

Aktiv på dagtid – et folkehelseilbud

En longitudinell prospektiv studie om utvikling i helse relatert livskvalitet, fysisk aktivitet og trygdesituasjon hos en gruppe nye deltakere på Aktiv på dagtid i Oslo



Ane Kristiansen Solbraa
Masteroppgave i idrettsvitenskap
Seksjon for idrettsmedisinske fag
Oslo, høsten 2007

Aktiv på dagtid – et folkehelse tilbud

En longitudinell prospektiv studie om utvikling i helse relatert livskvalitet, fysisk aktivitet og trykksituasjon hos en gruppe nye deltakere på Aktiv på dagtid i Oslo



Ane Kristiansen Solbraa
Masteroppgave i idrettsvitenskap
Seksjon for idrettsmedisinske fag
Oslo, høsten 2007

FORORD

Proessen som begynte med å *bare* skulle ta en eksamen på masterstudiet høsten 2003 går nå mot slutten med en ferdig masteroppgave som resultat. Ved siden av fysioterapistudiet har dette vært en tidkrevende prosess. Om det er fornuften eller pågangsmotet som har seiret er vanskelig å si. Uansett har det vært en utrolig lærerik og inspirerende periode. For at dette i det hele tatt har latt seg gjøre er det flere som fortjener en takk:

En stor takk til min hovedveileder Nina Waaler Loland. Du har hatt forståelse for min studiesituasjon. Samtidig har du alltid vært tilgjengelig når jeg har trengt deg, og veiledet meg på en måte som har gitt meg en iver til å fortsette arbeidet.

En like stor takk til min biveileder Egil W. Martinsen. Ditt behagelige vesen, konstruktive tilbakemeldinger og statistikk assistanse har vært god å ha med i prosessen.

Takker skal også Toril Moe og Jane Hallstrøm ha. Toril for å ha klekket ut ideen til oppgaven og for å ha fungert som samtalepartner og idemyldrer underveis. Jane for å ha gitt meg den støtten jeg var avhengig av fra Aktiv på dagtid. Det har aldri vært nei i din munn!

Bibliotekpersonalet ved Norges Idrettshøgskole fortjener en takk for å ha sendt uttalige artikler i posten vestover. I tillegg skal Anita Svedal på biblioteket ved Høgskulen i Sogn og Fjordane ha takk for å i imponerende fart skaffe meg artikler i fulltekst.

Takk til kollegaer, venner og familie som har bidratt på ulike måter de siste årene.

Takk til mamma for unnværlige behandlinger når arbeidsmengden har vært for stor og muskelspenningene for høye.

Til slutt en god klem og takk til Vegard som nesten hver kveld har fått meg til å smile uansett hvor lang arbeidsdag jeg har hatt bak meg. Du er den beste mannen!

Ane Kristiansen Solbraa
Sogndal, november 2007

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Mennesker som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet møter store helsemessige utfordringer. Det finnes god dokumentasjon på at fysisk aktivitet har positiv innvirkning på helse. Myndighetene har rettet fokuset mot lavterskeltilbud for særlig utsatte grupper. Aktiv på dagtid, et lavterskeltilbud for personer som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet og mottar en form for trygdeytelse, blir trukket fram som eksempel. Det etterlyses vitenskapelig baserte undersøkelser rundt lavterskeltilbud med fysisk aktivitet for utsatte grupper av befolkningen, slik at tiltak som settes inn er basert på forskning og utprøving.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke utvikling i helserelatert livskvalitet, fysisk aktivitet og trygdesituasjon hos en gruppe nye deltakere på Aktiv på dagtid i Oslo.

Metode: Studien har et longitudinelt prospektivt design. Alle kvinner og menn som registrerte seg på Aktiv på dagtid i oktober 2004 ble spurt om å delta i studien. Utfylling av spørreskjema for å måle helserelatert livskvalitet, fysisk aktivitetsnivå og trygdesituasjon ble gjort ved registrering, etter tre måneder og etter syv måneder. Spørreskjemaene SF-36, WHOQOL-bref og IPAQ ble benyttet. Av de 60 som sa seg villige til å delta, svarte 45 personer på de tre datainnsamlingene, og disse utgjør materialet.

Resultat: De kvinnelige respondentene (n=34) hadde signifikant bedring i helserelatert livskvalitet innen helsefaktorene fysisk funksjon, kroppslig smerte og vitalitet. Det var ingen signifikant endring i helserelatert livskvalitet hos de mannlige respondentene (n=11), eller i fysisk aktivitet og trygdesituasjon hos noen av kjønnene. Resultater ved studieslutt viser positiv sammenheng mellom fysisk aktivitetsnivå og helserelatert livskvalitet. Korrelasjonen er sterkest for fysisk funksjon, generell helse og emosjonell rollebegrensning. Ved studieslutt skåret de respondentene som fortsatt var deltakere på Aktiv på dagtid signifikant bedre i fysisk domene enn de som ikke lenger var deltakere.

Konklusjon: Denne studien har viktige, men få signifikante funn. For helserelatert livskvalitet er det signifikant positiv endring for kvinnene. Det er ikke signifikante funn for mennene. For fysisk aktivitetsnivå og trygdesituasjon er det ikke signifikante funn for noen av kjønnene.

Nøkkelord: Aktiv på dagtid, helserelatert livskvalitet, fysisk aktivitetsnivå, trygdesituasjon.

TABELLOVERSIKT

Tabell 2.1	Normative data for SF-36 hos den norske befolkningen.	Side 13
Tabell 3.1	Karakteristika hos respondentene.	Side 21
Tabell 3.2	Skader, sykdommer og lidelser hos respondentene ved oppstart på Aktiv på dagtid.	Side 22
Tabell 4.1	Årsaker til å starte på Aktiv på dagtid som er av stor eller noe betydning.	Side 33
Tabell 4.2	SF-36 resultater viser helserelatert livskvalitet hos kvinnelige og mannlige respondenter.	Side 34
Tabell 4.3	WHOQOL-bref resultater viser helserelatert livskvalitet hos kvinnelige og mannlige respondenter.	Side 36
Tabell 4.4	Trygdesituasjonen blant de kvinnelige og mannlige respondentene.	Side 38
Tabell 4.5	Helserelatert livskvalitet, fysisk aktivitetsnivå og trygdesituasjon for deltakere og ikke-deltakere ved tredje datainnsamling.	Side 39

FIGUROVERSIKT

Figur 3.1	Oversikt over innkomne skjemaer, ekskludering og frafall.	Side 20
Figur 3.2	Tidsoversikt over datainnsamlingene og puringene.	Side 26
Figur 4.1	Egenvurdert helse i dag sammenlignet med for ett år siden for kvinner og menn.	Side 35
Figur 4.2	Oversikt over kvinnelige og mannlige respondenter som er i henholdsvis lav-, moderat- og høy aktivitet ved første, andre og tredje datainnsamling.	Side 37
Figur 4.3a	De 25 % av respondentene som skårer lavest og de 25 % av respondentene som skårer høyest ved første datainnsamling innen helsefaktorene fysisk funksjon, fysisk rollebegrensning, emosjonell rollebegrensning og kroppslig smerte i SF-36, og endringer mellom datainnsamlingene.	Side 41
Figur 4.3b	De 25 % av respondentene som skårer lavest og de 25 % av respondentene som skårer høyest ved første datainnsamling innen helsefaktorene sosial fungering, mental helse, vitalitet og generell helse i SF-36, og endringer mellom datainnsamlingene.	Side 42
Figur 4.4	De 25 % av respondentene som skårer lavest og de 25 % av respondentene som skårer høyest ved første datainnsamling innen hvert domene i WHOQOL-bref, og endringer mellom datainnsamlingene.	Side 43
Figur 4.5	De 25 % mest aktive og 25 % minst aktive respondentene ved første datainnsamling og endringer mellom datainnsamlingene.	Side 44

OVERSIKT OVER VEDLEGG

VEDLEGG I Forespørsel om å delta i spørreundersøkelse

VEDLEGG II Samtykkeerklæring

VEDLEGG III Kvittering fra personvernombudet, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste

VEDLEGG IV Regional komité for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge

VEDLEGG V Spørreskjema I

VEDLEGG VI Spørreskjema II/III

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD

SAMMENDRAG

TABELLOVERSIKT

FIGUROVERSIKT

OVERSIKT OVER VEDLEGG

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 PROBLEMSTILLING	2
2.0 TEORI	3
2.1 AKTIV PÅ DAGTID	3
2.2 FYSISK AKTIVITET I ET HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE PERSPEKTIV	4
2.2.1 <i>Offentlig forankring</i>	4
2.2.2 <i>Anbefalinger for fysisk aktivitet</i>	5
2.2.3 <i>Helsefremmende og forebyggende arbeid</i>	6
2.2.4 <i>Fysisk aktivitet og fysisk helse</i>	7
2.2.5 <i>Fysisk aktivitet og psykisk helse</i>	9
2.2.6 <i>Fysisk aktivitet og sosiale forhold</i>	10
2.3 HELSERELATERT LIVSKVALITET	11
2.4 FORHOLDET FYSISK AKTIVITET OG HELSERELATERT LIVSKVALITET	14
2.5 FYSISK AKTIVITET OG HELSE FOR DE SOM STÅR HELT ELLER DELVIS UTENFOR ARBEIDSLIVET	15
3.0 METODE	19
3.1 VALG AV METODE	19
3.2 UTVALG	19
3.3 UTARBEIDING AV SPØRRESKJEMA	23
3.3.1 <i>SF-36</i>	23
3.3.2 <i>WHOQOL-bref</i>	25
3.3.3 <i>IPAQ</i>	25
3.4 INNHEENTING OG BEARBEIDING AV DATA	26
3.4.1 <i>Innhenting av data</i>	26
3.4.2 <i>Bearbeiding av data</i>	27
3.5 STATISTISKE METODER	28
3.6 VALIDITET OG RELIABILITET	29
3.6.1 <i>Validitet</i>	29
3.6.2 <i>Reliabilitet</i>	31
3.7 ETISKE VURDERINGER	32

4.0 RESULTATER	33
4.1 KJENNSKAP TIL AKTIV PÅ DAGTID OG ÅRSAKER TIL Å BEGYNNE PÅ AKTIV PÅ DAGTID	33
4.2 HELSERELATERT LIVSKVALITET	34
4.3 FYSISK AKTIVITETSNIVÅ.....	37
4.4 TRYGDESITUASJON	38
4.5 FORSKJELLER MELLOM DELTAKERE OG IKKE-DELTAKERE VED AKTIV PÅ DAGTID	39
4.6 SAMMENHENGEN MELLOM HELSERELATERT LIVSKVALITET OG FYSISK AKTIVITETSNIVÅ	40
4.7 ENDRINGER HOS ULIKE DELER AV UTVALGET	40
5.0 DISKUSJON	45
5.1 HELSERELATERT LIVSKVALITET	45
5.2 FYSISK AKTIVITETSNIVÅ.....	49
5.3 SAMMENHENG MELLOM HELSERELATERT LIVSKVALITET OG FYSISK AKTIVITETSNIVÅ.....	53
5.4 TRYGDESITUASJON	54
5.5 ALTERNATIVE TILTAK	55
5.6 METODISKE VURDERINGER.....	57
6.0 KONKLUSJON	60

LITTERATURLISTE

VEDLEGG

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Et av satsingsområdene i St.meld.nr. 16 (2002-2003), *Resept for et sunnere Norge, Folkehelsepolitikken*, er å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag (Helsedepartementet [Helsedep.], 2003). Mennesker som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet er eksempel på en utsatt gruppe av befolkningen der en finner store helsemessige utfordringer (Wilkinson & Marmot, 2005). Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009 *Sammen for fysisk aktivitet* omfatter konkrete tiltak på flere samfunnsområder (Departementene, 2004). Et av tiltakene er å legge større vekt på lavterskeltilbud for særlig utsatte grupper i kommunene. Aktiv på dagtid (Apd), et lavterskeltilbud for personer som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet og mottar en form for trygdeytelse, blir trukket fram som et eksempel (Departementene, 2004). Tilbudet er i regi av Oslo Idrettskrets, som med dette bidrar til et partnerskap for folkehelse. Lokale og regionale partnerskap der ulike offentlige etater, offentlige instanser, det frivillige Norge og næringslivet samarbeider, trekkes i St.meld.nr. 16 (2002-2003) fram som et viktig element for å lage en nasjonal og offentlig folkehelsekjede (Helsedep., 2003).

