

ETABLERING AV FRISKLIVSSENTRAL

Forprosjekt med utredning av bydel Gamle Oslos
spesifikke behov

Prosjektleder
Birgithe A. Gjesdahl



SAMMENDRAG

Bydelen har etter søknad høsten 2011 mottatt til sammen 600 000,- til to utredningsprosjekter tilknyttet samhandlingsreformen. "Forprosjekt – etablering av frisklivssentral. Bydel Gamle Oslo" og "Delt erfaring – dobbel styrke! Kvinnefelleskap til et sterkere liv".

Samhandlingsreformen flytter fokus i helsetjenesten fra å reparere til å forebygge. Reformen fører med seg store krav og legger mer av ansvaret for innbyggernes helse på kommunen. I Oslo legges dette ansvaret på bydelsnivå. For mange bydeler og kommuner vil det være vanskelig å oppfylle disse kravene. Som en bydel i Oslo indre øst vil også bydel Gamle Oslo møte store utfordringer i dette arbeidet. Oslo har Norges største helseforskjeller med generelt bedre helse i vest enn i øst. Gamle Oslo er blant bydelene som kommer dårligst ut på levekårsindeksen for Oslo. Bydelen har en stor andel innvandrere, mange kommunale leiligheter, få friområder og en stor befolkningsgruppe med lav utdanning og lav inntekt. Samtidig flytter flere unge voksne med høy utdanning og høy lønn til bydelen. Dette gir en bydel med store variasjoner.

Livsstilssykdommer sies å være vår tids store helseutfordring. Denne utfordringen løses ikke i helsevesenet, men krever at tiltak settes inn tidligere for å forebygge. Helsedirektoratet har utviklet et tilbud for oppfølging på områdene fysisk aktivitet, kosthold og røyking. Tilbudet har fått navnet frisklivssentral og anbefales av Helsedirektoratet etablert i alle kommuner, og bydeler i Oslo. Ved henvisning fra lege kan deltakere gjennom 12 uker få hjelp til å endre vaner og etablere nye rutiner gjennom individuell oppfølging og gruppetreningstilbud.

På bakgrunn av positive erfaringer fra frisklivsmodellen i andre områder, og sett i sammenheng med helseutfordringene tilknyttet befolkningen i bydel Gamle Oslo, anbefales det å etablere en frisklivssentral i bydelen.

Det foreslås å utvikle det som i dag er Kampen og Vålerenga Seniorsenter til et nærmiljøsentert med frisklivssentral. Gjennom dette kan dagens seniortilbud opprettholdes samtidig som en bredere befolkningsgruppe knyttes til stedet. En tilsvarende modell er blitt benyttet i bydel Bjerke.

Minoritetskvinner er en særlig viktig målgruppe i arbeidet med å forebygge livsstilssykdommer. Det er derfor svært gunstig for bydelen å kunne inkludere prosjektet "Delt erfaring – dobbel styrke!" i frisklivssentralen. Prosjektet har bred erfaring med gruppebasert erfaringsutveksling relatert til forebygging av diabetes 2 blant minoritetskvinner.

Etablering av frisklivssentral i bydelen forutsetter ekstern finansiering gjennom samhandlingsmidler.

SAMMENDRAG	1
1 ETABLERING AV FRISKLIVSSENTRAL I BYDEL GAMLE OSLO	3
1.1 LOKALER OG UTSTYR	3
1.2 HENVISERE OG RESEPT	4
1.3 SPISSEDE TILTAK MOT DELER AV MÅLGRUPPEN	4
1.4 ANSATTE	5
1.5 ØKONOMI	5
2 SAMARBEIDSPARTNERE	6
2.1 FASTLEGENE	6
2.2 KAMPEN FRIVILLIGSENTRAL	6
2.3 HELSEHUSET I OSLO ØST, VALLHALL TERAPI OG TRENINGSSENTER	6
2.4 NIMI	6
2.5 NETTVERKSGRUPPE	7
2.6 LINK OSLO	7
2.7 PMV PRIMÆR MEDISINSK VERKSTED	7
2.8 AKTIV PÅ DAGTID	7
3 FREMDRIFTSPLAN	8
4 BAKGRUNN	9
4.1 BEGREPSAVKLARINGER	9
4.2 HELSEUTFORDRINGENE I NORGE	9
4.3 HVA KJENNETEGNER SITUASJONEN I GAMLE OSLO?	9
4.4 MINORITETSHELSE	10
5 LOVER OG NASJONALE FØRINGER	12
5.1 KOMMUNEHELSETJENESTELOVEN	12
5.2 SAMHANDLINGSREFORMEN	12
5.3 NY FOLKEHELSELOV	12
6 FRISKLIVSSENTRAL	14
6.1 FRISKLIVSRESEPT	14
6.2 FRISKLIVSSAMTALEN	14
6.3 FYSISK AKTIVITET	15
6.4 ERNÆRING	15
6.5 RØYKESLUTT	15
6.6 TEMASAMLINGER	16
6.7 "DELT ERFARING – DOBBEL STYRKE"	16
7 MÅLGRUPPE	17
7.1 KJØNN	17
8 TILNÆRMING OG METODE	19
8.1 ENDRING	19
8.2 BRUKERMEDVIRKNING OG EMPOWERMENT	20
8.2.1 Brukermedvirkning	20
8.2.2 Empowerment	20
8.3 SALUTOGENESE OG HELSEFREMMEDE ARBEID	20
9 ERFARINGER OG VURDERINGER	21
9.1 EVALUERING AV MoRo PROSJEKTET	21
9.2 PROSJEKTET "DELT ERFARING – DOBBEL STYRKE!"	22
9.3 BJERKE – ALNA – DRAMMEN - BODØ	22
10 LITTERATURLISTE	23
VEDLEGG A	25
VEDLEGG B	26

1 ETABLERING AV FRISKLIVSSENTRAL I BYDEL GAMLE OSLO

Gjennom utredningen har man kommet frem til følgende anbefalinger for en etablering av frisklivssentral i bydel Gamle Oslo.

1.1 Lokaler og utstyr

Under utredningen for rapporten har det blitt sett nærmere på ulike lokaler som bydelen disponerer. Kriterier lagt til grunn for vurderingen som er blitt gjort kan sees i vedlegg A. Det fremstår som mest hensiktsmessig å videreutvikle det som i dag er Kampen og Vålerenga seniorsenter til et nærmiljøsenster med frisklivssentral.

Seniorsenteret ligger i Hedmarksgata ved Jordal Idrettsplass, på en liten høyde som gjør at det er flere motbakker å velge mellom i nrområdet. Jordal fremstår som en park i sommerhalvåret og har flere apparater med mulighet for trening montert tilgjengelig på området. Ikke langt unna finnes Kampenparken og Svartdalsparken. I tillegg har området på Etterstad store grønne områder. Dette gjør området godt egnet for fysisk aktivitet ute i nrområdet.

Å legge en Frisklivssentral hit vil kreve noe arbeid i innkjøringsfasen da stedet kan være litt ukjent for dem som først og fremst bruker Grønland, sentrumsdelen, av bydelen. De største gruppene av ikke-vestlige innvandrere bor i området fra Grønland til Tøyen. Kampen er likevel lett tilgjengelig med t-bane til Ensjø eller buss 37 over Vålerenga. Gjennom dialog med samarbeidspartnere er en blitt oppmerksom på at terskelen for fremmøte blir mindre om man tilbyr seg å møte nye deltagere på holdeplassen. Det må tas høyde for at dette kan være en god investering i starten. Senter for flyktninger og innvandrere (SeFi) og Byomfattende senter for enslige mindreårige flyktninger (Bymif) ligger rett ved Ensjø t-bane og gjør at tilbudet er svært sentralt for deres deltakere.

Stedet har i dag et tilbud til seniorer i området med blant annet arbeidsstue og daglig middagsservering. På ettermiddagstid og kveld benyttes lokalene blant annet av Kafé Jordal, et møtested for folk med psykiske problemer. De eldre deltagerne ved seniorsenteret etterlyser flere besøkende og et bredere tilbud. Opprettholdes dagens tilbud, samtidig som stedet gjøres om til et nærmiljøsenster med frisklivssentral, kan dette svare på ønsket om mer liv og gi stedet en bredere profil.

Nettopp dette har blitt gjort i bydel Bjerke. Det tidligere seniorsenteret har blitt nytt uten at de eldre har mistet noe av sitt tilbud. Ved smarte løsninger og fokus på flerbruk fremstår ombyggingen til nærmiljøsenster som vellykket. Kaféen har fått friske farger og er blitt en hyggelig møteplass. Fremdeles serveres her middag daglig, til en billig penge. Arbeidsstuen har kommet inn i kaféen ved å oppbevare utstyr i smarte skap. På denne måten ble det frigitt kontor plass til folkehelsekoordinator og fysioterapeut. Mye av aktivitetene til frisklivssentralen foregår i friluft. Deltagerne møter i kaféen og setter seg gjerne også her og nyter en kopp kaffe i fellesskap etter treningsturen. Ved innendørs trening er det behov for et rom av middels størrelse med enkelt treningsutstyr (matter, manualer, tredemølle). På Bjerke benyttes dette rommet til andre aktiviteter når det ikke er i bruk av frisklivssentralen. Blant annet har en seniorgruppe trim her og utnytter at de kan få råd og veiledning av frisklivssentralens ansatte. Seniorskole øver også i disse lokalene. Da trilles det inn et piano på hjul. På kveldstid brukes rommet som øvingslokaler for et lokalt band. Bydel Bjerke har også tatt høyde for at nærmiljøsenster skal kunne leies ut i helger til private arrangementer, for eksempel til barnedåp og bursdager.

Ved å ta utgangspunkt for en tilsvarende modell i Gamle Oslo vil nærmiljøsensteret også være samlokalisert med Frivilligsentralen. Dette kan være en ytterlig viktig ressurs som kan gjøre nærmiljøsensteret til et ressurs senter i området, hvor det blir et naturlig tilholdssted for aktiviteter og benyttes av alle aldersgrupper.

