

Kronikk

Bydel Stovner – 14 år med grønn resept

Fysisk inaktivitet utgjør en betydelig helsetrussel i vår del av verden. Vi ønsker å formidle 14 års erfaringer fra Stovner bydel i Oslo med hvordan fysisk aktivitet og friluftsliv kan brukes som helsefremmende og rehabiliterende tiltak. Leger, andre deler av primærhelsetjenesten, frivillige organisasjoner og enkeltmennesker må samarbeide for å få befolkningen til å drive mer fysisk aktivitet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Sissel Steihaug*
sissel@steihaug.net
Birgitte Ahlsen
Wenche Eide
Aud Eva Tjønneland
Kari Anne Refsnes
Berit Kjær
Endre Sandvik
Bydel Stovner
Karl Fossum vei 30
0985 Oslo

* Nåværende adresse:
SINTEF Helse
Forskningsveien 1
0373 Oslo

Stortingsmeldingen *Resept for et sunnere Norge* understreker at helsetruslene i vår del av verden er nær knyttet til livsstil og levevaner, spesielt fysisk inaktivitet, røyking og uheldig kosthold (1). En av de skiserte strategiene for å bedre folkehelsen er at helsetjenesten skal legge større vekt på forebygging. «Grønn resept» ble innført 1.10. 2003, for at leger skal bruke sin kunnskap og sin kompetanse til å påvirke helseatferd og levevaner (2). I første omgang settes søkelyset på mennesker med type 2-diabetes og hypertensjon, men det oppfordres til at oppmerksomhet også rettes mot personer som etter en medisinsk vurdering vil kunne ha nytte av livsstilsendring. Tidligere helseminister Dagfinn Høybråten etterlyste kunnskap om gode arbeidsmetoder og om

behov og muligheter for oppfølgingsaktiviteter. Legene ble utpekt til aktører. Etter vår mening må andre deler av primærhelsetjenesten, frivillige organisasjoner og enkeltpersoner også delta hvis denne type forebyggende helsearbeid skal kunne lykkes.

Erfaringer fra Bydel Stovner, Oslo

I denne bydelen har forebyggende helsearbeid og friskvern stått på dagsordenen siden 1990. Etter 17 år som allmennlege i bydelen ønsket førsteforfatter å rette oppmerksomheten mot forebyggende helsearbeid. En fremsynt bydelsledelse la forholdene til rette for at tiltak kunne utprøves, evalueres og ev. implementeres i den ordinære driften. Vi ønsker her å formidle 14 års erfaring med hvordan fysisk aktivitet og friluftsliv er brukt som helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak.

Utgangspunktet er at mennesket er skapt til bevegelse. Opplevelse er sentralt, mer enn prestasjon. Dette står ikke i motsetning til det at fysisk aktivitet har en betydelig og veldokumentert positiv virkning på helsen. En oversikt over treningsgruppene er gitt i tabell 1.

Helsefremmende tiltak

Trening for eldre

Vårt forebyggende helsearbeid begynte med fallforebygging blant hjemmeboende eldre (3), og pensjonistmosjon var et ledd i dette. Frivillige gratisarbeidende trenere ble rekruttert blant førsteforfatters pasienter, og de gjennomgikk trenerkurs hos fysioterapeut. Fire pensjonistmosjonsgrupper ble etablert, to er senere nedlagt fordi trenerne sluttet. To grupper fungerer meget godt, med til sammen over 50 deltakere i aldersgruppen 65–90 år. De trener innendørs til musikk en gang i uken. Deltakere rekrutteres gjennom kjente. Per i dag er det bare kvinner. Sosialt samvær er viktig, og vår- og høstsemesteret avsluttes med henholdsvis sommertur og julebord. Lege og/eller fysioterapeut besøker gruppene minst en gang per år og arrangerer årlige trenerkurs.

For tiden pågår et forsøksprosjekt, finansiert av Helse og Rehabilitering gjennom Norges mosjons- og bedriftsidrettsforbund, der hjemmehjelpere leder treningen i bydelsens tre trykdeboliger. Bydelsfysioterapeuten har satt i gang trening på eldresenteret, og denne gruppen er i dag selvdrevet.

Trening for innvandrere

Trening for innvandrerkvinner er en åpen gruppe som trener innendørs til musikk to ganger i uken (4). Intensiteten er såpass høy at deltakerne får økt styrke og utholdenhet. De fleste deltakerne er pakistanske. Gruppen opprettholdes som et særtilbud til innvandrerkvinner fordi mange har økt risiko for diabetes, hjerte- og karsykdom og kroniske muskelsmerter, og fordi de har få andre treningsarenaer. Oppslutningen er god, og i en spørreskjemaundersøkelse våren 2002 gav deltakerne svært positive tilbakemeldinger. De liker å trene og synes treningen reduserer muskelsmerter, noe som plager de fleste. Innendørs trening for mannlige innvandrere med mannlige fysioterapeut som instruktør ble forsøkt, men ingen møtte.