I studier som beskriver helsetilstand med forventet levealder for nyfødte eller med forventet gjenstående levealder for andre aldersgrupper, kommer den norske befolkningen relativt godt ut (Wahl & Hanestad, 2004; Sosial- og Helsedepartementet [Sosial- og Helsedep.], 2007a). I studier der folk rapporterer egenvurdert helse, kommer den norske befolkningen dårligere ut nå enn for ti år siden (Wahl & Hanestad, 2004). Spørreundersøkelser bruker ofte egenvurdert helse som et uttrykk for fysisk og psykisk helsetilstand (Grøtvedt, 2002). Ved egenvurdert helse tas den faktiske helsetilstanden og tilfredsheten med denne i betraktning. Dette gir uttrykk for helserelatert livskvalitet (HRL) (Rejeski, Brawley, & Shumaker, 1996).

Det finnes god dokumentasjon på at fysisk aktivitet har positiv innvirkning på helsen (Pedersen & Saltin, 2006). At befolkningen generelt er i dårligere fysisk form, kan knyttes direkte og indirekte til en rekke sykdommer og lidelser. Samtidig har fysisk aktivitet vært lite benyttet for å opprettholde og bedre folks helse (Djupvik, 2000). Fysisk aktivitet blir nå

framhevet som et viktig virkemiddel for forebygging og behandling i helsetjenesten (Departementene, 2004).

Med dette som utgangspunkt har det de senere årene blitt frontet nasjonale og internasjonale anbefalinger for helsefremmende fysisk aktivitet. For voksne anbefales det minimum 30 minutter daglig fysisk aktivitet av moderat intensitet (Blair, LaMonte, & Nichaman, 2004). Store deler av verdens og Norges befolkning tilfredsstiller ikke disse anbefalingene (Puska, Benaziza, & Porter, 2003; Anderssen & Andersen, 2004; Haskell et al., 2007).

1.2 Problemstilling

Tidligere forskning har undersøkt relasjonen fysisk aktivitet og helse. Det er gjort mindre forskning på relasjonen fysisk aktivitet og HRL. Videre er det forsket en del på helsetilstanden og HRL til mennesker som er i en trygdesituasjon. Det foreligger begrenset dokumentasjon på det fysiske aktivitetsnivået til mennesker som er i en trygdesituasjon og hvordan aktiviteten virker inn på helsetilstanden og HRL.

Det er tidligere ikke gjort noen større undersøkelse av Apds betydning for deltakerne. Mindre spørreundersøkelser viser at tilbudet har hatt stor betydning for mange av deltakerne i korte og lengre perioder (Moe, Hallstrøm, & Risnes, 2001). Samtidig etterlyser St.meld.nr. 16 (2002-2003) og Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009 et bedre kunnskapsgrunnlag for folkehelsepolitikken (Helsedep., 2003; Departementene, 2004). Det er behov for flere vitenskapelig baserte undersøkelser rundt lavterskeltilbud med fysisk aktivitet for utsatte grupper av befolkningen, slik at tiltak som settes inn er basert på forskning og utprøving.

Problemstilling:

Hvordan er utvikling i helserelatert livskvalitet, fysisk aktivitet og trygdesituasjon hos en gruppe nye deltakere på Aktiv på dagtid i Oslo?

2.0 TEORI

I denne delen av oppgaven blir det først gitt en introduksjon av Apd. Videre blir det gjort rede for fysisk aktivitet i et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Selv om forståelsen av helse ofte bygger på en holistisk tankegang, blir forholdet mellom fysisk aktivitet og helse i denne studien delt opp i fysiske, psykiske og sosiale forhold. Denne inndelingen er gjort for å framstille teorien på en oversiktlig måte, og må ikke forstås som et forsøk på å bevege seg bort fra den holistiske tankegangen. Videre blir det gjort greie for HRL som uttrykk for egenvurdert helse, for så å se nærmere på forholdet mellom fysisk aktivitet og HRL. Det vil til slutt bli fokusert på fysisk aktivitet og helse for de som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet.

2.1 Aktiv på dagtid

Apd ble opprinnelig dannet ut fra en dansk modell som ble lansert i Norge på slutten av åttitallet (Moe et al., 2001). Tiltaket var spesielt rettet mot arbeidsledige. I 1995 engasjerte Oslo Idrettskrets arbeidsledige på KAJA¹-midler for å opprette et aktivitetstilbud for mennesker i samme situasjon. Et bredt og variert tilbud ble lansert blant annet ved hjelp av midler fra ulike etater og fond. Året etter var arbeidsledigheten på vei nedover og oppslutningen sank. For å slippe å legge ned tilbudet måtte Apd rekruttere andre brukergrupper, og i 1997 ble det opprettet kontakt med psykisk helsevern. Oslo Idrettskrets har gjennom Apd tatt et samfunnsansvar ved å tilby tilpasset fysisk aktivitet til mennesker med spesielle behov (Moe et al., 2001). Apd har fra 1995 og fram til i dag blitt finansiert av Oslo Kommune, prosjektmidler fra stiftelsen Helse og Rehabilitering, Helse Øst, Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Mental Helse, Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) og Rikstrygdeverket (Jane Hallstrøm, Faglig leder Apd, personlig meddelelse).

¹ KAJA: Kompetanse, Arbeidstrening og Jobbskaping for Arbeidsledige

Apd setter den enkeltes mestring og iboende krefter i fokus. Ved gradvis å ta tak i egne ressurser kan deltakerne forebygge tap av funksjon, fremme sin helse og igjen kunne fungere aktivt i samfunnslivet. (...) Som brobygger mellom idrett og helse er Apd et tilbud med lav terskel (Oslo Idrettskrets, 2005b:2)

Målsetningen med Apd er å:

- Tilrettelegge tilpasset aktivitet for mennesker med særskilte behov
- Motivere utøverne til å delta og skape positive holdninger til aktivitet og sosial livsstil

(Moe et al., 2001)

Alle deltakerne på Apd må være i en trygdesituasjon (uføretrygd, attføring, rehabilitering, sykemeldt, sosialklient eller arbeidsledig) og hjemmehørende i Oslo kommune. Tilbudet byr på fysisk aktivitet på dagtid alle hverdager (Oslo Idrettskrets, 2005b). Aktivitetene bestod i 2005 av helsestudio, ulike treninger til musikk i sal, spinning, sittegym, stretching, qi gong, yoga, ulike ballaktiviteter, ulike racketidretter, klatring, vanngymnastikk, fri svømming, svømmeopplæring, bowling, golf, skøytedag, akedag/skidag og stavgang (Oslo Idrettskrets, 2005a).

2.2 Fysisk aktivitet i et helsefremmende og forebyggende perspektiv

2.2.1 Offentlig forankring

Apd er nevnt i flere offentlige dokument (Helsedep., 2003; SHdir, 2003; Helse- og Omsorgsdepartementet [Helse- og Omsorgsdep.], 2007). Et eksempel er Handlingsplanen for fysisk aktivitet 2005-2009:

For å følge opp trygdete personer i arbeidsfør alder, oppfordres også kommunene til å bidra ved å legge til rette lavterskelaktiviteter for trygdete og brukere av sosialtjenesten. Gjerne etter eksempel fra Aktiv på dagtid i Oslo (Departementene, 2004:44).

Helsemyndighetene understreker stadig viktigheten av å forebygge sykdom og lidelser (Helsedep., 2003). Blant annet gjennom opprettelsen av Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF). Rådet er nå omorganisert til avdeling for fysisk aktivitet og avdeling for ernæring som ligger inn under divisjon for folkehelse og levekår i SHdir. Helsedep. har,

nedfelt i St.meld.nr.16 (2002-2003) utarbeidet strategier for blant annet å implementere fysisk aktivitet som et redskap i prosessen for å bedre folkehelsen (Helsedep., 2003). Regjeringen ønsker gjennom stortingsmeldingen å oppnå overordnede mål, som å få flere leveår med god helse i befolkningen som helhet og å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper, kvinner og menn. Stortingsmeldingen legger vekt på fire hovedstrategier for folkehelsearbeidet: 1) Skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse, 2) bygge allianser for folkehelse, 3) forebygge mer for å reparere mindre og 4) utvikle ny kunnskap. Videre fremhever regjeringen, gjennom Handlingsplanen for fysisk aktivitet 2005-2009, fysisk aktivitet som en kilde til helse og trivsel (Departementene, 2004).

2.2.2 Anbefalinger for fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er et overordnet begrep som betegner flere termer knyttet til fysisk utfoldelse og blir ofte definert som *enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå* (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Dette kan foregå i arbeid og på fritiden. Personer som beveger seg lite på begge arenaer vil kunne betegnes som fysisk inaktive (Anderssen & Strømme, 2001). Det fysiske aktivitetsnivået har i varierende grad vært undersøkt opp gjennom årene (Søgaard, Bø, Klungland, & Jacobsen, 2000). De data som finnes tyder på at gjennomsnittlig aktivitetsnivå på fritiden er relativt stabilt og kanskje har økt noe. Data for fysisk aktivitet i arbeidslivet og den habituelle hverdagsaktiviteten viser en markant nedgang (SEF, 2000; SEF, 2001). Slik har det ikke alltid vært. I et evolusjonsmessig perspektiv har mennesket en fortid som jeger og samler (Åstrand, Rodahl, Dahl, & Strømme, 2003). Endringer i samfunnet har imidlertid ført til økt inaktivitet i befolkningen (Booth & Lees, 2006). Livsstilen vår er endret, men vi er fortsatt tilpasset en aktiv tilværelse som jeger og samler. Det økende misforholdet mellom gener og livsstil får negative konsekvenser for helsen vår (Booth & Lees, 2006).