I omstillingen var det for seniorene i bydel Bjerke svært viktig at de følte seg hørt og sett. Det er viktig for de eldre i bydelen å beholde en møteplass hvor de føler seg hjemme og hvor tilbudet

oppretholdes. Ved hjelp av dialog skal dette være mulig, selv om noen aktiviteter muligens må over i andre former. Det positive med situasjonene slik den er på Kampen og Vålerenga i dag, er at de eldre selv etterlyser mer aktivitet og flere deltagere. Dette kan være en smidig måte å gjøre alle til lags på.

For å gjøre veien kortere til varig livsstilsendring kan det å samarbeide om lokaler være fornuftig. Ved å låne andres lokaler til aktivitet vil deltagerne ha tilhørighet til eksterne treningstilbud etter endt reseptperiode. Eksempler på dette kan være lån av lokaler for spinning eller andre aktiviteter på dagtid. Vi har sett at dette fungerer godt i bydel Alna.

Seniorsenteret har alt et stort kjøkken og store kafélokaler. Lokalene er svært godt egnet til Bra Mat kurs og andre samlinger hvor fokus på ernæring er vesentlig. Samtidig er det toaletter og en liten dusj tilgjengelig. Frisklivssentralene har ikke behov for garderober, men må ha noe plass med mulighet for omklledning.

1.2 Henvisere og resept

Basert på erfaringsutveksling med de andre bydelene vurderes det som mest hensiktsmessig at fastlegene henviser til frisklivssentralen i bydel Gamle Oslo. Dette fordi fastlegen sitter på informasjon om den generelle helsetilstanden og også kjenner til tilleggsdiagnoser. Dette er viktig informasjon i forhold til å legge opp et riktig treningsopplegg, for eksempel ved hjerteproblemer. Ved språklige utfordringer kan det også være vanskeligere å få tak i denne informasjonen under frisklivssamtalen. I noen bydeler henviser fysioterapeuter og også NAV. Ser man et behov for dette i Gamle Oslo kan det tilrettelegges for etter hvert. Uavhengig av henvisning er det viktig at både NAV og fysioterapeuter kjenner godt til tilbudet, da samarbeid med disse instansene er viktig.

Noen frisklivssentraler tar kontakt med reseptinnehaber, mens andre mener det er opp til innhaver å melde seg på tilbudet. Det vurderes som en gunstig løsning å kopiere resepten til bydel Alna. Her har denne problemstillingen et eget punkt. Legen krysser for *"Jeg ønsker at en frisklivsveileder tar kontakt ved mottatt resept"*, om dette er ønskelig. Oppfordrer ellers pasienten til selv å ta kontakt.

En reseptperiode har ulik pris ulike steder i landet og i ulike bydeler i Oslo. Det vanligste er en pris på rundt 200 kr for en reseptperiode, men en del sentraler tar i tillegg ekstra kursavgift for Bra Mat kurs. Det vil på sikt være nødvendig med klarere retningslinjer så dette tilbudet blir så likt som mulig. Det kan imidlertid argumenteres for at det skal koste litt å delta på kommunens frisklivstilbud. Dette fordi det da oppleves mer forpliktende for deltakerne. Samtidig koster det å delta på lignende tilbud i samfunnet og man må være innstilt på å betale noe om en vil være med på et organisert treningstilbud for varig endring.

Noen frisklivssentraler tilbyr deltakerne å benytte seg av tilbudet også etter endt reseptperiode. Modellen legger opp til et 12 ukers tiltak med veiledning av deltakerne og er opptatt av dette ikke skal bli en "propp" i systemet. Det vil derfor bli lagt opp til 12 ukers tilbud ved resept, men samtidig vises fleksibilitet på bakgrunn av de erfaringer som er gjort i Drammen.

1.3 Spissede tiltak mot deler av målgruppen

For å nå målgruppen er frisklivssentralen helt avhengig av fastlegene da det er dem som skal henvise til tilbudet. Frisklivssentralen må til gjengjeld ha et tilbud som passer og kan omfavne de ulike gruppene legene henviser. Minoriteter generelt og kvinner spesielt har større risiko for å utvikle livsstilssykdommer. Det er derfor viktig å tilrettelegge for å inkludere denne gruppen. Tiltak kan være tilbud om barnepass, språkhjelp, små krav til utstyr og egne kvinnegrupper for trening. Egne kvinnegrupper er et noe omdiskutert tema. Argumentene mot dette er at man ikke skal skape forskjeller og tilpasse seg utfordringer som ikke er der. Da mye av treningen ved frisklivssentralene foregår utendørs har denne problemstillingen vist seg å ha liten relevans. Ved trening inne har noen sentraler tilbudt egne kvinnegrupper ved behov. En annen utfordring knyttet til dette er at frisklivssentralens deltagere i liten grad er menn. Slik situasjonen er ved mange av sentralene i dag vil det ikke være mulig å gi menn et tilsvarende tilbud.

Da menn noen ganger opplever tilpassede gruppetilbud som damete kan det være fornuftig å se på muligheten for samarbeid med eksterne aktører. Det er innledet en dialog med Vallhall terapi og

treningssenter som ønsker å imøtekomme frisklivssentralen behov. Vallhall fremstår som et vanlig treningssenter, men har tettere oppfølging og veiledning.

De aller fleste frisklivstilbudene foregår på dagtid. Mange deltakere er uten jobb, men det finnes også mange eksempler på at dette kan kombineres med å være i arbeid. I Bodø er de aller fleste deltakerne i jobb, men får fri fra arbeidet for å kunne delta på frisklivstiltak. Dette gjøres ved at frisklivskordinator kontakter arbeidsgiver og forteller om tilbudet. I tillegg tilbys arbeidsgiver en samarbeidskontrakt hvor for eksempel fravær på trening vil bli rapportert. Andre frisklivssentraler har valgt å løse dette gjennom å legge noe av treningstilbudet til kveld. Hva som vil være mest hensiktsmessig i bydel Gamle Oslo må avgjøres ettersom en møter deltakerne og ser deres behov.

1.4 Ansatte

Det er varierende hvor mange stillinger de ulike frisklivssentralene disponerer. Det har imidlertid vist seg at det krever administrative ressurser å følge opp deltakerne og å opprettholde informasjonsflyt med henvisere og andre samarbeidspartnere. Frisklivssamtalen som alle deltakere tilbys flere ganger gjennom reseptperioden er også svært energi og ressurskrevende. Dette gjør det ønskelig å ha flere ansatte med kompetanse til å gjennomføre samtalene.

Helsedirektoratet anbefaler i sin veiledning at de faglige ansvarlige for frisklivssentralen er autorisert helsepersonell med minimum treårig helsefaglig utdanning. Samtidig påpeker direktoratet at de som er ansvarlig for gjennomføringen av treningsveiledning bør ha helsefaglig og/eller pedagogisk høyskoleutdanning og grunnopplæring innen motiverende samtale.

1.5 Økonomi

Etablering av frisklivssentral i bydel Gamle Oslo forutsetter tildeling av samhandlingsmidler fra Helsedirektoratet. Det er forventet at frisklivssentralene kan regne med eksterne tilskuddsmidler i flere år fremover. I fremtiden vil man likevel være avhengig av at bydelen finner plass for videre drift av tilbudet i budsjettet.

2 SAMARBEIDSPARTNERE

2.1 Fastlegene

Fastleger har en unik mulighet til å identifisere personer som har økt risiko for utvikling av sykdom og å diagnostisere kronisk sykdom tidlig i forløpet. Hvis pasienter avdekkes å ha helseatferd som påvirker sykdomsrisiko negativt, bør legen eller annet helsepersonell gi veiledning om dette. Intervensjonen bør i tillegg omfatte henvisning til aktuelt oppfølgingstilbud.

Legene er den viktigste samarbeidspartneren for frisklivssentralen fordi det er legene som skal anbefale å henvise sine pasienter til deltakelse. Bydel Gamle Oslo har 22 fastleger på ulike legekontorer i bydelen. I tillegg har mange av bydelens beboere fastlege i andre bydeler. Å få formidlet informasjon om frisklivssentralens tilbud til hver og en av legene i Gamle Oslo er nødvendig for å få tilbudet ut til målgruppen. Informasjonsmøter og skriftlig materiale må formidles (resepter og informasjon). Ved utskrivning av resept sendes en kopi til frisklivssentralen. Å få til et samarbeid med fastlegene er avgjørende for kunne ha utbytte av tilbudet.

2.2 Kampen frivilligsentral

Frivilligsentralen vil være en naturlig samarbeidspartner og kan være en ressurs i forhold til utviklingen av et nærmiljøsenters.

De frivillige organisasjonene ansees som helt sentrale i empowerment - og lokalsamfunnsstrategien. Formålet er å mobilisere og organisere frivillig innsats for å møte lokale behov. Hovedmålet er å utløse frivillige ressurser i en tid der det behov for mer omsorg enn det familien og det offentlige tjenestetilbudet kan yte. NOU slår fast at frivillig arbeid og engasjement har bred betydning for folkehelsen og for den enkeltes opplevelse av egen helse. Å være med i frivillig arbeid representerer sammenhenger der folk får delta og blir tatt på alvor, der man kan realisere ulike sider hos seg selv og være til nytte for andre [15].

Gjennom samarbeid med frivilligsentralen har man mulighet for å utvikle permanente lavterskel treningstilbud.

2.3 Helsehuset i Oslo Øst, Vallhall terapi og treningscenter

Vallhall terapi og treningscenter (Helsehuset i Oslo Øst) ønsker et samarbeid med frisklivssentralene i nærheten og har invitert til informasjonsmøte for å se på mulighetene for samarbeid fremover. Mest aktuelt vil dette være for bydel Gamle Oslo og Alna. Da Helsehuset holder til i bydel Gamle Oslo er det svært opptatt av å kunne bli en samarbeidspartner for vår frisklivssentral.

Helsehuset tilbyr trening for alle grupper som ikke er de vanlige treningsstudiobesøkerne. De har store og fine treningslokaler og er opptatt av at utdannede treningsveiledere skal være tilgjengelig for motivasjon og riktig læring. Senteret har ledig kapasitet på formiddag og ønsker derfor å møte behovet ved frisklivssentralen. Prosjektleder har luftet behovet for et tilbud som appellerer til menn og senteret ønsker å møte bydel Gamle Oslo på dette ved å tilby trening, veiledning og oppfølging rimelig til deltakere ved frisklivssentralen. Dette kan være en fin måte å videreføre rutiner og endringer, oppnådd gjennom resepten, på. Siden Vallhall er et treningscenter appellerer det kanskje litt mer til menn enn andre gruppetreninger, men samtidig oppleves det tryggere og roligere enn andre steder. Daglig leder mener også at det at Vålerenga trener her kan skape en felles identitet og gjøre det mer attraktivt for noen.

