ut studier og vurderte risiko for systematisk skjevhet i de inkluderte studiene. Vi hentet ut resultater for tiltak som gikk på å fremme fysisk aktivitet, røykeslutt, sunt kosthold og redusert alkoholkonsum. Vi oppsummerte og sammenstilte data deskriptivt i tabeller for hver enkelt atferdstype (fysisk aktivitet, kosthold, bruk av tobakk og/eller alkohol) og utfallsmål (12).

**GRADE** (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation, ([www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)) ble brukt for å vurdere kvaliteten på den samlede dokumentasjonen. Metoden viser hvilke kjenne-tegn ved studiene som er vurdert og hvilke vurderinger som er blitt gjort. Vi benyttet standarddefinisjonene for å vurdere grad av tillit til resultatene (13) – som følger:

**HØY KVALITET:** Vi har stor tillit til at effekttestimatet ligger nær den sanne effekten.

**MIDDELS KVALITET:** Vi har middels tillit til effekttestimatet: effekttestimatet ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men effekttestimatet kan også være vesentlig ulik den sanne effekten.

**LAV KVALITET:** Vi har begrenset tillit til effekttestimatet: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effekttestimatet.

**SVÆRT LAV KVALITET:** Vi har svært liten tillit til at effekttestimatet ligger nær den sanne effekten.

### Resultat

Litteratursøket identifiserte totalt 10 188 referanser. Vi inkluderte til sammen 23 primærstudier, beskrevet i 24 publikasjoner. Alle var randomiserte kontrollerte studier.

Oppsummeringen av tiltak for å fremme fysisk aktivitet viste at:

- oppfølging av egenadministrert trening og henvisning til lokale treningstilbud med oppfølging ser ut til å gi positive effekter i løpet av tiltaksperioden og på kort sikt (3 måneder etter avsluttet tiltaksperiode). Dokumentasjonen er av middels kvalitet.

Tiltak for å fremme **fysisk aktivitet**, vurdert i enkeltstudier

Vi delte inn tiltakene som er beskrevet i 13 studier i tre kategorier:

- henvisning til trening i gruppe under veiledning
- henvisning til lokale tilbud – organisasjoner eller enkeltstående tjenestetilbydere – med oppfølging
- egenadministrert trening med oppfølging

Tiltak for å fremme røykeslutt som var vurdert i enkeltstudier

Vi delte inn tiltakene som er beskrevet i seks studier i fire kategorier

- Henvisning til røyketelefon med oppfølging
- Internettbasert røykeavvenning med oppfølging
- Selvhjelpsmaterialer med oppfølging
- Henvisning til oppfølging ved sykepleier som var trent i å gi råd om røykeslutt

- det er begrenset dokumentasjon til støtte for henvisning til veiledet, gruppebaserte treningsopplegg. Dette skyldes i første rekke at kvaliteten på dokumentasjonen er av lav eller svært lav kvalitet.

Oppsummeringen av tiltak for å fremme røykeslutt viste at:

- selvhjelpsmateriell og oppfølging kan føre til at flere ikke røyker etter avsluttet tiltaksperiode. Dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- henvisning til sykepleier kan gi økning av antall personer som ikke røyker seks måneder etter at tiltaksperioden startet. Dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- det er usikkert om henvisning til røyketelefon og oppfølging virker. Dokumentasjonen er av lav eller svært lav kvalitet.
- det er usikkert om internettbasert røykeavvenning med oppfølging virker. Dokumentasjonen er av svært lav kvalitet.

### Tiltak rettet mot kosthold

Vi fant kun én studie hvor tiltaket var rettet mot kosthold, ved individuell veiledning med oppfølging. Dokumentasjonen er av for lav kvalitet til at vi kan si om tiltaket har effekt på totalt kaloriinntak per dag sammenlignet med ingen behandling.

### Tiltak for å redusere alkoholkonsum

Vi fant ikke studier som tilsvarte én frisklivsperiode med oppfølging.

Oppsummeringen av tiltak for å fremme et sunt kosthold og fysisk aktivitet viste at:

- individuell veiledning med oppfølging kan gi økning av antall personer som spiser fem porsjoner med frukt og grønnsaker per dag etter avsluttet tiltak. Dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- det er usikkert om om veiledet program i gruppe har effekt på antall skritt per dag eller totalt kaloriinntak. Dokumentasjonen er av svært lav kvalitet.

### Diskusjon

Mange forskjellige intervensjoner og tiltak kan benyttes i frisklivssentraler. Vi fant evalueringer av 10 ulike typer tiltak. Studiene illustrerer den store variasjon innen dette forskningsfeltet når det gjelder valg av utfallsmål, hvordan disse måles – og etter hvor lang tid.