Med bakgrunn i den teoretiske viten om fysisk aktivitet og helse eksisterer det internasjonale og nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet. Gjennom The Surgeon General anbefaler U.S. Departmens of Health and Human Services minimum 30 minutter fysisk aktivitet med moderat intensitet på de fleste, hvis ikke alle, ukedager (1996). American College of Sports Medicine (ACSM) og American Heart Association har nylig kommet med en oppdatering av

anbefalingene fra Centers for Disease Control and Prevention og ACSM fra 1995. Sammenlignet med den opprinnelige rapporten anbefaler de nå minimum 30 minutter aktivitet med moderat intensitet fem dager per uke, eller minimum 20 minutter med høy intensitet tre dager per uke. En kan kombinere moderat og høy intensitet og aktiviteten kan deles opp i bolker på 10 minutter. Aktiviteten skal komme i tillegg til annen hverdagsaktivitet som ikke fyller kriteriene og skal bestå av aktiviteter for både utholdenhet og styrke (Pate et al., 1995; Haskell et al., 2007). Verdens Helseorganisasjon (WHO) anbefaler gjennom sin globale strategi for ernæring og fysisk aktivitet og helse, minimum 30 minutter regelmessig fysisk aktivitet med moderat intensitet de fleste av ukens dager (WHO, 2004). Blair et al. (2004) har vurdert utviklingen av anbefalinger for fysisk aktivitet og konkluderer med at dagens anbefalinger for fysisk aktivitet på 30 minutter med moderat intensitet per dag gir betydelige helsegevinster. Noen vil imidlertid trenge ytterligere aktivitet for å forebygge vektøkning. Dette samsvarer med de norske anbefalingene om at voksne og friske eldre bør være i aktivitet med moderat til høy intensitet i minimum 30 minutter hver dag. En vil oppnå ytterligere helsegevinst hvis en øker aktiviteten utover disse anbefalingene (Anderssen & Strømme, 2001).

I følge WHO er det minst 60 % av verdens befolkning som ikke tilfredsstillt anbefalingene for fysisk aktivitet (Puska et al., 2003). Tall fra 2005 viste at mindre enn halvparten av den amerikanske befolkningen tilfredsstilte anbefalingene (Haskell et al., 2007). En tverrsnittsundersøkelse viste at det i Norge i 2003 var 63 % av kvinnene og 40 % av mennene som ikke tilfredsstilte anbefalingene for fysisk aktivitet (Anderssen & Andersen, 2004). En undersøkelse gjort av Norstat for SHdir viste at 21 % av Norges befolkning kjente til anbefalingene i 2006 mot 11 % i 2005 (SHdir, 2007c).

2.2.3 Helsefremmende og forebyggende arbeid

I følge NOU 1998:18 *Det er bruk for alle – Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*, var helsefremmende og forebyggende arbeid før ”*ensbetydende med kampen mot livstruende sykdommer*” (Sosial- og Helsedep., 1998:53). I dag inkluderer helsefremmende og forebyggende arbeid også å legge til rette for å frigjøre og utnytte folks egne ressurser i lokalsamfunnet, og har som formål å gjøre den enkelte til hovedaktør i egne liv (Sosial- og Helsedep., 1998). Folkehelsearbeid blir i NOU 1998:18, beskrevet som:

Samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon (Sosial- og Helsedep., 1998:38).

Helsefremmende arbeid blir i NOU 1991:10 *Flere gode leveår for alle* –

Forebyggingsstrategier beskrevet som ”å fylle på med ting som er gode og positive, og som gjør at vi får det bedre. (...) Her venter vi ikke for å se om noen blir syke eller får problemer, vi gjør noe for eller med alle, før det kommer så langt” (Sosialdepartementet [Sosialdep.], 1991:8). Forebyggende arbeid blir beskrevet som ”å fjerne, hindre eller stenge for faktorer som kan føre til sykdom, skade eller andre problemer” (Sosialdep., 1991:8). Forebygging blir videre delt inn i primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging (Sosialdep., 1991). Det vil i denne oppgaven ikke skilles mellom ulike typer forebygging da problematikken hos den enkelte respondent er ulik og dynamisk. Myndighetene vektlegger at også helse- og sosialtjenesten skal drive forebyggende arbeid. De påpeker at ”forebyggende helsearbeid er langsiktig og krever innsats på flere arenaer” (SHdir, 2007b:21). Forskning viser at fysisk aktivitet er viktig for forebygging og behandling av fysiske, psykiske og sosiale aspekter av helse (WHO, 2004).

2.2.4 Fysisk aktivitet og fysisk helse

Insidensen av kroniske sykdommer har økt dramatisk i løpet av siste halvdel av det tjuende århundre (Booth, Gordon, Carlson, & Hamilton, 2000). Dette gjelder blant annet koronare hjertesykdommer, overvekt, diabetes type 2, osteoporose og noen former for kreft. Samtidig har det fysiske aktivitetsnivået til befolkningen sunket betraktelig (Booth et al., 2000). Fysisk inaktivitet blir i dag regnet som en av de ti viktigste årsakene til død og redusert helse (Lees & Booth, 2005). Lees og Booth (2005) går så langt som å karakterisere fysisk inaktivitet som en sykdom. Studier viser også at dårlig fysisk form er en prediktor for økt dødelighet (Blair et al., 1996). WHO anslår at åtte av ti hjerteinfarkt, ni av ti tilfeller av diabetes type 2 og over tre av ti kreftilfeller kan forebygges med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner (WHO, 2004). Grovt inndelt kan vi snakke om kroniske sykdommer som fører til død og kroniske sykdommer som fører til sykefravær og uførhet. I de følgende avsnittene blir det kort gjort rede for de viktigste sykdommene og lidelsene.

Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer synker stadig, men står fortsatt for en stor andel av dødsfallene hos den norske befolkningen (Anderssen & Hjermann, 2000; SHdir, 2007b). Fysisk inaktive personer har dobbelt så stor risiko for å få hjerte- og karsykdommer som de som er fysisk aktive (Anderssen & Hjermann, 2000). Blair et al. (1996) viser i sin studie at fysisk aktivitet også har en positiv innvirkning på personer som har andre risikofaktorer som overvekt, høyt kolesterol, høyt blodtrykk og som røyker. I forhold til sykdommene som er relatert til metabolsk syndrom er det en sterk evidens for at fysisk aktivitet virker positivt inn (Pedersen & Saltin, 2006). Det er samtidig en klar sammenheng mellom fysisk inaktivitet og forekomsten av diabetes type 2. Mange pasienter kan mestre sin sykdom gjennom økt fysisk aktivitet, vektreduksjon og sunt kosthold, uten å bruke medikamenter (SEF, 2000). Overvekt og fedme er ofte forbundet med andre livsstilssykdommer. Personer som er overvektige kan ha en gunstig helseeffekt av fysisk aktivitet, selv om ikke vekten reduseres (Strømme & Høstmark, 2000).

Kreft er den andre store årsaken til død i Norge (SHdir, 2007a). Det er estimert en økning av insidensen på 30 % for perioden 1985-2010 (Thune & Smeland, 2000b). Av alle tilfeller av kreft er det antatt at livsstilsfaktorer står for to tredjedeler av årsakene til utviklingen. Studier viser at den beskyttende effekten av fysisk aktivitet er overbevisende for tykktarmskreft, sannsynlig for brystkreft, mens den er mulig beskyttende for prostata-, lunge- og endometriekreft (Thune & Smeland, 2000b; Pedersen & Saltin, 2006). Betydningen av fysisk aktivitet i behandling og rehabilitering er derimot usikker (Thune & Smeland, 2000a).

Belastningslidelser i muskel- og skjelettsystemet er en av hovedårsakene til sykefravær og uførepensjon, og er den diagnosegruppen som har økt mest de senere årene (Arbeids- og inkluderingsdepartementet [Arbeids- og inkluderingsdep.], 2007). I en studie gjort av Ihlebæk, Eriksen & Ursin (2002) på den generelle befolkningen oppgir 80 % av respondentene at de har plager i muskel- og skjelettsystemet. 13 % oppgir at plagene er betydelige. Sammenlignet med mennene oppgir en større andel av kvinnene at de har plager i muskel- og skjelettsystemet. Plagene som går igjen er nakke- og skulderplager, migrene og smerter i øvre del av rygg og armer. Hos mennene er det smerter i nedre del av rygg, skuldre og hodepine som går igjen (Ihlebæk et al., 2002). Av alle uførepensjonister har mer enn hver tredje muskel- og skjelettplage som hoveddiagnose (Holtedahl, 2006). Muskel- og skjelettlidelser stod i 1995 for 50 % av de sykdommene det ble skrevet ut sykemelding for (SEF, 2000). I forhold til kroniske muskel- og skjelettsmerter har forskningen de siste årene

rettet seg mot nevrobiologiske forklaringer (Lidbeck, 2002). Det vises her til at kroniske muskel- og skjelettsmerter kan ha sitt opphav i sentral sensitisering (Lidbeck, 2002). Forskning har også vist at monotone og gjentakende bevegelser kan føre til regionale smertetilstander hos disponerte individer (Lidbeck, 2002). Fysisk aktivitet og øvelser trekkes fram som gode behandlingsmåter (Lidbeck, 2002; Den norske Lægeforening, 2004).

Brox et al. (2003) har gjort en studie på en gruppe pasienter med kroniske korsryggsmerter og diskdegenerering der en del av gruppen fikk kognitiv intervensjon og trening, mens den andre delen fikk operativ behandling. Begge gruppene hadde signifikant bedring i blant annet generell funksjon, ryggsmerter og tilfredshet med livet etter endt intervensjon. Gruppen som fikk kognitiv intervensjon og trening hadde en signifikant større reduksjon i engstelse for fysisk aktivitet. Det var ingen andre signifikante forskjeller mellom gruppene (Brox et al., 2003). Fysisk aktivitet kan bedre muskelstyrke og utholdenhet, noe som er viktig for utføring av daglige funksjoner. Fysisk aktivitet kan også være med på å øke beintettheten, og dermed forebygge osteoporose (Pedersen & Saltin, 2006).

2.2.5 Fysisk aktivitet og psykisk helse

Tall fra Helse- og Levekårsundersøkelsen i 2005 viser at en av ti nordmenn har psykiske vansker (SHdir, 2007b). I løpet av livet vil omtrent halvparten av befolkningen få en psykisk lidelse (Martinsen, 2000). De vanligste er stemningslidelser og angstlidelser, i tillegg til misbruk og avhengighet av rusmidler. Lettere psykiske reaksjoner, av en art som ikke betegnes som en psykiatrisk diagnose, som stress og psykisk besvær, vil oppstå i enda større grad. Dette medfører stor belastning på helsevesenet. Psykiske lidelser er sammen med belastningslidelser de vanligste årsakene til sykemeldinger og arbeidsuførhet. Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at psykiske problemer er en vesentlig årsak for ca 25 % av personene i yrkesaktiv alder som står utenfor arbeidslivet (SHdir, 2007b). Det er derfor et økende behov for at personer som trenger det, kan få hjelp gjennom enkle strategier (Martinsen, 2000).

Pasienter med angst- og depresjonslidelser er i dårligere fysisk form enn befolkningen for øvrig (Martinsen, 2003). Fysisk aktivitet har på sin side en god innvirkning på folks psykiske helse, der spesielt effekt av fysisk aktivitet på milde og moderate former for depresjon er godt dokumentert. Det finnes få gode undersøkelser på fysisk aktivitet og andre typer

psykiske lidelser. Ved panikkelidelser, generaliserte angstlidelser, schizofreni, kroniske smertetilstander, alkoholavhengighet og -misbruk er det er en viss dokumentasjon for behandlingseffekt av fysisk aktivitet (Martinsen, 2000). Fysisk aktivitet blir trukket fram som et tiltak som også bedrer psykisk velvære hos befolkningen generelt (Fox, 1999).