2.4 NIMI

NIMI har mye erfaring med livsstilsendringkurs for sykkelig overvektige personer. De har lenge etterlyst et sted å henvise sine pasienter for videre oppfølging i kommunene etter fullført opphold hos dem. En Frisklivssentral vil være et godt tilbud til denne gruppen. Psykolog ved senteret, Børge

Leksbø, har i regi av Helsedirektoratet hold strukturkurs for frisklivssentralene fordi strukturgrupper kan være et virkemiddel for endring også på frisklivssentralene.

2.5 Nettverksgruppe

Groruddalsbydelene Alna, Bjerke, Grorud og Stovner er alle i gang med friskliv. Gjennom nettverksmøter i regi av Helseetaten og mer uformelle møteplasser har det blitt utvekslet mye erfaringer. Disse møtene gjør det også lettere å samkjøre tilbudet i Oslo. Bydel Sagene har fått tildelt midler for oppstart av frisklivssentral i 2012. Det vil være naturlig å samarbeide om utviklingen av tilbudet i Oslo indre øst.

2.6 LINK Oslo

LINK Oslo var vinnere av Folkehelseprisen 2011. De driver selvhjelpsgrupper for alle som erkjenner å ha et problem. Tilbudet er byomfattende med fine lokaler på Majorstuen. Alle samlinger foregår her. Man må kunne forstå, og selv gjøre seg forstått på norsk for å kunne delta i gruppen. Ansatte og frivillige i LINK sitter på mye kunnskap om det å være igangsettere av grupper. Høsten 2011 har nettverksgruppen vært i dialog med LINK for å se på hvordan vi kan samarbeide og være til nytte for hverandre. Vi ser det som viktig at vi er godt informert om hverandres tilbud og på den måten kan veilede deltakere til hverandre. Flere som henvises til frisklivstilbudet har komplekse sykdomsbilder og kan også trenge hjelp på det mentale.

2.7 PMV Primær Medisinsk Verksted

Er et senter der det utvikles aktiviteter og metoder for helsefremmende arbeid i et flerkulturelt fellesskap. Senteret eies og drives av Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo med lokaler på Grønland. Informasjon om frisklivssentral er blitt formidlet gjennom dialog med prosjektleder for "Migrasjon og helse" hos PMV. Et frisklivstilbud vil være aktuelt for så godt som alle deltakerne hos PMV og de ønsker et tett samarbeid med frisklivssentralen i fremtiden.

2.8 Aktiv på dagtid

Aktiv på dagtid har aktivitetstilbud på dagtid for personer mellom 18 og 65 år som er bosatt i Oslo. Deltakerne her må stå helt eller delvis utenfor arbeidslivet og motta en form for økonomisk støtte. Tilbudet arrangeres av Oslo idrettskrets og koster 300 kr per kalenderår. Aktiv på dagtid kan passe til noen av deltakerne ved frisklivssentralen, men har ikke et bredt nok tilbud til å favne alle. Flere av aktivitetene foregår noe usentralt.

Gjennom prosjektet "Delt erfaring - dobbel styrke!" som blir en del av frisklivssentralen blir det også et tett samarbeid med **Diabetesforbundet, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Oslo Universitetssykehus.**

3 FREMDRIFTSPLAN

Dato / frist	Hva	Med hvem
17.januar	Informasjon og invitasjon til å delta med innspill i prosessen.	Brukerrådet Kampen og Vålerenga Seniorsenter
1. mars	Søke samhandlingsmidler til etablering av Frisklivssentral i bydel Gamle Oslo.	Søknaden er et samarbeid mellom prosjektet "Delt erfaring – dobbel styrke" og frisklivssentralen.
	Lage en oversikt over alle aktiviteter og tilbud i nærmiljøet for å gi befolkningen en oversikt og det som finnes i bydelen.	I dialog med alle lag og organisasjoner med tilbud i bydelen.
Etter tildeling av midler.	Utforming av lokaler. Behov og nødvendige endringer. Utstyr.	
	Utforme skjema og informasjonsmateriell	En mal ligger klar hos Helsedirektoratet. Noen tilpasninger må gjøres.
	Spre informasjon om tilbudet	Fastleger, fysioterapeuter, Nav.
	Starte nettverksbygging	Organisasjoner, lag, treningscenter, Voksenopplæring osv. Grupper med potensielle deltakere.
	Ansettelse av medarbeidere	Fysioterapeuter / treningsveiledere med erfaring fra endringsfokuset motivering.
August 2012	Igangsetting av etablering	
Etter oppstart	Bra Mat kurs for deltakere som ønsker dette.	Leie inn kursholder.
	Røykesluttkurs om behov for dette.	Leie inn kursholder, eventuelt formidle informasjon om eksterne kurs en kan delta på *.
6. mnd etter oppstart	Halvårsrapport Evaluering av oppstart og status.	Frisklivskordinator

* Røykeslutt. Det har på de andre Frisklivssentralene vært såpass få som har ønsket å slutte å røyke at de ikke har kunnet ha gruppetilbud for dette. Det kan være fint å ha kjennskap til og oversikt over eksterne kurs og henvise dit (for eksempel kreftforeningen / helsedirektoratet). Om stort nok behov vil disse inviteres til å holde kurs på frisklivssentralen.

4 BAKGRUNN

4.1 Begrepsavklaringer

Verdens helseorganisasjon definerte i 1948 **helse** som ikke bare frihet fra sykdom og lyte, men fullstendig legemlig, psykisk og sosialt velvære.

Folkehelse omtales som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse [9]. Målet med folkehelsearbeid er flere leveår med god helse i befolkningen og å redusere sosiale helseforskjelle.

Livsstilssykdommer er en samlebetegnelse på sykdommer eller lidelser et menneske kan få som resultat av livsstil. Livsstilssykdommer blir ofte omtalt som vår tids store helseutfordring. De vanligste livsstilssykdommene er hjerte-karsykdommer, KOLS, diabetes 2, fedme og enkelte former for kreft.

4.2 Helseutfordringene i Norge

I følge St. meld. Nr. 47, Samhandlingsreformen, vil vi frem mot 2050 få en betydelig økning i antall eldre, mens andelen yrkesaktive i samme periode ikke vil øke nevneverdig. Det har skjedd og skjer en dramatisk økning innenfor store sykdomsgrupper, spesielt innenfor livsstilssykdommene. Dette innebærer at det blir enda viktigere å legge vekt på å unngå at personer faller utenfor arbeidslivet av helsemessige årsaker. Samtidig er det å bidra til at flest mulig kommer raskest mulig tilbake i arbeid etter sykdom av høy samfunnsøkonomisk verdi [26]. Norge er av de landene i OECD som bruker flest offentlige helsekroner per person. Samtidig hevder OECD at Norge bruker en vesentlig mindre andel av helsebudsjettet til forebygging og folkehelsearbeid enn mange andre land. Det antas at en bedre balanse i ressursinnsatsen mellom behandling og forebygging over tid vil føre til en reduksjon i økningen av behovet for en kostbar behandling. Dette er en av forutsetningene som ligger til grunn for samhandlingsreformen [13].

En større andel eldre i befolkningen vil føre til at flere lever med kroniske sykdommer. Gode levevaner gjennom hele livet har stor betydning for funksjonsevnen i alderdommen. Flertallet av livsstilssykdommene kan forebygges ved å redusere risikofaktorene. Kostholdet har bedret seg på flere områder, men fortsatt er inntaket av frukt og grønt lavere enn anbefalt, og salt- og sukkerforbruket er for høyt. 80 % av den voksne befolkningen er for lite fysisk aktive i forhold til gjeldene anbefalinger [11]. Helsedirektoratet regner med at kostnadene som følge av lite fysisk aktivitet beløper seg til omtrent 6 milliarder kr per år [8].

4.3 Hva kjennetegner situasjonen i Gamle Oslo?

Bydel Gamle Oslo

Innbyggere: bydelen hadde **43 770** innbyggere per 01.01.2011.

Areal: Med areal på 7.5 km² er Bydel Gamle Oslo den femte minste bydelen i Oslo

Befolkningstetthet: 5 843 innbyggere per km² gjør Gamle Oslo til den 5. tettest befolkede bydelen.

Antall innvandrere totalt: 15 803 som utgjør 36.1 % av befolkningen, mot gjennomsnittet for Oslo på 28,4 %.

Innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn: 11 889, dette utgjør 27.2 % av befolkningen[28].

Gamle Oslo utgjør, sammen med bydelene Grünerløkka og Sagene, Oslo indre øst.

Bydel Gamle Oslo har en betydelig andel ikke-vestlige innvandrere. Flertallet i denne befolkningsgruppen har pakistansk og somalisk bakgrunn [23]. Forekomsten av diabetes er betydelig høyere i gruppen med ikke-vestlig bakgrunn i forhold til resten av befolkningen. Spesielt er dette fremtredene blant innvandrere fra det indiske subkontinent, først og fremst fra India, Pakistan og Sri Lanka [22]. Utsagnene er på generelt grunnlag, da det i alle grupper finnes store individuelle forskjeller.