Andre treningsgrupper

Onsdagsgruppen tilbyr tilrettelagt innendørs mosjonstrening til musikk en gang i uken til kvinner med ulike helseplager som muskelsmerter, overvekt og psykiske vansker. Deltakelse i gruppen er begrenset til ett år, kvinnene kan deretter som regel nyttiggjøre seg ordinære treningstilbud. Treneren opplyser om aktuelle treningstilbud videre.

De som deltok i treningen for arbeidsledige, tre formiddager per uke, var godt fornøyd (5). Tilbudet ble avsluttet fordi arbeidsledige fikk gode treningstilbud andre steder.

Et treningstilbud til personer som hadde fått påvist økt sykdomsrisiko ved undersøkelse hos lege, ble aldri satt i gang pga. lav oppslutning. Nå er det økende interesse for en gågruppe for folk med vektproblemer, og en slik startet høsten 2004.

Friskvernteamet

Friskvernteamet, som ble etablert 1995, er et forum for samarbeid mellom frivillige organisasjoner og Bydel Stovner om helsefremmende tiltak. Deltakere er Norske Kvinners Sanitetsforening, Norges Røde Kors, Høybråten og Stovner idrettslag, Stovner frivillighetssentral, Stovner eldresenter og en representant for pensjonistmosjonen. Fra bydelen deltar Ungdoms- og kulturavdelingen og Rehabiliteringsenheten. Friskvernteamet har møter 4–5 ganger årlig.

Ideen til «gågjengen til Liastua» oppstod i Friskvernteamet. En ildsjel leder hver onsdag tur til Liastua, et par kilometer inn

i skogen. Der er det sosialt samvær med kaffe, vafler, allsang og underholdning. Gjennomsnittlig oppmøte har de siste årene vært 61–65 kvinner og menn, de fleste over 60 år. En gang per måned går de sprekeste på langtur, gjennomsnittlig 33 personer i 2003.

Friskvernteamet fikk i 2000 bygd en aktivitetløype for barn. Den er laget i naturmateriale og tilpasset terrenget ved Liastua. Løypa er finansiert av innsamlede midler og delvis bygd på dugnad. Den er populær og brukes daglig av bydelens barnehager og skoler og i helgene av familier på tur.

Rehabiliteringstiltak

Et grupperettet behandlingsopplegg for kvinner med kroniske muskelsmerter er utviklet av lege og fysioterapeut (6–8). Omtrent 20 slike behandlingsgrupper er gjennomført siden 1992. Dette behandlingstilbudet finnes fortsatt i bydelen.

I treningsgruppen for mennesker med kronisk lungesykdom har deltakerne betydelige plager, og treningsopplegget tilrettelegges individuelt av fysioterapeuten som leder gruppen. Det sosiale samværet er trolig spesielt viktig for deltakerne, fordi de er alvorlig syke. I årenes løp har det vært mange dødsfall i gruppen, og dette blir selvfølgelig tema for gruppesamtalene. Deltakerne får et personlig forhold til hverandre og kan dele det å leve med en livstruende sykdom. De får være med så lenge de greier å komme, fordi de sier at gruppen er av avgjørende betydning for dem.

12 ukers trening og undervisning i gruppe for mennesker med kroniske ryggplager ble gjennomført en eller to ganger per år etter behov, men er avvirket fordi tilsvarende tilbud er etablert ved et fysikalsk institutt.

Psykiatriske sykepleiere etablerte en turgruppe med skogstur en gang per uke for folk med psykiske lidelser. Etter hvert ble tilbudet utvidet med sosialt samvær og matlaging veiledet av ergoterapeuter. I dag er turgruppen integrert i tilbudet ved i Jesperud rehabiliterings- og aktivitetssenter (9).

I treningsgruppen for mennesker med nevrologiske lidelser tilbys ni deltakere med multipel sklerose en time trening ledet av fysioterapeut og sosialt samvær en gang annenhver uke. Enkle øvelser sittende på stol tilpasses individuelt. Deltakerne har kommet med en meget positiv evaluering av tiltaket, og de understreker at å få råd og treningsøvelser av fysioterapeuten og å møte andre i samme situasjon er like viktig.

Rekruttering

Til gruppene med frivillige trenere rekrutteres deltakerne stort sett via bekjentskap. Deltakerne i de øvrige gruppene henvises oftest fra fysioterapeut, ergoterapeut, lege,

Tabell 1 Oversikt over treningsgruppene. Årstall for oppstart, ev. avslutning og trener er angitt

Gruppe	Start	Avslutning	Trener
<i>Helsefremmende tiltak</i>			
Pensjonistmosjonsgrupper	1990	Fortsetter	Frivillige
Trening i trygdeboligene	2004	Fortsetter	Hjemmehjelpere
Trening på eldresenteret	2000	Fortsetter	Frivillige
Innvandrerkvinnegruppe	1991	Fortsetter	Ansatt, ulike yrkesgrupper
Onsdagsgruppe	1993	Fortsetter	Ansatt, ulike yrkesgrupper
Trening for arbeidsledige	1993	1995	Fysioterapeut/dansepedagog
Gåjengen til Liastua	1995	Fortsetter	Frivillig
Langtur med gåjengen	1995	Fortsetter	Frivillig
<i>Rehabiliteringstiltak</i>			
Muskelsmertegruppe	1992	Fortsetter	Fysioterapeut
Lungegruppe	1994	Fortsetter	Fysioterapeut
Ryggruppe	1996	2002	Fysioterapeut
Turgruppe	1998	Fortsetter	Ansatt/frivillige
Neurologigruppe	2004	Fortsetter	Fysioterapeut

hjemmetjenesten eller distriktpsykiatrisk senter eller de henvender seg på eget initiativ. Vi sender jevnlig informasjon til samarbeidspartnerne om gruppetilbudene.