Mennesker med psykiske problemer sliter ofte med ensomhet, isolasjon, tilbaketrekning og tiltaksløshet (Martinsen, 2000). St.meld.nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (Sosial- og Helsedep., 1997) og *Opptrappingsplanen for psykisk helse, forslag til tiltak 2003-2006* (SHdir, 2003) viser til at mennesker med psykiske problemer bør tilbys etablerte opplegg, gjerne utenfor helsevesenet. Pasientenes ressurser skal fremheves og forsterkes blant annet ved deltakelse i tilbud som finnes i samfunnet. Fysisk aktivitet blir her trukket fram som et av forslagene til forebyggende tiltak. Som eksempel på tiltak vises det til Apd.

2.2.6 Fysisk aktivitet og sosiale forhold

Det er gjort lite forskning direkte knyttet til fysisk aktivitet og sosiale forhold. En har en viss forskningsmessig støtte for at idrettslige miljøer kan fremme etableringen av sosiale nettverk (SEF, 2000). Med bakgrunn i dette kan en tenke seg at fysisk aktivitet vil kunne være med på å bygge og vedlikeholde sosiale relasjoner. Et aktivitetstilbud vil for mange kunne være et positivt innslag i en ellers ensom hverdag.

Mange mennesker med psykiske lidelser er ensomme og har små sosiale nettverk (Martinsen, 2000). Også personer med nedsatt fysisk helse vil kunne ha problemer med å opprettholde sine sosiale kontakter. En gruppe mennesker som ofte har små sosiale nettverk er de som er i en trygdesituasjon. Flere langtidsledige opplever problemer med å fylle dagene med noe meningsfylt og mange har ufrivillig mye ubelagt tid. Struktur i hverdagen er viktig for trivsel og velferd (Kitterød, 1995).

Positive forskningsresultater og et omfattende erfaringsgrunnlag viser til at fysisk aktivitet har positiv virkning både fysisk, psykisk og sosialt (SEF, 2000). Likevel har fysisk aktivitet bare blitt benyttet i varierende grad innen forebyggende helsearbeid (Helsedep., 2003). De fleste har utbytte av å drive fysisk aktivitet, spesielt de som er i dårligst form (Anderssen & Strømme, 2001). Dessuten gir fysisk aktivitet som behandling få, om noen bivirkninger.

Idrettsskader kan nevnes som en av disse, men helsegevinsten av regelmessig fysisk aktivitet kan sies å veie opp for de skadene som oppstår (Engebretsen & Bahr, 2001; Haskell et al., 2007).

2.3 Helserelatert livskvalitet

Bedret livskvalitet og det å mestre de utfordringer og belastninger en utsettes for i dagliglivet blir i NOU 1991:10 trukket fram som viktige mål for helsefremmende arbeid (Sosialdep., 1991). Livskvalitet er et omfattende begrep (Wahl & Hanestad, 2004). WHO definerer livskvalitet som: *"...individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems where they lived and in relation to their goals, expectations, standards and concerns"* (Orley, 1996a:354). Filosof Arne Næss Sr. definerer i filmen Loop livskvalitet som *"ikke hva man har, men hva man føler at man er og hvorledes det er å leve"* (Næss, 2005). I en rapport fra NOVA forklares livskvalitet som psykisk velvære (Næss, 2001).

For å avgrense i forhold til klinisk virksomhet er det i denne studien valgt å undersøke HRL. HRL belyser ulike aspekt av helse som funksjon, behov, mål og verdier (Wahl & Hanestad, 2004). En konkret, men komplisert definisjon av HRL er:

...those attributes values by patients, including: resultant comfort or sense of well-being; the extent to which they were able to maintain reasonable physical, emotional, and intellectual function; and the degree to which they retained their ability to participate in valued activities with the family, in the workplace, and in the community (Rejeski et al., 1996:72).

En enklere måte å se dette på er *"hvordan sykdom og symptomer påvirker helse, velvære og evnen til å fungere i dagliglivets aktiviteter"* (Blaasvær & Stanghelle, 1999:1281). Begrepet favner om en helhetlig situasjon og bør uttrykkes subjektivt (Wahl & Hanestad, 2004). HRL inkluderer aspekter relatert til både fysisk og mental helse, og er i følge Brown et al. (2004) et fundamentalt mål for å forstå en populasjon sin helsestatus. Med bakgrunn i den valgte definisjonen av HRL, legges egenvurderte aspekter av fysisk, psykisk og sosial helse til grunn for den videre gjennomgangen. Et viktig mål på generell helse er individets egenvurdering av helsestatus (Fylkesnes & Førde, 1992).

Helse har blitt definert på en rekke ulike måter. *"Helse er en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom eller lyte"* lyder WHO's offisielle helsedefinisjon (Andrews, 1998:3312). WHO's helsedefinisjon blir ofte kalt utopisk fordi mange mennesker har kroniske helseproblemer, men likevel er fornøyd med helsen sin. Hjorts definisjon av helse har en annen innfallsvinkel: Helse er *"overskudd i forhold til hverdagens krav"* (Fugelli & Ingstad, 2001:3602). Denne definisjonen er i tråd med det utvidede helsebegrepet som blir benyttet i NOU 1991:10 og St.meld.nr. 37 (1992-93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid* (Sosialdep., 1991; Sosialdep., 1992). Dette kan beskrives gjennom følgende sitat: *"For oss er alle forhold som reduserer folks livskvalitet viktige å bedre eller bekjempe, enten de kan beskrives med en medisinsk diagnose eller ikke"* (Sosialdep., 1991:17). I følge Andrews (1998) er det utvidede helsebegrepet subjektivt og åpner for et vidt handlingsrom. I St.meld.nr. 37 (1992-93) og NOU 1991:10 antydes det at helsetjenesten bare utfører 10 % av den virksomheten som har betydning for folks helse (Sosialdep., 1991; Sosialdep., 1992). Ved å innlemme livskvalitet i helsepolitikken hevder Andrews (1998) at vi risikerer at medisinen utvider sitt virksomhetsområde, sin makt og at det åpnes opp for paternalisme.

Når folk blir spurt om å vurdere sin generelle helse, er det umulig å vite hvilken helseoppfatning den enkelte legger til grunn (Mæland, 2005). I en studie om folks helsebegrep oppsummeres imidlertid helse som et holistisk fenomen, det er et relativt fenomen ut i fra folks alder, sykdomsbyrde og sosiale situasjon og det er et individuelt fenomen (Fugelli & Ingstad, 2001). Faktorene; trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og overskudd/energi blir trukket fram. Folk ser på helse som en ressurs, en totalopplevelse og som et personlig og situasjonelt fenomen (Fugelli & Ingstad, 2001). Egenvurdert helse har vist seg å være en viktig kobling mellom objektive helseproblemer og tilfredshet med livet (Fylkesnes & Førde, 1992). Selvopplevd helse blir av Schou, Krogstad og Westin (2006) sett på som et betydningsfullt mål på helse i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), da den i høy grad predikerer død. Dette til tross for at variabelen er subjektiv og antatt "myk" (Schou et al., 2006).

Selv når en ser på helse i et utvidet helsebegrep, er ikke helse og livskvalitet det samme. (Sosialdep., 1991). Livskvalitet må forstås som et relativt og subjektivt begrep som kan være uavhengig av både eventuelle sykdommer, funksjonshemninger (helse) og av materielle

goder (levekår) (Sosialdep., 1991). Kort fortalt kan en altså hevde at helsebegrepet sier noe om fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende sett ut i fra den enkeltes forutsetning. HRL sier på sin side noe om egenvurdert helse, evnen til å fungere i dagliglivet og tilfredsheten med dette. Loge og Kaasa (1998a) har i en studie kartlagt HRL til den norske befolkningen (tabell 2.1). Gjennomsnittsalderen på respondentene var 44,9 (SD= 16,5), med en range fra 19 til 80 år.

Tabell 2.1 Normative data for SF-36 hos den norske befolkningen. Grad av helserelatert livskvalitet i de ulike helsefaktorene er presentert med en gjennomsnittskår på en skala fra 0 til 100. Høy skår betegner høy grad av helserelatert livskvalitet. Standardavvik vises i parentes (Loge & Kaasa, 1998a).

Helsefaktor	Kvinner	Menn
Fysisk funksjon	84,8 (20,8)	89,8 (15,5)
Fysisk rollebegrensning	75,4 (37,7)	80,5 (33,6)
Emosjonell rollebegrensning	79,1 (34,6)	84,5 (29,7)
Kroppslig smerte	73,0 (26,6)	77,2 (25,0)
Sosial fungering	83,7 (23,1)	87,6 (20,9)
Mental helse	77,6 (17,0)	80,0 (15,8)
Vitalitet	56,9 (21,2)	63,2 (19,9)
Generell helse	76,3 (22,5)	77,4 (21,3)

En norsk studie har vist at fysisk funksjon og det å generelt strekke til, er viktige dimensjoner av egenvurdert helse (Fylkesnes & Førde, 1991). Videre viste studien at redusert egenvurdert helse var mer relatert til plager og lidelser i muskel- og skjelettsystemet samt psykososiale problemer, enn alder og de vanligste kroniske lidelsene (Fylkesnes & Førde, 1991). I en internasjonal studie om HRL og kroniske lidelser konkluderes det imidlertid med at personer med kroniske lidelser skårer lavere på SF-36 (det vil si at de opplever dårligere HRL) enn friske personer (Alonso et al., 2004). I en modell lansert av Fylkesnes og Førde (1992) integreres ulike dimensjoner av helsestatus med koblinger mellom somatiske, psykologiske og psykososiale mål, samt sosiale relasjoner. Fysiske plager i form av smerte og arbeidsuførhet trekkes fram som viktige faktorer som kan redusere egenvurdert helse. Den enkeltes fortolkning av egen plage er imidlertid avgjørende, og hvordan den enkelte håndterer plagen (Fylkesnes & Førde, 1992). Den subjektive vinklingen på HRL involverer ikke bare evalueringen av oppnådd funksjon, men også tilfredsheten med det konkrete funksjonsnivået (Rejeski et al., 1996). WHO legger vekt på at livskvalitet skal basere seg på en rekke kriterier, ikke bare enkelte temaer som for eksempel smerte (Orley, 1996a).

En svensk studie undersøkte tilfredsheten med livet (life satisfaction) for 18- til 64-åringer (Melin, Fugl-Meyer, & Fugl-Meyer, 2003). Resultatene viser at personer i arbeid hadde høyere grad av tilfredshet med livet enn personer som stod utenfor arbeidslivet og de som mottok sykepenger og/eller uføretrygd. Videre hadde de med egenvurdert god helse høyere grad av tilfredshet med livet enn de som ikke rapporterte helsen som god (Melin et al., 2003).

2.4 Forholdet fysisk aktivitet og helserelatert livskvalitet

Selv om relasjonen fysisk aktivitet og helse begynner å få en god teoretisk forankring, er det mange aspekter av helse som fremdeles ikke er godt nok dokumentert. Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og HRL er en av disse. De studiene som er gjort på dette feltet viser imidlertid en positiv korrelasjon mellom fysisk aktivitet og HRL (Rejeski et al., 1996; Brown et al., 2004; Kruger, Bowles, Jones, Ainsworth, & Kohl, III, 2007; Blacklock, Rhodes, & Brown, 2007). Av forskningen som er gjort på fysisk aktivitet og HRL er det meste gjort på sub-grupper i befolkningen som eldre og mennesker med kronisk sykdom. Lite forskning er gjort på den generelle befolkningen (Blacklock et al., 2007).