Forventet levealder for menn er 12 år høyere i Oslo ytre vest enn i Oslo indre øst. WHO erkjenner at helseatferd ikke bare er et resultat av individuelle valg, men også henger sammen med sosiale forhold og strukturelle faktorer [10]. Vi ser at lav inntekt og utdanning ofte har sammenheng med risiko for å utvikle livsstilssykdommer. Gjennomsnittsinntekt i bydel Gamle Oslo var i 2009 blant de laveste i Oslo. 1.1.2011 var 11.4 % av befolkningen berørt av sosialhjelp [28]. Kommunal bolig er et tiltak for de aller svakest stilte på boligmarkedet og tildeles på sosialmedisinsk grunnlag. Gamle Oslo har 1704 kommunale boliger og bare bydel Sagene har flere enn dette. Samtidig kommer Gamle Oslo ut med en av de høyeste negative scorene på levekårsindeksen for Oslo [14]. En Fafo rapport bekrefter disse funnene ved å peke på Gamle Oslo som en av bydelene med størst andel barn i lavinntektsushold (15.3 %) Rapporten trekker frem lavt utdanningsnivå som en forklaring på den høye fattigdomsandelen [29]. Samtidig er det blitt flere i bydelen med høyere utdanning, da unge voksne med høy utdanning og inntekt har flyttet inn. Dette gir en bydel med store variasjoner innad i befolkningen. Dette gjenspeiles også geografisk i bosettingen. Områdene Grønland, Enerhaugen og Tøyen har de klart største gruppene med ikke-vestlige innvandrere mens Lodalen, Kampen og Vålerenga har en betydelig lavere andel innvandring [28]. Da ikke-vestlige innvandrere gjennomsnittlig har lavere utdanning, lavere inntekt og dårligere boligstandard [25] kan dette gi en pekepinn på i hvilke områder en har høyest risiko for å utvikle livsstilssykdommer.

Mange av dem som bor i sentrumsbydelene har små og få friområder for rekreasjon. En frisklivssentral med mål om å vise befolkningen hvordan man kan benytte nærområdene for fysisk aktivitet, vil kunne kompensere noe for dette.

4.4 Minoritetshelse

Innvandrerbefolkningen i Norge har økt raskt siden slutten av 1960. I dag består befolkningen av personer med bakgrunn fra 214 ulike land. De største innvandrergruppene i Norge i dag er fra Polen, Pakistan, Sverige, Irak og Somalia.

Grupper og individer som flytter fra et land til et annet utgjør ofte en minoritet som skiller seg fra majoritetsbefolkningen både fysisk og kulturelt. Disse gruppene vil kunne møte sosiale og økonomiske utfordringer og vanskeligheter uavhengig av årsakene til migrasjon. Mange mangler kunnskaper og ressurser, språklige og kulturelle koder og annet som den etniske befolkningen besitter og tar for gitt. Som følge av dette har enkelte innvandrergrupper lavere sosial status, spesielt de første årene etter ankomst til et nytt land. Det gjør dem spesielt sårbare, også når det gjelder helse [9].

Prosessen av urbanisering og vesternisering tilknyttet migrasjon påvirker endring i matvaner. Ofte er resultatet kaloritette måltider med lavt fiberinnhold. Kombinert med adopsjon av en stillesittende livsstil spiller disse forandringene en nøkkelrolle i risikofaktorer for livsstilssykdommer. En høyere andel av minoritetsbefolkningen har blitt vurdert til inaktive sammenlignet med nordmenn og den generelle befolkningen. Hjerte- og karsykdommer er forventet å bli vanlig i innvandrerbefolkningen på grunn av en større utbredelse av fedme, diabetes, inaktivitet og usunne matvaner [1]. Også forhold i starten av livet kan ha betydning for helsen senere i livet. For eksempel kan lav fødselsvekt gi høyere risiko og gjøre en mer mottakelig for diabetes 2 og andre livstilssykdommer.

Økningen av diabetes kan knyttes til den økende andelen fedme i befolkningen. Samtidig øker risikoen for diabetes med alderen. Alle offentlige rapporter viser til at diabetes er mer utbredt blant innvandrere i Norge enn blant etniske norske. Innvandrere er også utsatt for flere risikofaktorer for diabetes. Generelt viser studier en alarmerende høy forekomst av diabetes 2 blant innvandrere, spesielt fra Sør-Asia [1]. I følge en helserådgiver ved St. Olavs Hospital har ikke-vestlige innvandrere som flytter til Europa 19 ganger større sjans for å bli overvektige. Han mener en forklaring på dette kan være at afrikanere og befolkningen på det indiske subkontinentet har høyere insulinresistens enn europeere [4]. Insulinresistens er at cellene ikke reagerer som de skal på hormonet insulin. Dette er

en arvelig tilstand. Ved at insulinet ikke blir utnyttet godt nok i kroppen øker mengden insulin i blodet. Konsekvensen er at man lett legger på seg og vanskelig går ned i vekt [5].

Siden 1980-tallet har vitamin D mangel blitt sett på som en av de viktigste helseutfordringene i innvandringssamfunn. Kjente risikofaktorer for vitamin D mangel er mer begrenset tilgang til sol og mat med lavt D-vitamin innhold. Vitamin D mangel er et vanlig helseproblem blant innvandreregrupper i Norge, mer utbredt blant kvinner enn menn. Vitamin D finnes i matvarer som fet fisk, lever, smør og egg. Gjennom tilpassede ernæringskurs kan dette formidles på en praktisk, enkel og forståelig måte.

5 LOVER OG NASJONALE FØRINGER

Den siste tiden har det blitt et økt fokus på folkehelse, forebyggende og helsefremmende arbeid. Gjennom samhandlingsreformen blir det også økonomisk lønnsomt for kommunene å fokusere på dette. Det skal iverksettes tiltak for å utjevne de økende sosiale helseforskjellene.

5.1 Kommunehelsetjenesteloven

Det er kommunen som etter kommunehelsetjenesteloven har primæransvaret for helsetjenesten utenfor institusjon. Landets kommuner skal i henhold til lovens § 1-1 sørge for nødvendig helsetjeneste til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen [17].

§ 1-2. (Helsetjenestens formål)

"Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen".

§1-4. (Planlegging, informasjon og samordning)

"Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen".

Disse paragrafene gir i klartekst uttrykk for kommunenes ansvar i forhold til folkehelsearbeidet.

5.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen peker på at de tre største helseutfordringene i Norge i fremtiden vil være at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok, at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom og at den demografiske utviklingen og endringene i sykdomsbildet vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne [9].

Norges offentlige utredninger om Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene, har tidligere påpekt at det å drive folkehelsearbeid ikke har hatt noen direkte positiv verdi for kommunene. Kommunene har stått med utgiftene, mens fylkeskommune og stat har tatt gevinsten [15]. Svaret på denne utfordringen er samhandlingsreformen. Som et resultat av samhandlingsreformen flyttes 5 milliarder kroner fra stat til kommune. Det skal lønne seg å forebygge og bygge opp nye tjenester der folk bor [26].

Målene med samhandlingsreformen er:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.

Samhandlingsreformen viser vei fremover og gir helsetjenesten en ny retning. Fokus vil bli flyttet fra å reparere til forebygging og tidlig innsats. For folk flest betyr dette blant annet at oppfølging av personer med kroniske lidelser vil bli bedre. Det vil bli flere tilbud til dem som ønsker hjelp til å legge om levevaner som kan føre til sykdom, for eksempel å endre kosthold, komme i gang med fysisk aktivitet eller stumpe røyken. Folk vil også merke mer fokus på helsefremmende arbeid i nærmiljøet.

5.3 Ny folkehelselov

Ny folkehelselov er et viktig tiltak for å kunne nå samhandlingsreformens intensjon om å forebygge mer og bedre. Hovedtrekkene i lovforslaget til ny folkehelselov er:

- Ansvaret for folkehelsearbeid legges til kommunen. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.
- Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte kommunens egne helseutfordringer.
- Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert, slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommunen.
- Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer [12].

Den nye folkehelseloven peker på at det er viktig at kommunene er bevisst hvilke virkemidler de har for å følge opp sitt ansvar med å fremme helsen og forebygge sykdom. På bakgrunn av utfordringsbildet har kommunen mulighet til å utforme tiltak som kan redusere risikofaktorer for dårlig helse og utjevne forskjeller i levekår som har betydning for helse. Frisklivssentral er et slikt tiltak.

6 FRISKLIVSSENTRAL

En frisklivssentral er et bidrag til samhandlingsreformens ønske om å rette fokus mot forebyggende arbeid.

En frisklivssentral er et kommunalt kompetansesenter for veiledning og oppfølging primært innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen har strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer som har behov for endring av helseatferd [11].

I 2003 ble Grønn resept innført for pasienter med diabetes type 2 eller høyt blodtrykk. Hensikten var å vektlegge endring av levevaner og dermed hindre eller utsette medikamentell behandling. En evaluering av denne ordningen har blant annet avdekket behov for en instans fastlegen eller andre helsepersonellgrupper kan henvise pasienter til for å få faglig hjelp over tid til å endre levevaner.

Det er for mange en vanskelig og langvarig prosess å endre helseatferd. Dette krever ofte individuell og/eller gruppetilpasset veiledning og oppfølging over tid i et støttende miljø. Det er få kommuner som har hatt et slikt forebyggende oppfølgingstilbud for voksne, men med støtte fra Helsedirektoratet har det de senere år blitt utviklet et tilbud for oppfølging av helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og røyking. Tilbudet er tilpasset dem som ikke nås av andre eksisterende tilbud i frivillig eller privat regi, og de som trenger motivasjonshjelp til å endre helseatferd. Fokus er rettet mot høyrisikogrupper som vil ha vesentlig helsemessig nytte av endring av en livsstilsendring. Evalueringer har vist gode resultater ved at deltakerne føler de blir møtt der de er og får hjelp til å sette realistiske mål. Samtidig er legene fornøyde og hevder at dette er et godt organisert opplegg. Helsedirektoratet mener kommunale frisklivstilbud bør være tilgjengelig i alle kommuner og bydeler i Oslo [9].

6.1 Frisklivsresept

I en frisklivsresept er det ikke diagnosen som står sentralt, men mulighetene. En frisklivsresept er en blankett for henvisning til en frisklivssentral etter en helse-/sosialfaglig vurdering. Henvisningen gir tilgang til strukturert veiledning og oppfølging innen fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. En reseptperiode vil i denne sammenhengen vare i 12 uker ved deltakelse på en frisklivssentral [11]. Om legen ser det som hensiktsmessig kan en deltaker få skrevet ut en ny reseptperiode når 12 uker er over. For å delta på tilbudet og innløse resepten må man betale en avgift.

Det er noe ulik praksis i ulike bydeler og kommuner om hvem som kan henvise til en frisklivssentral. Fastlegene er hos alle sentrale i forhold til henvisning, men mange har opplevd det som positivt at også fysioterapeuter kan henvise. I noen tilfeller har også NAV muligheten til å henvise potensielle brukere.