Evaluering

Når vi skal etablere tiltak i kommunehelsetjenesten, bygger vi så langt det er mulig på dokumentert kunnskap. Den helsefremmende og sykdomsforebyggende effekten av fysisk aktivitet er godt dokumentert. Vi antar at tilbud utformet i tråd med allment aksepterte faglige retningslinjer vil ha gunstig effekt på deltakerne.

Vi har satt i gang mange ulike tiltak på Stovner og ofte benyttet lite utprøvde metoder. Derfor har vi hele tiden vært opptatt av evaluering. Vi har utforsket tilbudene på ulike måter: Kvantitative (3, 5, 6) og kvalitative (7, 8) forskningsprosjekter, artikler i fagtidsskrifter (4, 9), enkle spørreskjemaundersøkelser og bredere brukerundersøkelser, ofte ved hjelp av gruppeintervju. Ellers skrives det interne rapporter – sluttrapporter for tiltak som varer et år eller mindre, årlige rapporter for tiltak som går over tid. Dette er et viktig kvalitetsforbedringsarbeid og en vesentlig del av beslutningsgrunnlaget når vi skal prioritere tiltakene etter befolkningens vekslende behov.

Videre arbeid

Ledelsen i Bydel Stovner har skapt gode rammebetingelser for å utvikle og drive ulike tiltak der fysisk aktivitet brukes i helsefremmende og rehabiliterende arbeid. De første årene var ca. 20 % av førsteforfatters stilling avsatt til dette arbeidet, men siden 1996 har aktivitetene inngått i ordinær drift. Ofte er dette lite ressurskrevende tiltak. For eksempel kan man ved gruppetilnærming nå mange, og deltakerne kan dele erfaringer, bli styrket og lære av hverandre. Sosialt samvær er verdifullt i seg selv, og samvær i gruppe bidrar til å utvikle sosiale nettverk. Bydelens ansatte har opparbeidet

betydelig kompetanse på dette området og kan derfor utrette mye med lite ressurser. Vi kjenner lokale forhold, vet mye om behov i befolkningen og om hvordan man skal nå dem som har størst behov. Tilbudene kan lett kobles opp mot kommunale tjenester – f.eks. kan trening i pensjonistmosjonsgruppen anvendes som del av et rehabiliteringsopplegg etter hjerneslag.

Ulike former for fysisk aktivitet bør være en del av kommunehelsetjenestens tilbud. Gjennom samarbeid mellom leger, ansatte i kommunens helse- og sosialtjeneste, frivillige organisasjoner og enkeltpersoner får man mye ut av lite. Et kjernepoeng er å la ildsjelene få utfolde seg.

For at folk skal ønske å delta i treningsaktiviteter, og ikke minst fortsette å trene, må de oppleve at bevegelse er glede og trivsel. Vi må utvikle tilbud som innfrir dette kravet. Bevegelsesglede er målet.

Litteratur

1. St.meld. nr. 16 (2002–03). Resept for et sunnere Norge.
2. Høybråten D. Presentasjon av ordningen med grønn resept. http://odin.dep.no/hod/norsk/aktuelt/taler/minister_a/042071-990232/dok-bn.html.
3. Steihaug S, Nafstad P, Vikse R et al. Forebygging av lårhalsbrudd i Oslo, Stovner bydel. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 37–9.
4. Steihaug S. Et sted å møtes. Forebyggende arbeid blant pakistanske mødre. Utposten 1995; 24: 300–4.
5. Ahlsen B. Trening for arbeidsledige. Fysioterapeuten 1994, nr. 4: 6–10.
6. Steihaug S, Ahlsen B, Rutle O. Behandling av kroniske muskel- og skjelettmerter. Fysisk trening og samtalegruppe gjennomført i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1065–9.
7. Steihaug S, Ahlsen B. Bevegelse og samtale i grupper. Behandling av kroniske muskelsmerter hos kvinner i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1335–8.
8. Ahlsen B. Å balansere mellom seg selv og andre. En studie av kvinner behandlet i gruppe med øvelser fra Basal Kroppskjennskap. Fordypningsoppgave i fysioterapi. Oslo: Avdeling helsefag, Fysioterapiutdanningen, Høgskolen i Oslo, 2000.
9. Orlien AG. Jesperudhuset – et rehabiliterings- og aktivitetssenter i Bydel Stovner, Oslo. Utposten 2004; nr. 1: 17–20.