Rejeski et al. (1996) har gjort en gjennomgang av studier som ser på direkte sammenhenger mellom fysisk aktivitet og HRL. Av 28 studier som har sett på direkte evidens for en sammenheng, viste de fleste at fysisk aktivitet var assosiert med en bedring i ulike aspekter av HRL. Studiene var gjort både på den generelle voksne befolkningen og deler av befolkningen med spesifikke diagnoser. Korrelasjonen mellom fysisk form og HRL ser imidlertid ut til å være svakere enn korrelasjonen mellom funksjonalitet og HRL (Rejeski et al., 1996). I følge Vuori (1998) bedrer fysisk aktivitet HRL ved å øke psykisk velvære og bedre fysisk funksjon, spesielt hos de med dårlig helse. I en studie gjennomført av Melin et al. (2003) rapporterte de som var fysisk aktive en høyere grad av tilfredshet med livet enn de som var inaktive. Brown et al. (2004) har gjort en studie for å kartlegge dose – respons sammenhengen mellom fysisk aktivitet og HRL. Studien viser at fysisk inaktive voksne har flere dager med egenvurdert dårlig helse enn de respondentene som enten var fysisk aktive, men under anbefalt mengde eller de som tilfredsstilte anbefalingene for fysisk aktivitet (Brown et al., 2004). Også studien til Kruger et al. (2007) viste en signifikant sammenheng mellom høyt aktivitetsnivå og høy grad av HRL. Den samme undersøkelsen viste at denne

sammenhengen er uavhengig av BMI (Kruger et al., 2007). Resultatene fra en studie som så på sammenhengen mellom generell fysisk aktivitet, lavintensitetsaktivitet som regelmessig gange, og HRL, viste en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og HRL (Blacklock et al., 2007). Dette gjaldt spesielt for kategoriene generell helse, sosial funksjon og vitalitet i SF-36. Et interessant funn i studien er at en registrerte like resultater hos fysisk aktivitet og regelmessig gange, med unntak i kategorien generell helse. Her skåret fysisk aktivitet høyere enn regelmessig gange. Sammenhengen mellom regelmessig gange/fysisk aktivitet og HRL kan ut i fra dette se ut til å være avhengig av intensiteten. En svakhet ved denne studien er den lave svarprosenten på 36 % (Blacklock et al., 2007).

Thrane (1999) betegner den subjektive bruken av begrepet livskvalitet som subjektivt velvære. Han påpeker at det kan være vanskelig å spesifisere hva slags relasjon helse har til fysisk aktivitet og subjektivt velvære. I medisinsk og sosialmedisinsk forskning blir det hevdet at fysisk aktivitet påvirker helsen. Det er også argumentert for at dette går begge veier. Eksempel på dette kan være at en liten økning i det fysiske aktivitetsnivået gir en noe bedre helsetilstand, som igjen gir mulighet for en økning i aktivitetsnivået. Helse blir i det meste av litteraturen betraktet som en avhengig variabel av fysisk aktivitet. Forskning har også påvist at helse i seg selv er en viktig faktor for subjektivt velvære, det vil si at folk som oppgir å ha god helse, både fysisk og mentalt, opplever høyere subjektivt velvære enn de med dårligere helse. I følge Thrane (1999) tyder mye på at helse har en sterkere effekt på subjektivt velvære enn det fysisk aktivitet har. Han argumenterer videre for at fysisk aktivitet har en indirekte påvirkning på subjektivt velvære som går via en forbedret helsetilstand. Har man god helse, er denne mindre sentral i forhold til subjektivt velvære. Har man imidlertid dårlig helse, er denne mer sentral (Thrane, 1999).

2.5 Fysisk aktivitet og helse for de som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet

Arbeid står sentralt i menneskets liv (Wilkinson & Marmot, 2005). I følge Fugelli er det å hjelpe folk til arbeid å ”gi dem de essensielle sosialmedisinske vitaminene: trygghet, verdighet, ta seg selv i bruk, trivsel, mening og fellesskap” (Fugelli, 2006:14).

Studier har vist at dårlig egenvurdert helse fører til økt bruk av helsetjenester. Helseundersøkelsen i bydeler og regioner i Oslo (HUBRO) viser at de som arbeider fulltid har bedre egenvurdert helse enn de som arbeider deltid eller som ikke er i inntektsgivende arbeid (Grøtvedt, 2002). *SSB/Levekårsundersøkelsen om helse* fra 2005 viser at andelen som vurderer sin egen helse som meget god eller god øker med antall års utdanning, mens andelen som vurderer helsen sin som meget dårlig eller dårlig minker med antall års utdanning (SHdir, 2007a). Sosiale helseforskjeller blir i St.meld.nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*, beskrevet som helseforskjeller som varierer systematisk med utdanningsnivå, yrkesgruppe eller inntektsnivå (Helse- og Omsorgsdep., 2007). En ser tydelige sammenhenger mellom helse og disse sosiale faktorene (SHdir, 2007b). Sosiale helseforskjeller skyldes i hovedsak forskjeller i materielle, psykososiale og adferdsrelaterte risikofaktorer (Helse- og Omsorgsdep., 2007).

I Norge ser vi nesten like store sosiale forskjeller som i andre vesteuropeiske land. Et eksempel på denne sammenhengen er økt risiko for psykiske vansker hos personer med langvarig arbeidsledighet (SHdir, 2007b). WHO trekker også fram arbeidsledighetens effekt på helsen (Wilkinson & Marmot, 2005). Arbeidsledigheten er en risiko for helsen, samtidig som risikoen er høyere i områder med høy arbeidsledighet. WHO fokuserer videre på de psykososiale konsekvensene og de økonomiske problemene. Også usikkerhet rundt arbeidsplassen har økt effekt på mental helse, selvrapportert dårlig helse, hjerte- og karsykdommer og risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer (Wilkinson & Marmot, 2005).

St.meld.nr. 37 (1992-93) beskriver viktigheten av arbeidslivet på denne måten: *"Arbeid synes å være en svært viktig faktor i voksnes liv. Deltakelse i arbeidslivet er en viktig identitetsfaktor og er for mange grunnlaget for en sosial samhørighet"* (Sosialdep., 1992:65). Ved å være utenfor arbeidslivet påpekes det at den *"enkelte stenges ute fra naturlige samhandlingsarenaer og medfører for mange både sosiale og økonomiske problemer og kan få helsemessige konsekvenser"* (Sosialdep., 1992:65).

Andelen av befolkningen som mottar uføretrykt har økt jevnt det siste tiåret (Holtedahl, 2006). I 2006 mottok ca 330 000 personer varig uførepensjon eller tidsbegrenset

uførestønad² (NAV, 2007). I følge SHdir mottok 3,1 % attføringspenger³ i 2006. Tall fra 2005 viser at 1,5 % mottok rehabiliteringspenger⁴ og 12,5 % mottok sykepenger⁵ (SHdir, 2007a). I 2005 mottok 4,5 % av befolkningen mellom 20 og 66 år økonomisk sosialhjelp⁶ (SHdir, 2007a). Det er diagnoser som psykiske lidelser (31 %) og muskel- og skjelettlidelser (33 %) som står for den største andelen blant mottakere av uføreytelser. Av de som mottar en uføreytelse er kvinnene mest plaget av muskel- og skjelettlidelser, mens mennene er mest plaget av lidelser innen sirkulasjonssystemet, som for eksempel hjerte- og karlidelser (Arbeids- og inkluderingsdep., 2007).

Økningen av personer som mottar uføreytelser gir store utgifter for samfunnet. Samtidig viser flere undersøkelser en sammenheng mellom arbeidsledighet og økt forekomst av sykdom, der både fysisk og psykisk helse blir redusert (Dooley, Fielding, & Levi, 1996; Ytterdahl & Fugelli, 2000; McKee-Ryan, Song, Wanberg, & Kinicki, 2005).

Holtedahl (2006) har undersøkt fysisk helsetilstand hos personer som søker uføretrygd. Han konkluderte med at personene som søkte uføretrygd for plager i støtte- og bevegelsesapparatet hadde høy grad av subjektiv helse- og funksjonssvikt. En annen studie viser at redusert helse blant unge langtidssykemeldte øker risikoen for uførepensjonering. Dette gjelder spesielt psykiatrisk diagnose hos menn, og muskel- og skjelettlidelser hos kvinner (Gjesdal, Haug, Ringdal, Vollset, & Mæland, 2005). En tverrsnittsundersøkelse gjort av Ytterdahl og Fugelli (2000) viser at egenvurdert helse hos en gruppe langtidsledige var signifikant dårligere enn i normalbefolkningen. Skåren for somatoform- og angstsykdom var dobbelt så høy for de langtidsledige i forhold til normalbefolkningen, mens skåren for

² En uføreytelse skal sikre inntekt til livsopphold for de som har fått inntektsevnen langvarig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte.

³ Attføringsstønad/attføringspenger skal helt eller delvis dekke ekstrautgifter du får i forbindelse med opplæring eller tiltak, samt dekke utgifter til livsopphold når en gjennomfører yrkesrettet attføring.

⁴ Rehabiliteringspenger skal gi ytelse til livsopphold hvis en på grunn av sykdom, skade eller lyte ikke kan utføre arbeid. Ytelsen er en korttidsytelse som gis i den perioden en er under aktiv behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen.

⁵ Sykepenger skal gi kompensasjon for bortfall av arbeidsinntekt for yrkesaktive medlemmer som er arbeidsuføre på grunn av sykdom eller skade.

⁶ Økonomisk stønad (sosialhjelp) skal sikre at alle har nok midler til livsopphold og ytes til alle som trenger hjelp for å overvinne eller tilpasse seg en vanskelig livssituasjon (Hentet fra www.nav.no 25.08.07).

depresjonssykdom var tre ganger så stor. De langtidsledige skåret også lavere på livskvalitetsmålene enn normalbefolkningen (Ytterdahl & Fugelli, 2000). I tillegg til de psykiske og fysiske aspektene av helse, trekker McKee-Ryan et al. (2005) fram problematikken rundt arbeidsledighet og sosiale forhold. De hevder at enkelte arbeidsledige får problemer med å organisere tiden sin, beholde rutiner og å fylle tiden med meningsfylt innhold (McKee-Ryan et al., 2005).

Med bakgrunn i det forskningen viser om fysisk aktivitet sin betydning for helse og HRL, kan en hevde at dette ville være et egnet tilbud til trygdede. Oslo Idrettskrets har gjennomført tatt konsekvensene av behovet for et aktivitetstilbud for en gruppe mennesker med spesielle behov.