6.2 Frisklivssamtalen

Frisklivssamtalen omtales av Helsedirektoratets veileder som en strukturert, individuell samtale som bygger på prinsipper for motiverende samtale eller Motiverende Intervju (MI). Motiverende samtale er en empatisk, ikke-moraliserende tilnærming hvor deltakernes selvforståelse står sentralt. Metoden er dokumentert effektiv for endring av helseatferd [11]. Det er et mål at deltakeren er aktiv og finner løsninger selv. Ansattes oppgave er å hjelpe deltakeren med å finne et passende tilbud og å hjelpe deltakeren til å bli motivert og oppleve mestring. I samarbeid med deltaker skal det utarbeides mål og plan for reseptperioden. Dette er en individuell plan hvor deltakeren selv bestemmer hvilke aktiviteter han ønsker å delta på.

I frisklivssamtalen skal veilederen

- identifisere deltakerens behov og motivasjon for endring
- utforske ambivalens og barrierer for endring
- identifisere aktuelle tiltak ut ifra deltakerens behov
- bistå deltakeren i å sette seg konkrete målsettinger
- kartlegge og sammenligne helseatferd før reseptperioden og etter gjennomfør reseptperiode

- informere om aktuelle tilbud i nærmiljøet (hvor, når, hva, pris) [11].

Om man føler seg sett, hørt, forstått og akseptert av noen som virkelig er interessert og har positive forventninger, skjer det noe viktig. Man blir stimulert og styrket og vokser som menneske [16].

Alle som blir henvist til frisklivssentralen inviteres til en frisklivssamtale for å se på muligheter og mål for perioden. Etter 12 uker gjennomføres en ny samtale for evaluering og fokus på veien videre. Om ønskelig kontaktes deltakerne igjen etter 6 mnd og ett år for å høre hvordan det går. Legen som har skrevet ut resepten vil få en kort tilbakemelding i forhold til gjennomføring og endring.

6.3 Fysisk aktivitet

"Beregningen viser at over et livsløp kan en fysisk aktiv person i gjennomsnitt forventes å få 8,3 kvalitetsjusterte leveår mer enn en fysisk inaktiv person" [9].

Fysisk inaktivitet er en selvstendig risikofaktor for flere sykdommer og en viktig årsak til overvekt og fedme. Samtidig rammer inaktivitet sosialt skjevt og bidrar til økte sosiale forskjeller. Aktivitetsnivået i befolkningen er lavt og viser negativ utvikling. Arbeidet med å legge forholdene til rette for at fysisk aktivitet blir en mer naturlig del av hverdagen for kommunens innbyggere, må skje gjennom både universelle tiltak som favner alle og gjennom målrettet innsats overfor risikogrupper [13].

Frisklivstrening foregår i grupper, noe som er effektivt og erfaringsmessig bidrar til økt trivsel og mestring for de fleste deltakerne. Treningen skal følge effektive treningsprinsipper og være tilpasset målgruppen. Målsettingen er at deltakerne skal bli mer fysisk aktiv, komme i bedre form, lære, få mestringsopplevelser og få tro på egen evne til å endre vaner. Som utgangspunkt kreves det at personen kan opprettholde rolig gange over 20 min.

Deltakerne skal tilbys en test ved oppstart og ved evalueringer i treningsopplegget. En test kan gi flere indikasjoner på betydningen av tilbudet og kan være en ekstra motivasjon for deltakeren om det brukes riktig. Det vil være viktig å understreke at en sån test er frivillig, og samtidig formidle hvorfor en slik test kan være viktig og hvordan det kan komme deltakeren til gode.

Det bør legges opp til at aktivitetene i størst mulig grad er overførbare til de mulighetene deltakerne har etter reseptperioden og det bør fokuseres på aktiviteter som krever minst mulig utstyr. Deltakerne skal gjøres kjent med turmuligheter og aktuelle lokale aktivitetstilbud. Det er en fordel om deltakerne i løpet av reseptperioden får erfaring med ulike aktiviteter. Målet er at reseptperioden gjør deltakerne i stand til å vedlikeholde en økt fysisk aktivitet ved egentrening eller som deltakere i lokale tilbud.

6.4 Ernæring

Det er anbefalt frisklivssentraler å ha samarbeid med en ernæringsfysiolog, da deltakerne skal få hjelp til å endre sine matvaner. Hjelpen skal være basert på endringsfokusert veiledning og norske myndigheters anbefalinger for et sunt kosthold.

Bra Mat kurs er ofte brukt for dem som ønsker inspirasjon i forhold til sunn mat. Kurset bygger på gjeldende kostholdsanbefalinger fra Helsedirektoratet, og kursøktene består av fakta, diskusjon og noe praktisk matlaging. Sunn og god mat er viktig for helse og trivsel. Hovedmålene innen ernæring er å få folk til å spise mer frukt og grønnsaker og redusere inntaket av sukker og fett, særlig mettet fett og transfett. En rekke livsstilssykdommer kan forebygges ved et bedre kosthold. Fettinnholdet i det norske kostholdet har gått ned de siste 20 årene, men de siste årene har den positive utviklingen flatet ut. Det gjør at maten vi spiser fortsatt inneholder for mye fett, særlig mettet fett. I tillegg får de fleste i seg for lite stivelse og kostfiber og for mye sukker, salt og alkohol [11].

6.5 Røykeslutt

De negative helsekonsekvensene av røyking er grundig dokumentert og det brukes stadig sterkere virkemidler for å forebygge dette. Røykeavvenningskurs blir i direktoratets veileder fremhevet som et

viktig forebyggende tiltak. Henviste personer kan få tilbud om røykeslutt kurs gjennom frisklivssentralen. I tillegg vil frisklivssentralen gi informasjon om andre tilbud som Røyketelefonen og Slutta.no, et nettbasert interaktivt tilbud.

6.6 Temasamlinger

Temabaserte samlinger bør arrangeres i reseptperioden, med relevante tema innen helseatferd. Tema kan være korte innlegg ved fagpersoner eller diskusjoner om levevaner og endring. Praktisk informasjon om riktig påkledning for aktivitet og presentasjon av ulike treningstilbud vil også være nyttig.

Et benyttet virkemiddel hos NiMI som jobber med personer med sykelig overvekt, er strukturkurs. Strukturkurset består av undervisning i livsstils tema, opplæring i endringsmetodikk, individuell målsamtale og strukturgruppe. Hovedmålet med strukturkurset er at deltakeren etablerer varige endringer. Ved å utvikle deltakernes planleggings- og evalueringsferdigheter og sørge for etablering av faste rutiner og struktur i hverdagen, sikres at deltakeren i større grad klarer å gjennomføre planene sine. Og nå sine mål. Strukturkurset er laget for personer med livstilssykdommer, som er motivert for å skape endring [18]. Å gjøre seg nytte av verktøy og erfaringer fra dette kan være spennende og aktuelt på en frisklivssentral.

6.7 "Delt erfaring – dobbel styrke"

Som et supplement til frisklivssentralens vanlige tilbud vil Gamle Oslo ha et gruppebasert tilbud som er spesielt tilpasset minoritetskvinner. Prosjektet "Delt erfaring - dobbel styrke!" ønsker å gi et mer helhetlig og langvarig pasientforløp ved primær- og sekundærforebygging av diabetes, hjertekarsykdom og fedme hos kvinner med innvandrerbakgrunn. Slik kan kvinnene selv ta sunne og helsefremmende valg i hverdagen og holde fast ved disse. Prosjektet ønsker å teste en ny modell for en mer integrert og forpliktende samhandling ved at de ulike aktørene utnytter hverandres kompetanse og erfaring. Til grunn for modellen ligger et tidligere utviklet verktøy, kalt "Tilpasset Info". Dette er et gruppeopplegg utviklet for å hjelpe mennesker med å forebygge og bedre mestring av diabetes 2 [6]. Metoden er blitt evaluert og funnet svært nyttig [20].

Prosjektet er i samarbeid med Lovisenberg Diakonale sykehus, Oslo Universitetssykehus, Diabetesforbundet og bydel Gamle Oslo. Dette samarbeidet vil knytte sammen bydelens helsefremmende virksomhet rettet mot voksne mennesker med innvandrerbakgrunn tettere sammen. Prosjektet knyttes til frisklivssentralen som ønskes etablert i bydelen og tilfører på denne måten mye viktig kompetanse på et svært aktuelt tema.

7 MÅLGRUPPE

"Målgruppen for frisklivsresept er personer som har økt risiko for, eller som allerede har, sykdommer eller lidelser, og som kan ha helsemessig nytte av økt fysisk aktivitet, endret kosthold og/eller røykeslutt" [11].

I følge rapporten "Fysisk inaktive i Norge" kan man skille mellom inaktive med et ønske om å være mer aktiv og dem som ikke ønsker det. 76 % tilhører gruppen med ønske om å være mer aktiv og omtales som de potensielt aktive [21]. I følge definisjonen er alle som kan ha helsemessig nytte av endret helseatferd i målgruppen. Men å oppnå dette uten at personen selv har et ønske om foreta endring er ikke mulig. Motivasjon vil derfor måtte kreves av målgruppen.

Det er mest erfaring med frisklivsresept til personer i alderen 18-67 og rapportene viser at det først og fremst er middelaldrende og eldre som gjør seg nytte av reseptordningen. Dette kan delvis forklares ved at en del av sykdomstilstandene som fører til henvisning først rammer når en blir eldre, men flere yngre burde også benytte tilbudet for å forebygge en utvikling av livsstilssykdommer. Kvinnene dominerer blant deltakerne. I 2006 var 75 % av de som startet i ordningen kvinner.

Rapporter fra ulike steder i landet hevder at personer med minoritetsbakgrunn er så godt som fraværende i reseptordningen [3]. Da vi har sett at mange innvandrere har en økt risiko for livsstilssykdommer og utgjør en viktig del av målgruppen er dette alvorlig. Dette har likevel ikke vært en aktuell problemstilling ved de oppstartede sentralene i Oslo og Drammen. Her har minimum 50 % av deltakerne hatt minoritetsbakgrunn. Minoriteter virker også å være mer åpen for tilbudet i litt yngre alder. Dette tyder på at problemstillingen med å nå ut til minoriteter kan vise seg å være mer aktuell i mindre byer og i distriktene. I Oslo er det i dag en større utfordring å nå ut til menn, uavhengig av kulturell bakgrunn og alder.