Tiltak for å fremme et sunt kosthold og fysisk aktivitet som var vurdert i enkeltstudier

Vi delte inn tiltakene som er beskrevet i fire studier i to kategorier:

- Veiledet program i gruppe
- Individuell veiledning med oppfølging

Fordi utfallene har vært målt på mange forskjellige måter har det ikke vært mulig å sammenstille funnene i metaanalyser. Dermed hviler alle funn på kun én studie, noe som bidrar til å redusere vår tillit til resultatene. Når det er sagt, er resultatene konsistent positive eller nøytrale. Det er ikke rapportert negative resultater. Dokumentasjonen med høyest kvalitet gjaldt tiltak for å fremme fysisk aktivitet. Vi mangler dokumentasjon av tilstrekkelig høy kvalitet om tiltak for å fremme røykeslutt og sunt kosthold og fysisk aktivitet, og vi mangler dokumentasjon innen rammene for våre inklusjonskriterier om tiltak for å fremme en livsstil med redusert alkoholkonsum.

Vi vurderer på grunnlag av dokumentasjonen at konklusjonene er gyldige for voksne generelt, men vi vil peke på at personer med lavt utdanningsnivå og/eller ikke europeisk herkomst ikke er godt representert i de inkluderte studiene. Det ble også rapportert at mange takket nei til å delta i studiene. Vi fant ikke demografiske data om disse, derfor vet vi ikke om det var spesifikke grupper som takket nei.

Innholdet i intervensjonene og tiltakene i de inkluderte studiene samsvarer med de tiltak som gis i frisklivssentraler. Imidlertid kan varigheten avvike fra det som er praksis i frisklivssentraler, hvor gjentatte reseptperioder kan tilbys hvis det er behov. Vi har oppsummert effekter av tiltak med varighet som tilsvarte én reseptperiode i frisklivssentralen (14). I tillegg til rapporten har vi laget et notat hvor vi har samlet sammendrag av alle studier vi fant i literatursøket som ble ekskludert kun på grunnlag av varighet, det vi si hvor tiltaket er kortere enn 10 uker eller lengre enn 14 uker (15).

Et frisklivstilbud starter med en samtale for å kartlegge motivasjon og lage en individuell plan. Det ble brukt tilsvarende type samtale i kun fire av de inkluderte studiene, og i tillegg er det ufullstendig rapportering. Det betyr at det er manglende dokumentasjon om dette elementet, så som det brukes i frisklivsresept.

### Behov for videre forskning

Studiene vi har oppsummert dekker i høy grad de typer tiltak som gis i frisklivssentraler, men store deler av dokumentasjonen er av lav kvalitet. Det ville være verdifullt å evaluere effekter av frisklivsresept på en systematisk måte, både på individ- og samfunnsnivå. Det er fortsatt mange kommuner i Norge

hvor frisklivssentraler ikke er etablert. Våre overveielser kan benyttes i planlegging og gjennomføring av studier.

Vi vil også peke på behovet for konsensus rundt noen få viktige utfall og oppfølgingsperioder, såkalte «core outcome sets» (16) – det vil si «kjerneutfall» – i fremtidige studier i dette forskningsfeltet. For eksempel ble utfallet «fysisk aktivitet» målt på 14 forskjellige måter i de 13 inkluderte studiene i vår oversikt. Slike tilstander fører til at man ikke kan slå sammen resultater fra flere studier, og gjør det vanskelig å tolke resultatene på en mer overordnet måte.

### REFERANSER

1. Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2012.
2. Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
3. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey SG. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2011 Issue 1 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.CD001561.pub3. In: Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd; 2011.
4. Orozco LJ, Buchleitner AM, Gimenez-Perez G, Figuls M, Richter B, Mauricio D. Exercise or exercise and diet for preventing type 2-diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2008 Issue 3. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd; 2008.
5. Foster C, Hillsdon M, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 1. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd; 2005.
6. Denison E, Underland V, Nilsen E, Fretheim A. Effekter av tiltak utenom helsetjenesten for å øke fysisk aktivitet hos voksne. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
7. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009 Issue 1.
8. Behaviour change at population, community and individual levels. London: National institute for health and clinical excellence; 2007.
9. Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Oslo: Helsedepartementet; 2002.
10. Kallings L. Fysisk aktivitet på recept i Norden – erfaringer og anbefalinger. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
11. Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering. Oslo: Helsedirektoratet; 2011.
12. Slik oppsummerer vi forskning. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011.
13. Balshem H, Helfand M, Schunemann H, Oxman A, Kunz R, Brozek J. GRADE guidelines 3: rating the quality of the evidence – introduction. Journal of Clinical Epidemiology 2011; 64: 401–6.
14. Denison E, Vist GE, Underland V, Berg RC. Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.
15. Denison E, Vist GE, Underland V, Berg RC. Tiltak for organisert oppfølging av atferd som øker risiko for sykdom hos voksne. Notat – 2012. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.
16. Williamson P, Altman D, Blazeby J, Clarke M, Devane D, Gargon E, et al. Developing core outcome sets for clinical trials: issues to consider. BMC Trials 2012; 13: 132.

Eva.Denison@kunnskapssenteret.no