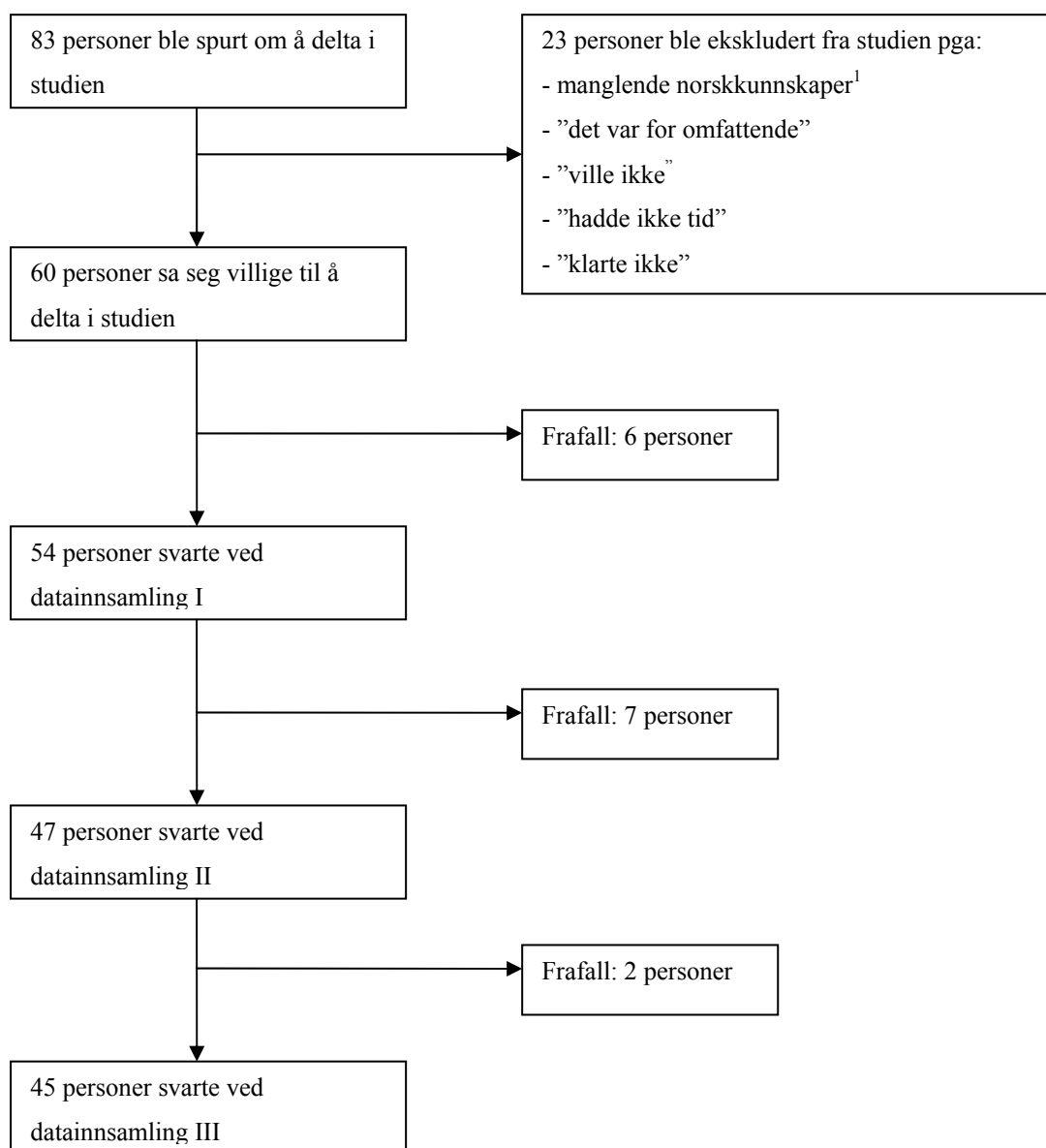
3.0 METODE

3.1 Valg av metode

Studien har et longitudinelt prospektivt design. Målsetningen var å se på utvikling i HRL, fysisk aktivitet og trygdesituasjon hos en gruppe nye deltakere på Apd. Det ble derfor valgt å bruke spørreskjema som ble sendt ut på tre ulike tidspunkt for å kunne se på endringer over tid.

3.2 Utvalg

Samtlige 83 som ble registrert som deltakere ved Apd i oktober 2004 mottok en forespørsel om å delta i spørreundersøkelsen (vedlegg I). Inklusjonskriteriene for studien var nyregistrerte Apd deltakere i alderen 18-65 år, som forsto og kunne besvare skriftlig norsk. Alle deltakerne måtte stå helt eller delvis utenfor arbeidslivet og motta en form for trygdeytelse. Eventuelle ledsagere ble ekskludert fra studien. Deltakerne fikk muntlig informasjon fra en ansatt ved Apd eller undertegnede, og ble forespurt om de ville delta i studien. De 60 som sa seg villige til å delta skrev under på en samtykkeerklæring (vedlegg II). Figur 3.1 viser en oversikt over hvor mange som svarte på de ulike skjemaene, ekskludering og frafall fra studien.



Figur 3.1 Oversikt over innkomne skjemaer, ekskludering og frafall.

¹Noen av respondentene sa selv at de ikke kunne være med på grunn av manglende norskkunnskaper, mens andre ble ekskludert av en ansatt på Aktiv på dagtid eller undertegnede på grunn av manglende norskkunnskaper.

Av de 60 som ble inkludert i studien svarte 45 personer på alle tre datainnsamlingene. Dette gir en svarprosent på 75 %. Utvalget (N = 45) besto av 76 % kvinner (N = 34) og 24 % menn (N = 11). Gjennomsnittsalderen var 46 år ± 12 år med en spredning på 23-65 år. Av de 9 som svarte på datainnsamling I, men som falt fra på datainnsamling II eller III, var det 5 menn og 4 kvinner. Av disse var 5 norske, mens de andre var fra Eritrea, Afghanistan, Somalia og Uganda. Alle de ulike trykkesituasjonene var representert blant respondentene som falt fra studien. En av disse oppga at hun ikke orket lenger på grunn av for høy totalbelastning, andre

ville ikke fordi de ikke hadde trent på Apd på flere måneder. Øvrige karakteristika av utvalget vises i tabell 3.1.

Tabell 3.1 Karakteristika hos respondentene (%) (N = 45).

Karakteristika	Kvinner (n=34)	Menn (n=11)
Nasjonal opprinnelse		
Nordisk	91	100
Ikke nordisk ¹	9	0
Bosatt		
Oslo vest	53	45
Oslo øst	47	55
Siviltilstand		
Gift/samboer	44	64
Enslig	27	27
Separert/skilt	29	9
Utdanningsnivå		
Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole, folkeskole	3	0
Realskole, middelskole, yrkesskole, 1-2 årig videregående skole	32	18
Artium, økonomisk gymnas, allmennfaglig videregående skole	12	9
Høgskole/universitet < 4 år	27	18
Høgskole/universitet ≥ 4 år	26	55
Tilhørighet innenfor helse- og sosialvesen ²		
Psykisk helsevern	21	18
Arbeidskontor	42	73
Trygdekontor	67	36
Sosialkontor	9	18

¹ Filippinene og Frankrike

² Mange av respondentene oppga flere tilhørigheter til helse- og sosialvesen

De fleste respondentene var av nordisk opprinnelse. Bostedsfordelingen mellom Oslo vest og øst var relativt lik. De fleste oppga at de var gift/samboer og over halvparten hadde høyere utdanning. Av tilhørighet innenfor helse- og sosialvesen oppga de fleste respondentene arbeidskontor og trygdekontor.

Ved oppstart på Apd ble respondentene spurt om deres helsetilstand (skader, sykdom og lidelser) (jfr. tabell 3.2).

Tabell 3.2 Skader, sykdommer og lidelser hos respondentene ved oppstart på Aktiv på dagtid (%) (N = 45)¹.

Skader/sykdommer/lidelser ²	Kvinner (n=34)	Menn (n=11)
Belastningslidelser		
Rygg	53	36
Nakke/skulder	50	45
Hofte	21	27
Kne	38	9
Skjelettskader	18	18
Osteoporose	3	0
Revmatisme	24	9
Fibromyalgi	6	0
Psykiske lidelser	29	36
Psykosomatiske plager	27	18
Utbrenthet	32	9
Spiseforstyrrelser	3	0
Rusmisbruk	3	9
Diabetes type 2	3	0
Hjerte-karsykdommer	3	9
Hypertensjon	18	18
Overvekt	27	9
Kreft	9	0
Migrene	32	9
Whiplash	9	0
Allergi	35	9
Astma	12	9
Annen ³	12	18

¹Ingen respondenter oppga at de hadde Diabetes type 1 eller MS

²Mange av respondentene oppga flere skader, sykdommer og lidelser

³KOLS, kronisk svimmelhet, epilepsi, autoimmun hypothyreose, lupus, sjøgren syndrom

De hyppigste helseproblemene var for kvinner belastningslidelser i rygg, nakke/skulder og kne og allergi. For menn var de hyppigste helseproblemene belastningslidelser i rygg, nakke/skulder og psykiske lidelser. Det var langt flere kvinner enn menn som oppga allergi, overvekt, utbrenthet, revmatisme og belastningslidelser i kne.

3.3 Utarbeiding av spørreskjema

Spørreskjemaene inneholdt både standardiserte spørreskjemaer som var validert for norske forhold og spørsmål som var utviklet for denne studien (vedlegg V og VI). Spørreskjemaene inneholdt en del spørsmål der svarene ikke blir inkludert i denne studien av hensyn til oppgavens omfang⁷. Av spørsmål som blir inkludert i denne studien, inneholdt spørreskjemaene bakgrunnsspørsmål (kjønn, alder, fødeland, bosted, siviltilstand, utdanning, tilhørighet innenfor helse- og sosialvesenet, trygdesituasjon og eventuelle skader/sykdommer/lidelser), spørsmål om hvordan respondenten fikk vite om Apd og hvorfor respondenten ønsket å være med i Apd. Svaralternativene til det sistnevnte spørsmålet ble hentet fra MMI, Norsk Monitor (Breivik, 1996). Noen spørsmål ble hentet fra tidligere spørreskjema og registreringsskjema benyttet av Apd, blant annet spørsmålet om ulike skader, sykdommer og lidelser. Etter en omfattende gjennomgang av ulike standardiserte spørreskjema ble følgende skjemaer benyttet: *Short Form - 36 Health Survey versjon 1.2 (SF-36)*, *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)* og *Verdens Helseorganisasjons spørreskjema for måling av livskvalitet, kortversjonen (WHOQOL-bref)*. Disse ble valgt på bakgrunn av at de var utbredt og mye benyttet, samt råd fra ulike fagfolk. Spørreskjemaet ved første datainnsamling avvek noe fra skjemaene i andre og tredje datainnsamling, som var identiske. Grunnet stort omfang av spørreskjemaene ble en oversiktlig lay-out vektlagt for å gjøre utfyllingsprosessen oversiktlig. En grafisk designer ble benyttet i denne forbindelse.

3.3.1 SF-36

SF-36 er et generelt måleinstrument for helsestatus og HRL. Skjemaet har dermed ikke noen spesifikk målgruppe med tanke på alder, behandlingsgruppe eller sykdomsgruppe. Det er derfor mulig å sammenligne resultater på tvers av studier og populasjoner (Ware & Gandek, 1994; Ware & Gandek, 1998; Loge & Kaasa, 1998a; Loge, Kaasa, Hjermstad, & Kvien, 1998b; Calvert & Freemantle, 2003). SF-36 har blitt oversatt og validert for blant annet norsk

⁷ En del spørsmål omhandlet Apd direkte. Et eksempel er spørsmål om positive og negative sider ved Apd. Svarene på disse spørsmålene har blitt overlevert Apd og inngår ikke i denne oppgaven. Spørsmål om respondentens medikamentbruk og eventuelle andre behandlingsformer er utelatt da dette ikke berører problemstillingen direkte og en inkludering av svarene hadde gjort oppgaven for omfangsrik.

bruk (Kvien, Kaasa, & Smedstad, 1998; Loge et al., 1998b). Med sine 36 spørsmål omhandler SF-36 åtte av de mest vanlige helsefaktorene fra Medical Outcomes Study (MOS), en longitudinell studie som omhandlet egenvurderte endringer i helsestatus (Ware & Gandek, 1994). Gjennom denne åtte deler-skalaen pluss en del som omhandler endring i egenvurdert helse i løpet av det siste året, sier skjemaet noe om helsestatus og HRL (Ware & Gandek, 1994; Ware & Gandek, 1998; Loge & Kaasa, 1998a; Loge et al., 1998b).