7.1 Kjønn

Gutter og menn har høyere dødsrisiko fra første leveår, likevel er arbeidsfraværet pga sykdom og bruk av helsetjenester lavere blant menn enn kvinner. Forskjellen i forventet levealder mellom kvinner og menn er synkende, men fremdeles har kvinner en forventet levealder på nesten 5 år mer enn menn. Selvrappert helsetilstand er alt i alt mer positiv hos menn enn hos kvinner. Disse forskjellene har rent faktiske årsaker, men kommer også av at menn og kvinner aksepterer sykdom i ulik grad. Fremdeles finnes det holdninger som går ut på at sykdom og svak helse bryter med de stereotype mannsidealene. Kjønnsspesifikk kunnskap om helse, sykdommer og helsetjenester er viktig for å kunne tilby sykdomsforebygging, behandling, omsorg og rehabilitering for både kvinner og menn.

Samtidig som kvinner lever lenger, har de flere år med helseplager enn menn. Kvinner har høyere sykefravær enn menn og de har i større grad enn menn varige, kroniske sykdommer. En økning i levealder er ikke det samme som flere "friske" leveår. For enkelte kan det bety flere år med redusert helse eller funksjonsproblemer. Helsen taper seg med alderen, og forekomsten av sykdom og skader øker. Menn lever kortere, men får flere friske leveår enn kvinner. Det er spesielt en økende hyppighet av menn som dør av diabetes i den mannlige befolkningen. En spesiell utfordring er økningen blant yngre menn. Hjerte og karsykdommer kan knyttes til menn og maskulinitet fordi slike lidelser fremdeles er hyppigere dødsårsak for menn enn kvinner. Diabetes øker risikoen for hjerteinfarkt, og menn får ofte hjerteinfarkt i yngre alder enn kvinner.

Rapporten fra MoRo prosjektet viser at trening i grupper er med på å motivere til deltagelse. Flere av deltagerne finner seg godt til rette i tilpassede grupper. Her kan de føle tilhørighet og forpliktelse til gruppen, noe som motiverer. Rene kvinnetreningsgrupper kan være et virkemiddel for å få flere kvinner fysisk aktive. Samtidig kan dette oppleves ekskluderende for menn ved sentralen. Da mange frisklivssentraler har få menn blant sine deltagere vil det være vanskelig å tilby tilsvarende grupper for menn. Ved trening utendørs har denne problemstillingen vist seg å være så godt som ikke eksisterende. De fleste frisklivssentraler legger opp til utendørstrening så lenge været tillater dette.

For å få flere menn til å være fysisk aktive må det arbeides bevisst med å etablere lavterskeltilbud som appellerer i mindre grad til menn enn kvinner. Populære lavterskeltilbud og generell tilrettelegging for fysisk aktivitet appellerer mindre til menn. For å få gode lavterskeltilbud er det derfor viktig å involvere menn i utvikling og organisering av aktivitet [24].

8 TILNÆRMING og METODE

NOU 1998 peker på at det for å lykkes med folkehelsearbeidet er nødvendig å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon [15]. En frisklivssentral skal hjelpe deltakerne med å ta kontroll over eget liv og gi motivasjon til å gjennomføre livsstilsendringer. Tiltakene bygger på teorier om brukermedvirkning, empowerment og helsefremmende faktorer.

8.1 Endring

Atferdsendring er en vanskelig og kompleks prosess. Prochaske og DiClementes fremstiller de ulike fasene for endring i det de har kalt Endringshjulet.

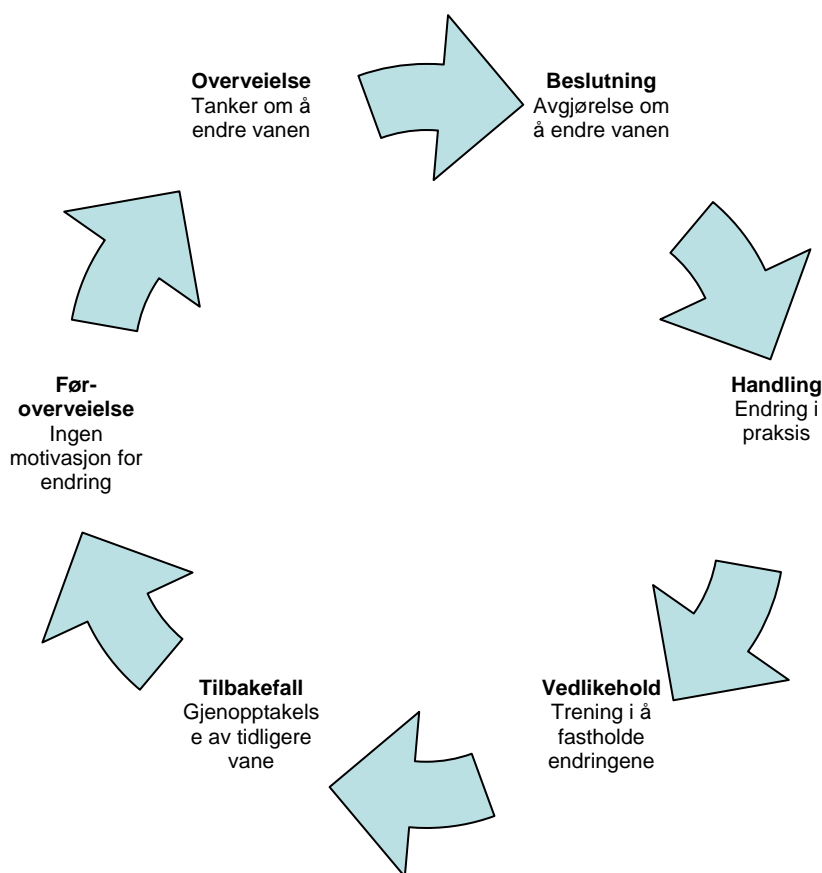


Fig 1: Endringshjulet
Prochaske og DiClementes [2].

Først når en person har fått en stabil og vedvarende endring er han ute av endringssirkelen. Flere erfarne endringsveiledere presiserer at tilbakefall er helt naturlig og vil forekomme. Det viktige i forhold til dette er å ha snakket om det på forhånd og å ha en plan klar for hva en gjør ved tilbakefall. Endring av levevaner tar tid og en frisklivssentral med reseptperioder på 12 uker kan ikke hjelpe personer gjennom hele denne sirkelen. Hensikten er å hjelpe deltagerne som ønsker eller overveier en endring å omsette det til handling.

Ved å tilby frisklivsresept kan fastlegen hjelpe sine pasienter fra overveielse til beslutning. I innføringen av en mer aktiv livsstil er frisklivssentralen en perfekt veileder. Gjennom individuell veiledning og gruppebasert treningstilbud skal sentralen ta vare på de som er motivert for endring og finne tilpassede aktiviteter for dem. For vedlikehold av endringen vil frisklivssentralen introdusere deltagerne til eksterne aktiviteter. Dette rapporteres å være en kritisk fase. Det er derfor helt nødvendig at hver og en veiledes ut i aktiviteter som passer deres ønsker og behov.

En frisklivssentral skal møte behovet til de potensielt aktive og hjelpe denne gruppen til handling og endring. Selv om lysten til endring er der, er mange usikre på hvorvidt de vil klare å komme i gang med regelmessig fysisk aktivitet. Frisklivssentralens oppgave er å finne ressursene i deltagerne og styrke dem i troen på at dette er noe de kan klare. Mange av deltakerne har kanskje erfaring med å misslykkes i fysisk aktivitet tidligere og har en forventning om at dette vil skje igjen. Å tilby lavterskeltilbud med enkel koordinasjon og lavt intensitetsnivå er derfor viktig for å skape en mestringfølelse og motivasjon til videre arbeid.

8.2 Brukermedvirkning og Empowerment

8.2.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er brukeres innflytelse på utformingen av tjenester. Brukermedvirkning handler om at tjenesteapparatet benytter brukerens erfaringskunnskap for å kunne yte best mulig hjelp. Medvirkning ligger i dialogen og samspillet mellom bruker og tjenesteutøver, men fratar ikke behandleren sitt faglige ansvar. Målet er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke.

Brukermedvirkning har en åpenbar egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. Dersom brukeren i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon.

8.2.2 Empowerment

"Empowerment"-modellen skriver seg fra frigjøringspedagogen Paulo Freire og hans arbeid blant undertrykte landarbeidere. Blant annet mente Freire at de undertrykte gjennom utdanning og deltagelse ville bli i stand til kritisk å reflektere over sin egen situasjon og sine problemer. Dette kan også overføres til folkehelsen [7].

Det sentrale poenget med "empowerment" er at folk skal tilkjennes herredømme over egne liv ved at man selv definerer sine mål og behov, samt deltar i beslutninger. Å ha god helse vil si at man har ressurser til å fatte helsefremmende valg. Personer som over lengre tid befinner seg i spesielt krevende situasjoner, og som opplever maktesløshet og mangel på kontroll over egen livssituasjon, er mer utsatt for sykdom. Empowerment retter seg mot mangelen på kontroll ved å fremme deltakelse i aktiviteter, styrke følelsen av tilhørighet i lokalsamfunnet og i sosiale nettverk, og ved å fremme en tro hos folk på at de kan kontrollere sin verden [15].

8.3 Salutogenese og helsefremmende arbeid

Den helsefremmende dimensjonen skiller seg fra den forebyggende ved å ville styrke de positive faktorene heller enn å fokusere på å fjerne risikofaktorer, slik det tradisjonelle folkehelsearbeidet har vært orientert [15].

Begrepet Salutogenese er dannet av det latinske ordet *salus*, som betyr helse og det greske ordet *genesis* som betyr tilblivelse. Altså læren om hva som gir oss god helse.

Når vi har gode opplevelser i hverdagen øker dette vår trivsel, gir oss indre glede og styrker vår helse. En god samtale med naboen, et velsmakende måltid med sunne ingredienser, frisk luft, stillhet, vakker musikk og kunst kan være eksempler på helsefremmende opplevelser som salutogene faktorer i våre liv.