Helsefaktoren *fysisk funksjon* (10 spørsmål) omhandler i hvilken grad helse er en begrensning for aktiviteter som gange, gå trapper, bøye seg, vaske og kle seg, løfte noe og moderat og hard fysisk aktivitet. *Fysisk rollebegrensning* (4 spørsmål) omhandler i hvilken grad fysisk helse har innvirkning på arbeid eller andre daglige aktiviteter. *Kroppslig smerte* (2 spørsmål) omhandler smerteintensitet og effekten av smerten på normalt arbeid. *Mental helse* (5 spørsmål) omhandler generell mental helse, inkludert blant annet depresjon og angst. *Emosjonell rollebegrensning* (3 spørsmål) omhandler i hvilken grad emosjonelle problemer har innvirkning på arbeid eller andre daglige aktiviteter. *Sosial fungering* (2 spørsmål) omhandler i hvilken grad fysisk helse eller emosjonelle problemer har innvirkning på normale sosiale aktiviteter. *Generell helse* (5 spørsmål) omhandler en persons evaluering av helse, inkludert helsetilstanden nå, i framtiden og motstandskraft i forhold til sykdom. *Vitalitet* (4 spørsmål) sier noe om respondenten føler at han/hun har mye energi eller er sliten (MOS, 1994).

Som i WHO sin definisjon på helse (jfr. kapittel 2.3), inneholder SF-36 de tre aspektene; fysisk, psykisk og sosial helse. I tillegg til å omfatte negative helsetilstander som for eksempel sykdom, omfatter skjemaet også positive helsetilstander som for eksempel HRL (Ware & Gandek, 1994). I SF-36 måles HRL innenfor en tidsperiode på de siste fire ukene. Svaralternativene i de fysiske og emosjonelle rollefunksjonskalaene er dikotomisert ”ja” eller ”nei”. De andre skalaene har fra 3 til 6 svaralternativer som ble skåret på en numerisk skala fra 1-6 (MOS, 1994).

3.3.2 WHOQOL-bref

Egenvurdert HRL ble også målt gjennom WHOQOL-bref (Kalfoss, 2002; Wahl & Hanestad, 2004; Skevington, Sartorius, & Amir, 2004b). WHOQOL-bref har blitt oversatt og validert for norske forhold (Hanestad, Rustøen, Knudsen, Lerdal, & Wahl, 2004). WHO sitt spørreskjema har en global tilnærming til livskvalitet. Spørreskjemaet bygger på WHO sin definisjon av helse og livskvalitet (jfr. kapittel 2.3). (Harper & Power, 1998; Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004a). WHOQOL-bref består av 26 spørsmål. Ett om livskvalitet, et om helse og 24 spørsmål som kan klassifiseres innen fire domener. *Fysisk domene* (7 spørsmål) sier noe om smerte, søvn, energi, mobilitet, daglige aktiviteter, medikamentbruk og arbeidskapasitet. *Psykologisk domene* (6 spørsmål) sier noe om positive og negative følelser, refleksjon, læring, konsentrasjon, tro og religion, selvbilde og selvrespekt. *Domenet sosiale relasjoner* (3 spørsmål) omhandler personlige relasjoner, sosial støtte og samliv. *Omgivelsesdomenet* (8 spørsmål) omhandler frihet, økonomi, hjemmemiljø, helse- og sosialhjelp, mulighet for fritidsaktiviteter, fysisk miljø, transport og tilgjengelighet til informasjon (Orley, 1996b; Harper & Power, 1998; Wahl & Hanestad, 2004; Hanestad et al., 2004; Skevington et al., 2004a). Svarskalaene er 5-punkts likert intervall skala (Skevington et al., 2004a). Spørsmålet om livskvalitet har i denne studien blitt utelatt ved en feiltakelse i forbindelse med kommunikasjonen mellom undertegnede og den grafiske designeren.

3.3.3 IPAQ

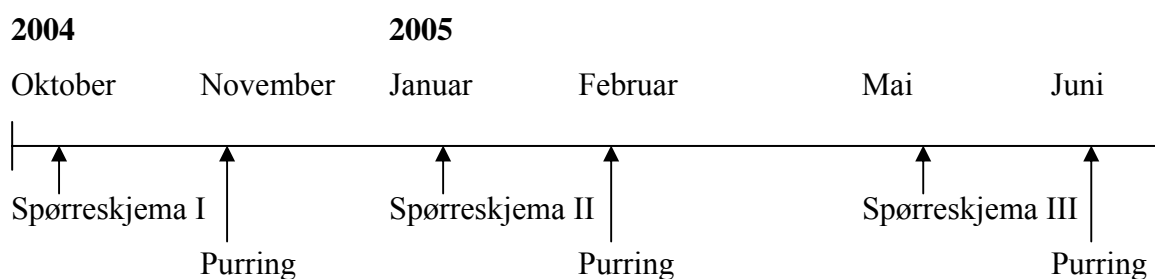
Ulike spørsmål relatert til fysisk aktivitetsnivå har vært brukt i de store befolkningsundersøkelsene de siste 25-30 årene, men ingen gode valideringsstudier av målemetoden er gjort (Craig et al., 2003; Kurtze, Gundersen, & Holmen, 2003). Det mangler en gullstandard som målemetodene kan valideres mot. For å oppnå et valid mål på det fysiske aktivitetsnivået kreves det at de fire dimensjonene hyppighet, varighet, intensitet og regelmessighet er inkludert. Dette oppfylles imidlertid bare unntaksvis (Kurtze et al., 2003). I denne studien er IPAQ benyttet. Skjemaet er tenkt å bli et hovedinstrument i internasjonale studier og er mye benyttet. Det er laget en lengre og en kortere versjon (Kurtze et al., 2003). Den korte ble benyttet i denne studien. Skjemaet er validert for norske forhold (Anderssen & Andersen, 2004). Det er konstruert for personer i alderen 18-65 år og differensierer mellom de fire intensitetsnivåene hard aktivitet, moderat aktivitet, gange (lett aktivitet) og stillesittende tid (Craig et al. 2003; Rütten et al., 2003). I denne studien ble det valgt å utelukke stillesittende tid på grunn av den totale lengden på spørreskjemaene. Respondentene

ble spurt om hyppighet/regelmessighet (antall dager de siste 7 dagene) og varighet (antall timer/minutter).

3.4 Innhenting og bearbeiding av data

3.4.1 Innhenting av data

For å teste ut spørreskjemaene ble det gjennomført en pilotundersøkelse. I løpet av en dag fylte fem nyregistrerte deltakere på Apd ut spørreskjema I, mens fem tidligere registrerte deltakere fylte ut spørreskjema II/III. Etter å ha gjennomgått disse besvarelsene, ble det foretatt små endringer på ordlyd og oppsett på de spørsmålene som ikke var standardiserte.



Figur 3.2 Tidsoversikt over datainnsamlingene og purringene.

Første datainnsamling ble gjort da nye deltakere registrerte seg hos Apd. De deltakerne som ved registrering ikke hadde mulighet til å fylle ut spørreskjema I, fikk med seg et skjema hjem. De returnerte det enten direkte til Apd eller per post i ferdigfrankert konvolutt. Spørreskjema II ble tilsendt respondentene per post for å få kartlagt om det hadde skjedd endringer i perioden etter at de begynte. Spørreskjema III ble sendt ut per post ved undersøkelsens slutt for å følge utviklingen. Se figur 3.2 for en tidsoversikt over datainnsamlingene og purringene. Spørreskjemaene i andre og tredje datainnsamling ble returnert i vedlagt frankert returkonvolutt. Det ble sendt ut purring med nytt spørreskjema til de som ikke svarte på spørreskjemaene. Etter andre og tredje datainnsamling ble det i tillegg tatt en ringerunde til de som ikke hadde svart.

Samtlige som svarte på alle tre datainnsamlingene var med i trekningen om fem gavekort på 500 kr.

3.4.2 Bearbeiding av data

Respondentene ble anonymisert i alt behandlet materiale, og det ble laget en kodenøkkel for å gjennomføre de tre datainnsamlingene. Råskårene ble kodet og dobbeltsjekket av undertegnede. Etter koding av råskårene i SF-36 ble de åtte kategoriene rekalkulert i følge standardregler (MOS, 1994). Deretter ble emnene summert og konvertert til åtte skalaer fra 0 til 100 der 0 = dårligst helsestatus og 100 = best helsestatus (Ware & Gandek, 1994; Loge & Kaasa, 1998a; Loge et al., 1998b). Internt frafall i 50 % eller mindre av kategoriene i en skala ble erstattet med respondentens gjennomsnittsverdier av de ferdigutfylte spørsmålene i samme skala, i følge SF-36 manualen (MOS, 1994; Loge & Kaasa, 1998a; Loge et al., 1998b). I denne studien presenteres resultatene i form av de åtte subskalaene (Ware et al., 1995; Ware & Gandek, 1998; Loge & Kaasa, 1998a; Ware & Konsinski, 2001; Wahl & Hanestad, 2004).

WHOQOL-bref ble skåret gjennom fysisk domene, psykologisk domene, domenet sosiale relasjoner og omgivelsesdomenet. Etter koding av råskårene ble noen av spørsmålene rekalkulert i følge standardregler (Orley, 1996b). Gjennomsnittsskåren av spørsmålene innen hvert domene ble benyttet for å kalkulere domeneskåren. Domeneskårene presenteres på en skala fra 1 til 5. Høy skår betegner høy grad av livskvalitet (Orley, 1996b; Skevington et al., 2004a). Hvis 20 % eller mer av spørsmålene manglet innenfor et domene, skulle gjennomsnittsskåren av de andre spørsmålene i domenen bli benyttet (Orley, 1996b). Dette var ikke tilfelle for noen domener i denne studien.

Resultatene fra IPAQ har i denne studien blitt skåret ved å summere opp de ulike indikatorene (hard-, moderat- og lett aktivitet). En fikk da en overordnet indikator på den fysiske aktiviteten relatert til energiforbruk (MET min^{-1}). Hard fysisk aktivitet ble estimert til 8,0 MET, moderat fysisk aktivitet ble estimert til 4,0 MET og gjennomsnittlig gange ble estimert til 3,3 MET (IPAQ, 2005). For å kalkulere den totale MET verdien for fysisk aktivitet ble hver aktivitetskategori multiplisert med den estimerte MET verdien (den estimerte MET * minutter * dager). Til slutt ble den totale MET verdien for fysisk aktivitet summert ut i fra de ulike kategoriene. I de tilfellene der respondenten svarte "vet ikke" eller

”usikker” på hvor lang tid de hadde brukt på de ulike intensitetene, ble respondenten ekskludert fra analysen (IPAQ, 2005). I denne studien gjaldt dette fem av respondentene ved spørreskjema I, ti av respondentene ved spørreskjema II og fire av respondentene ved spørreskjema III. Respondentene ble ut i fra deres energiforbruksnivå (total MET) delt inn i tre ulike aktivitetskategorier. *Høy aktivitet* tilsvarer minst en time med moderat aktivitet per dag eller en halv time med hard aktivitet per dag. *Moderat aktivitet* tilsvarer anbefalingene for fysisk aktivitet med minimum en halv time daglig aktivitet med moderat intensitet. *Lav aktivitet* inkluderer de som ikke tilfredsstiller kriteriene for de to andre gruppene (Rütten et al.2003; IPAQ, 2005).