Mange søker selv salutogene opplevelser i fritiden, men for andre er det nødvendig at samfunnet tilrettelegger for dette. Inkluderende fellesskap der den unike erfaring vi alle bærer på kan bli sett og verdsatt av andre, er her helt sentralt. Inkludering i salutogene aktiviteter og fellesskap er sannsynligvis en nødvendig vei å gå dersom ikke bare de mest "vellykkede" i samfunnet skal få styrket sin sosiale kapital og helse. I en tid da individet står i fokus, mer enn familien, og stadig flere bor alene, er det viktig å legge til rette for kreative og inkluderende møteplasser i samfunnet [27].

9 ERFARINGER OG VURDERINGER

Prosjektet har gitt mulighet for deltagelse i nettverksgrupper, på samlinger og kurs i regi av både Helse- og Velferdsetaten og Helsedirektoratet. Samtidig har det gitt mulighet for å se på erfaringer i tidligere prosjekter og samarbeide med prosjektet "Delt erfaring – dobbel styrke!". Besøk hos frisklivssentralene i Oslo (Alna og Bjerke), Drammen og Bodø har også gitt mye ny kunnskap og innsyn i erfaringer som gjør Gamle Oslo godt rustet til å starte en egen frisklivssentral. Under følger en gjennomgang av erfaringer og ulike praksiser, diskutert i forhold til situasjonen i vår bydel.

9.1 Evaluering av MoRo prosjektet

Tiltross for at det foreligger overveldende dokumentasjon om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse, peker MoRo prosjektet på at det er stor mangel på kunnskap om hvordan man best stimulerer til økt aktivitet i brede befolkningsgrupper. Å forstå hvorfor noen er fysisk aktive og andre ikke har vist seg å være komplisert. Evalueringen av MoRo prosjektet viser til at teorier om endring legger vekt på holdningsendring som premisse for atferdsendring. En persons oppfatning av konsekvenser vil i stor grad påvirke personens holdning til fysisk aktivitet og intensjonen om å drive slik aktivitet. I følge disse modellene vil det være viktig å utvikle tiltak som kan endre folks holdninger til aktivitet i positiv retning. Tiltak bør derfor ha som mål å fremme syn på muligheter og redusere folks oppfattede barrierer knyttet til aktivitetsøkning. Egne tidligere erfaringer med fysisk aktivitet påvirker også den enkeltes forventning om å kunne gjennomføre og vedlikeholde en økning av fysisk aktivitet. Det er derfor avgjørende å legge opp til aktivitetstiltak som gir positive erfaringer og dermed øker befolkningens forventninger om mestring [19].

Prosjektevalueringen peker på en rekke konkrete erfaringer i forhold til aktivitet rettet mot innvandrerkvinner. Samtidig peker også deltakerne på hva som var suksessfaktorene for at de ville delta.

Prosjektets evaluering:	Deltakernes tilbakemelding:
<ul style="list-style-type: none">- viktig å ikke stille krav til bekledning og skotøy "kom som du er" – motto- viktig med enkel og tydelig verbal instruksjon, kombinert med tydelige tegn- avgjørende med instruktørens evne til å være oppmuntrende og motiverende- intensitet og kravet til koordinasjon lavt- rene kvinnegrupper- ikke for sensuelle øvelser og bevegelser- musikk kan utløse emosjonelle følelser- vanskelig med presist oppmøte- gunstig med forankring i norskundervisning og samarbeid med lærerne	<ul style="list-style-type: none">- aktivitet i lokalmiljøet, lite tid til transport- formen på trimmen; lavt tempo i starten, enkle øvelser og variert musikk- aktivitet tilpasset deltakernes fysiske form ga lav terskel for deltakelse- godt, positivt og inkluderende miljø i gruppene- relativt små grupper- deltakerne opplevde sosial støtte ved å være en del av gruppen- morsomt- gratis- premie etter 8 fremmøter

Gjennom hele prosjektperioden fikk MoRo prosjektet positiv tilbakemelding fra personene i høyrisikogruppen både på den individuelle oppfølgingen og gruppeaktivitetene med fysisk aktivitet. MoRo la vekt på små, men realistiske endringer, og satte opp individuelle mål sammen med deltakerne. Mange endret livsstil betydelig ved å spise sunnere og mosjonere mer, og opplevde å komme i bedre form og få mer overskudd i hverdagen. Mange med kjent diabetes opplevde å få en helt annen forståelse av sin sykdom, økte sin mestring og ble bedre regulert. Røykevaner viste det seg gjennomgående vanskeligere å endre [19].

Alle disse erfaringene er viktige for frisklivssentralen å ta med seg ved etablering av tilbudet. Inkluderende lavterskelgrupper for fysisk aktivitet er en av grunnsteinene i frisklivsmodellen. Ved opprettelse av frisklivssentraler på bydelsnivå tas nærhet og lokalmiljø på alvor.

9.2 Prosjektet "Delt erfaring – dobbel styrke!"

Prosjektet "Delt erfaring – dobbel styrke!" vil knytte sammen bydelens helsefremmende virksomheter med tilbud i spesialisthelsetjenesten for å gi et mer helhetlig pasientforløp. Prosjektet har et gruppetilbud utviklet med tanke på minoritetskvinner og deres erfaringer. En evaluering av denne modellen peker på hvordan erfaringsutveksling og dialog i mindre grupper og et sosialt læringsmiljø påvirker deltageres empowerment og livsstil relatert til forebygging av diabetes. Gruppene består av personer med felles etnisk bakgrunn. Gjennom evalueringen kan noen nyttige erfaringer trekkes frem:

- En nøkkelperson fungerer som hjelper og tolk. Muntlig språkferdighet er viktig i empowerment og helsekyndighet
- Rom for å ta med barn. (Deltagelse av barna blir sett som positivt. Når barna også har hørt og lært om riktig kosthold og fysisk aktivitet kan det bli lettere for mor å overføre dette til familien).
- Rom for å invitere med venninner. (Dette blir sett på som positivt. Det gir en tilbakemelding på at kurset oppleves som nyttig og gir muligheten til å nå ut til flere).
- Bygge relasjoner (Deltakerne i gruppen bryr seg om hverandre og trives sammen) [20].

Evalueringen av prosjektet viser at fleksibilitet var med på å øke deltakelsen i gruppesamlingene for kvinnelige innvandrere. Spesialist i samfunnsmedisin, Gunnar Tellnes, påpeker at et inkluderende fellesskap er sentralt for å kunne fremme helsefremmende faktorer[27].

Gjennom prosjektet "Delt erfaring - dobbel styrke!" vises det til et behov for bindeledd mellom første - og andrelinje tjenesten. For sykehusansatte med fokus på livsstilssykdommer og minoriteter oppleves det som om deres pasienter etter endt behandling skrives ut til ingenting. Det ansees som nødvendig å veilede pasientene direkte inn i tilbud i førstelinje tjenesten som kan tilby en trygg arena.

9.3 Bjerke – Alna – Drammen - Bodø

Gjennom felles nettverk og kurs er det god dialog mellom frisklivssentralene i Oslo. Etter besøk hos to av Oslo-sentralene har forprosjektet spesielt fått kjennskap til erfaringene fra bydelene Bjerke og Alna. Disse sentralene har begge startet opp i 2011 som noen av de første i Oslo. Da begge er lokalisert i Groruddalen besitter de spesielt erfaringer i forhold til frisklivskonseptet og minoritetsbefolkningen. Deres erfaring viser at det ikke er noen spesielle utfordringer knyttet til å få minoriteter til å benytte tilbudet. Derimot kan noen av verktøyene være utfordrende, da språkbarrierer kan gjøre kommunikasjonen vanskeligere. Dette kommer spesielt til uttrykk gjennom frisklivssamtalen som er basert på språklige virkemidler og at deltakerne selv skal peke på behov og mål. Å ikke beherske språket er en utfordring for empowerment og helsekyndighet. Drammen har forsøkt samtaler på litt ulike måter, med og uten tolk, med hjelp av familiemedlemmer og andre, uten å kunne si hva som er mest hensiktsmessig i de ulike situasjonene.

På veldig kort tid har Frisklivssentralen i Bodø fått svært gode resultater å vise til. Deltakerne har fått målbart bedre fysisk helse i løpet av tre måneder. Det er en stor gevinst, både for den enkelte og for samfunnet som helhet. Sentralen har vært i drift i vel et år og hatt stor pågang. Bodø har latt sine deltakere benytte seg av deres treningstilbud i ni måneder. Dette fordi de mener det etter denne tiden skjer en endring i tankemønsteret og at endringen vil være mer varig. Da sentralen har vært i gang kun vel et år er det vanskelig å peke på resultatene av denne vurderingen.

Drammen har også gjort seg noen erfaringer med avslutting av reseptperioder. Deres erfaring er at man ikke kan avslutte "medlemskapet" på en frisklivssentral rett før lange ferier og lignende. I sommerferien er mange av de eksterne treningstilbudene utilgjengelige. Dette gjør at mange får et opphold i treningsvanen og vil ha vanskeligheter med å komme i gang igjen.

Ofte har tilbud ved frisklivssentralene blitt til eller endret underveis, ettersom en ser behovet. Det krever en fleksibilitet rundt oppstart for å kunne møte behovet best mulig. Befolkningene i de ulike kommunene og bydelene er ulike og har ulike behov. Dette må det lyttes til og tas høyde for om en skal lykkes.

10 LITTERATURLISTE

- [1] Abebe D. S (2010) *Public Health Challenges of Immigrants in Norway: A Research Review*. NAKMI (Nasjonalt Kompetansesenter for Minoritetshelse) Rapport 2/2010.
- [2] Barth T, Børtveit T, Prescott P (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- [3] 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. 226. Møreforskning og Høgskulen i Volda.
- [4] Dennis J *Minoriteter mer utsatt for livsstilssykdommer*. St. Olavs Hospital Blogg. Universitetssykehuset i Trondheim
<http://www.stolav.no/no/Aktuelt/Nyheter/PulsenBlogg/Minoriteter-mer-utsatt-for-livsstilssykdommer/>
- [5] Diabetesforbundets nettsider www.diabetes.no
- [6] Ek N L (2011) *Delt erfaring – dobbel styrke. Kvinnefellesskap til et sterkere liv*. Prosjektbeskrivelse.
- [7] Gjernes T (2004) *Helsemodeller*. Forebygging.no
- [8] Helsedirektoratet (2009) *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.
- [9] Helsedirektoratet (2010) *Folkehelsearbeidet –veien til god helse for alle*. Helsedirektoratet IS-1846.
- [10] Helsedirektoratet (2010) Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller: Folkehelsepolitisk rapport 2010. Helsedirektoratet.
- [11] Helsedirektoratet (2011) *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering*. Veiledere IS-1896
- [12] Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Forslag til ny folkehelselov. Samhandlingsreformen*. Høringsnotat. www.regjering.no
- [13] Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 90 L (Proposisjon til stortinges, forslag til lovvedtak) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Tilrådning fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8.4.11. Godkjent i statsråd samme dag. (www.regjeringen.no)
- [14] Helse- og Velferdsetaten (2009) *Barns oppvekstvilkår i kommunale boliger i Oslo*. HEV.
- [15] Hole S P (1998) Det er bruk for alle (kortversjon). NOU 1998:18.
- [16] Ivarsson B H (2011) *MI Motiverende Intervju. Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Gothia Förlag Stockholm.
- [17] Kunnskapsbase og interaktiv arena for forebyggende og helsefremmende arbeid med særlig fokus på rusforebygging www.forebygging.no
- [18] Leksbø B (2011) *Strukturkurs for frisklivssentraler*. Manual. Nimi/ Helsedirektoratet
- [19] Lorentzen C, Ommundsen Y, Jenum A K & Ødegaard A K (2005). *MoRo Mosjon på Romsås– en intensjon for å fremme fysisk aktivitet i en multietnisk befolkning i Oslo Øst. Erfaringer og resultater*. Norges Idrettshøgskole, Oslo.

- [20] Malambo R M (2010) *Ulike språk – samme diabetes*. Diabetesforbundet
- [21] Ommundsen Y, Aadland A A (2009) *Fysisk inaktive voksne i Norge. Hvem er inaktive – og hva motiverer til økt fysisk aktivitet?* Helsedirektoratet, Den norske kreftforening og Norges Bedriftidrettsforbund. Oslo.
- [22] Oslo Kommune, Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester. Bedre helse for flere i Oslo. Bystyresak 169/10.
- [23] Statisk sentralbyrå: www.ssb.no
- [24] St.melding nr 8 (2008-2009). Om menn, mansroller og likestilling. (Kap.6: Menn, livsstil og helse).
- [25] St. melding nr 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge.
- [26] St. melding nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- [27] Tellnes G (2007) *Salutogenese - hva er det?* Michael 2007:4.
- [28] Utviklings- og kompetanseetaten. Oslostatistikken. Oslo Kommunes nettsider.
- [29] Ytrehus S (2004) *Fattige barn i Norge. Hvem er de og hvor bor de?* Fafo.

VEDLEGG A

Vurderinger av ulike lokaler i bydelen. Bakgrunn for anbefalinger av lokaler for etablering av frisklivssentral.

	Vålerenga og Kampen Seniorcenter	Familiesentralen Grønland 30	P-16 "Administrasjonen"
Status på lokaler i dag	Disponeres i dag av bydelen (brukes som seniorsenter). Senteret har behov for et løft og en bredere brukergruppe.	Disponeres av bydelen. Lokalene har ikke ledig plass.	Disponeres av bydelen. Tomme lokaler i forbindelse med bydelsadministrasjonen. Deler av disse skal bli kontor for barnehageansatte. Sitter igjen med lite areal.
Tilgjengelighet (kollektivtrafikk)	T-bane linje 1,2,3 og 4 til Ensjø stasjon, 37 bussen	Alle t-baner til Grønland, 37 bussen	Alle t-baner til Grønland, 37 bussen
Apotek, legekontor, NAV *		Helsestasjon i samme hus.	
Friluftsområder	Jordalpark, Alnaelven, Kampenparken.	Akerselva	Akerselva, Fengselsparken
Eksterne treningsmuligheter	SATS, Jordalpark, Fresh Fitness på Ensjø, Svartdalen, Store grønt områder i nærhet	Actic Treningscenter i Hausmannsgate	
Samarbeidspartnere i umiddelbar nærhet.	Kampen frivilligsentral, SeFi og BYMIF	Helsestasjon og Familiesentral. Bydel Søndre Nordstrand har forsøkt å ha lokaler sammen med familiesentralen og synes ikke dette fungerer spes bra.	Grønland og Gamlebyen frivilligsentral.
Synlighet	Godt synlig med lokaler i 1. etg mot gate	?	Lite synlig, tilbaketrukket fra gate
Fasiliteter	Kjøkken, toaletter, arbeidsstue (ett toalett med dusj)		Toaletter, oppvaskmaskin
Andel ikke-vestlige innvandrere i området	17.6 %	40.2%	40.2%
Synlighet	1. etg med store vinder ut mot gaten. Lett synlig, lyst og trivelig.	I en sidegate på Grønland, lite synlig fra gaten, men i tilknytning til helsestasjonen som mange kjenner.	I en stille gate på Grønland. I tilknytning til bydelsadministrasjonen som er lite besøkt. Inngang vil måtte bygges fra bakgård.

* vurdert som positivt i forhold til beliggenhet. (Evalueringsrapport. Oppfølgingssystemet til "Grønn resept" 2004-2008). "Det er viktig at sentraler og Fysiotek er lett tilgjengelig, godt synlig og gjerne lokalisert i tilknytning til eller i nærheten av legekontor, NAV eller apotek".

Behov til lokalet: Kjøkken med plass til flere, spiseplass, kontorer, samtalerom, liten treningsal / eventuelt låne lokaler i umiddelbar nærhet, toalett (dusj?).

VEDLEGG B

En epoke er over (Lokalavisen Akers avis Groruddalen)



Skrevet av: Jørgen Sollien
Publisert: 15. november 2010

26 års drift av Stedet Vårt avsluttes når Bydel Bjerke overtar og gjør det om til Veitvet nærmiljø-senter.

– En epoke er over, slår styre-leder Bjørn Loge fast.

– Vi har lenge visst at dette kom til å skje, og vi har gjort det vi kan for å lette overgangen.

Oslo fylkesforening av Norsk pensjonistforbund har stått for driften av Stedet Vårt i 26 år, med økonomisk støtte fra Bydel Bjerke.

I fjor ble aktivitetssentret utsatt for et massivt budsjettkutt, samt et påtrykk fra bydelen om å redusere utgiftene og øke inntektene.

Rona Therese Reistad ble ansatt som daglig leder i et håp om å berge den synkende skuta.

– Vi klarte det langt på vei, men kuttene ble for store, forteller hun.

– Skal vi le eller gråte?

Usikkerhet preger stemningen når Stedet Vårt har invitert til et avslutningsarrangement for sine brukere.

– Alt er i ferd med å bli anner-ledes, og vi lurer vel på om vi skal le eller gråte, forteller Anne-Mari Tjeldnes.

Hun er nærmeste nabo til Stedet Vårt, og ser mennesker som kommer og går inn og ut av sentret støtt og stadig.

– Dette stedet har vært livet for mange her på Veitvet, forteller hun og er redd for at mange av de faste nå kommer til å bli sittende inne uten noe sted å gå og møte mennesker.

Anne-Mari skryter uhemmet av de ansatte og frivillige som jobber på Stedet Vårt, og berømmer den unike innsatsen de har gjort det siste året.

Felt av økonomien

Mange som kjenner til Stedet Vårt og politikken i Bydel Bjerke kjenner nok også Thorleif Holth. Han har vært en av de største pådriverne for at Stedet Vårt skal bestå, og har diskutert kraftig med bydelen gjentatte ganger.

Thorleif kunne ikke være til stede på avslutnings-arrangementet, men hans kone Liv, som også er leder i Veitvet og Linderud pensjonistforening, talte på hans vegne. Hun sa at kutt i de kommunale tilskuddene har hjemsøkt eldresentret i alle år.

– Økonomien ble til slutt også hovedårsaken til at et fruktbart samarbeide og et godt innarbeidet tilbud til de eldre opphører i sin nåværende form. En epoke er over.

Thorleif ønsker også lykke til med den nye modellen, og uttrykker et sterkt ønske om at de eldre som bruker Stedet Vårt skal kunne være trygge på at tilbudet opprettholdes.

Daglig leder Rona Therese Reistad er enig i dette, og vil forsikre om at tilbudene skal ivaretas.

– Det er viktig at de som bruker Stedet Vårt, vet at tilbudene, alle aktivitetene og lignende, blir ivaretatt. Det skal ikke bli så mye endring, forteller hun, men understreker at samtidig som de eldre skal ivaretas, åpnes sentret for hele befolkningen – et nærmiljøsentre.

– Foreløpig vil driften av nærmiljøsentret fortsette i de samme lokalene.

Hun mener at de faktisk er ganske heldige, med tanke på det mange så for seg for noen måneder tilbake: Total nedleggelse av driften på Veitvet og omlokalisering til et annet sted i bydelen.

Godt samarbeid

Reistad mener bydelen, ut fra de premisser som lå til grunn, har løst dette på best mulig måte. Hun var selv med i arbeidsgruppen som bydelsdirektør Kari-Anne Mathi-sen opprettet med tanke på å ivareta tilbudet.

– Jeg følte jeg ble hørt på de eldres vegne, og jeg synes det var en utrolig fin måte å løse det på.

Seksjonssjef Tina Arnesen i Bydel Bjerke er enig med Reistad.

– Vi har hatt en god prosess, og sammen kommet fram til en løsning som er bra for alle, mener Arnesen.

Bydelens arbeid fremover vil være å ivareta tilbudene som eksisterer, men også videreutvikle og styrke aktivitetene for den øvrige befolkningen på Veitvet.

Arnesen forteller at dette også på lang sikt skal sees i sammenheng med planene for hele Veitvet området. De har inngått en ny avtale med huseier og nær-miljøsentret fortsetter i samme lokaler som Stedet Vårt har i dag.

– Blant annet vil også døren mellom helsestasjonen og sentret bli åpnet, så familiene som bruker denne også kan komme inn i kafeen, sier hun og forteller at bydelen ser fram imot arbeidet med det nye nærmiljøsentret.