3.5 Statistiske metoder

For statistiske analyser ble SPSS versjon 14 benyttet. Frekvensanalyser ble benyttet for å framstille kategoriske data, mens deskriptive analyser ble benyttet for å framstille kontinuerlige data. For å undersøke endringer over tid for kategoriske variabler ble kji-kvadrat og McNemar test benyttet. For å undersøke endringer over tid for kontinuerlige variabler ble det gjennomført en-veis repeated measures ANOVA. For å sammenligne resultatene for deltakere og ikke-deltakere ved Apd ved tredje datainnsamling ble uavhengig t-test benyttet for kontinuerlige data, mens kji-kvadrat test ble benyttet for kategoriske data. For å se på sammenhengen mellom fysisk aktivitetsnivå og HRL ved tredje datainnsamling ble Pearsons produkt-moment korrelasjonskoeffisient benyttet. For å kartlegge endringene for ulike grupper av utvalget ble en-veis repeated measures ANOVA benyttet. Dette ble gjort ved å trekke ut kvartilen med høyest skår (n=11) og kvartilen med lavest skår (n=11) innen hver parameter i SF-36, WHOQOL-bref og IPAQ ved første datainnsamling. Endringene ble kartlagt ved å sammenligne verdiene mellom de tre innsamlingene. Signifikansnivået er satt til 0,05, hvis ikke annet er anført. For grafiske framstillinger ble Sigma Plot versjon 10 benyttet. Et utvalg av dataene fra første og tredje datainnsamling er tidligere benyttet i en bacheloroppgave i fysioterapi ved mensendieckutdanningen, Høyskolen i Oslo (Solbraa, 2006).

3.6 Validitet og reliabilitet

3.6.1 Validitet

Validitet sier noe om en test eller et instrument måler det som skal måles (Thomas, Nelson, & Silverman, 2005). De tre standardiserte spørreskjemaene som er benyttet i denne studien er validert for norske forhold (Kvien et al., 1998; Loge et al., 1998b; Anderssen & Andersen, 2004; Hanestad et al., 2004). SF-36 har i forhold til det lengre MOS spørreskjemaet en empirisk validitet på 80-90 % i studier omhandlende fysisk og mental helse. SF-36 anbefales ofte i stedet for lengre skjemaer, dette fordi de lengre skjemaene krever 5-10 ganger mer arbeid fra respondentens side (Ware & Gandek, 1994; Ware & Gandek, 1998). SF-36 har også vist seg å være valid i forhold til endringer i helse over tid (Ware & Gandek, 1994). For WHOQOL-bref viser studier akseptabel intern validitet for de ulike domeneene (fysisk = 0,83, psykologisk = 0,75 og omgivelse = 0,80), med unntak av domenet sosial relasjon som viser marginal intern validitet (0,66) (Skevington et al., 2004b). En validitetsstudie av den danske versjonen av skjemaet underbygger disse funnene (Nørholm & Bech, 2001). WHOQOL-bref er noe lenger enn tilsvarende korte spørreskjema som omhandler livskvalitet (Harper & Power, 1998). På en annen side inneholder skjemaet spørsmål som ofte ikke inngår i lignende skjema. Eksempler på dette er sosiale relasjoner og omgivelser (Harper & Power, 1998; Skevington et al., 2004a). IPAQ omhandler både frekvens, hyppighet, intensitet og varighet. En reliabilitets- og validitetsstudie gjort i 12 land viser at validiteten er høy (Craig et al., 2003). IPAQ viser også relativt god overensstemmelse når det sammenlignes med objektiv målemetode for tid brukt på moderat og anstrengende aktivitet (Anderssen & Andersen, 2004). En valideringsstudie av IPAQ gjort på svensk befolkning viser imidlertid en signifikant overestimering i selvrapportert fysisk aktivitet (Ekelund et al., 2006).

Denne studien har et enkelt design ved at den ikke har noen kontrollgruppe for sammenligning. Dette er en svakhet ved studien. Det ville være vanskelig gjennomførbart å nekte nye deltakere å være fysisk aktive i en periode. Andre måter å arrangere dette på ville vært for omfattende i forhold til de ressurser som var til rådighet. At studien har tre datainnsamlinger er imidlertid en styrke. På denne måten får man bedre innsikt i utviklingen. Studien har også gått over en lang periode med syv måneder mellom første og siste datainnsamling for de fleste respondentene. Problemene ved et longitudinelt prospektivt design kan være stort frafall og at det er tidskrevende (Thomas et al., 2005). Svarprosenten i

denne studien er høy, til tross for at flere av respondentene oppga utfyllingen av spørreskjemaene som tidkrevende. Utvalget i studien har en mindre andel med ikke nordisk opprinnelse sammenlignet med Apds deltakeranalyser (Oslo Idrettskrets, 2005c). Dette kan være på grunn av inklusjonskriteriet om å måtte beherske norsk. Disse faktorene kan ha vært med på å prege resultatene i denne studien.

Denne studien har en styrke ved at det er benyttet ulike internasjonale instrumenter som er validitets- og reliabilitetstestet. En kan da også lettere sammenligne resultatene med andre nasjonale og internasjonale studier. Bruk av enkeltspørsmål fra andre større studier er også med på å styrke validiteten til studien. En kan med bakgrunn i dette anta at spørsmålene gir en god kartlegging på de aktuelle områdene. Gjennom en pilottest ble det likevel sjekket at spørsmålene utviklet for denne studien ga svar på det som var ønsket å få svar på. Små justeringer på noen spørsmål ble foretatt, noe som styrker validiteten ytterligere. Ved å bruke flere spørreskjema som omhandler like temaer øker sjansen for å belyse flere sider av temaet, samt at skjemaene utfyller hverandre. Et eksempel på dette er helsefaktorene søvn, seksualfunksjon og helse plage/bekymring, som ikke omhandles av SF-36 (Ware & Gandek, 1994; Ware & Gandek, 1998), men av WHOQOL-bref.

Spørreskjemaet benyttet i denne studien er omfattende. Dette kan være en svakhet ved studien. Flere respondenter har kommentert at den store arbeidsbelastningen med å fylle ut skjemaet er grunnen til at de ikke har besvart alle tre datainnsamlingene. Dette var en problemstilling som ble diskutert under utarbeidingen av spørreskjemaene. Ønsket om å bruke flere skjema som omhandler de samme temaene og å inkludere en del spørsmål direkte knyttet til tilbudet på Apd ble veid tyngre enn lengden på skjemaet. Det har imidlertid blitt vektlagt å ha en oversiktlig lay-out, noe som en grafisk designer har tatt seg av. Dette kan være faktorer som har medvirket til den relativt høye svarprosenten til tross for den omfattende arbeidsmengden med utfylling av spørreskjemaene. At spørsmålet i WHOQOL-bref som omhandler livskvalitet har uteblitt er en svakhet for studien.

Gjennom å sende spørreskjemaene ut per post hadde respondentene mulighet til å bruke den tiden de trengte til å fylle ut skjemaene. Samtidig hadde de da ikke mulighet til å spørre hvis de lurte på noe. Det har derfor ikke vært mulig å kontrollere at respondentene har forstått spørsmålene. Dette kan være en svakhet ved studien. At studien har blitt gjennomført av en student fra Norges Idrettshøgskole (NIH) kan ha påvirket svarene til noen av respondentene,

og kan dermed være en svakhet ved studien. Samtidig er dette vanskelig å unngå da respondentene har rett til å vite hva slags studie de er med på og hvem som gjennomfører den.

3.6.2 Reliabilitet

Med reliabilitet menes at en test eller et instrument er reproducerbar eller gjentakelsesnøyaktig (Thomas et al., 2005). Studier av test-retest reliabilitet av SF-36, viser i de fleste tilfeller at den anbefalte minimumstandarden på 0,70 blir oppnådd (Ware & Gandek, 1998). I en oversiktsstudie av 15 studier nådde de fleste en korrelasjonskoeffisient på 0,80 (Ware & Gandek, 1998). Ved bruk av WHOQOL-bref viser internasjonale studier generelt høye test-retest korrelasjoner; 0,66 for fysisk helse, 0,72 for psykologisk, 0,76 for sosiale relasjoner og 0,87 for omgivelser (Harper & Power, 1998; Skevington et al., 2004b). Andenæs, Moum, Kalfoss og Wahl (2006) viser imidlertid til en høy test-retest reliabilitet, spesielt for fysisk og psykologisk domene, men anbefaler bruk av komplimenterende skjemaer for å måle sosiale faktorer. Dette fordi det sosiale domenet bare inkluderer tre spørsmål som i tillegg viser en lav reliabilitet. Komplimenterende spørreskjema er benyttet i denne studien, da SF-36 også omhandler sosiale faktorer. En reliabilitetsstudie av IPAQ gjort i 12 land viste god test-retest reliabilitet der 75 % av korrelasjons koeffisientene lå over 0,65 (Craig et al.2003).

I denne studien ble det, ved å anonymisere spørreskjemaene med en tallkode, sikret at svarene til respondentene ikke ble påvirket av forskeren eller de ansatte i Apd. Dette kan være med på å styrke reliabiliteten og validiteten i svarene. Datainnsamlingene ble forsøkt gjennomført så likt som mulig. Ved første datainnsamling var det imidlertid mulighet for å fylle ut skjemaet på Apd. Noen av respondentene benyttet seg da av å kunne spørre undertegnede og de ansatte i Apd hvis det var noe de var usikre på i forbindelse med utfyllingen. Dette kan ha påvirket respondentenes besvarelser i forhold til andre og tredje datainnsamling da de ikke hadde mulighet til å spørre hvis de lurte på noe. Skjemaet brukt i første datainnsamling var bundet sammen av en ringperm. Dette førte til at enkelte ved en feiltakelse bladde over et ark, noe som kan være årsaken til en del ubesvarte spørsmål. Dette ble endret ved andre og tredje datainnsamling, da skjemaet ble stiftet sammen.

3.7 Ethiske vurderinger

Respondentene fikk skriftlig henvendelse med opplysninger om hensikten med undersøkelsen, personvern, frivillighet og anonymitet i forbindelse med deltakelsen (vedlegg I). Spørreskjemaene ble kodet med et nummer som gjorde de tre datainnsamlingene gjennomførbare. Datamaterialet ble forsvarlig oppbevart i anonymisert form under undersøkelsen. I forbindelse med purrerunden per telefon ga noen av respondentene tilbakemelding om at de syntes spørreskjemaene var for lange og for tidkrevende. Dette var en av årsakene til frafallet hos noen av respondentene. Det kan tenkes at svarprosenten hadde vært høyere hvis spørreskjemaene hadde krevd mindre innsats fra respondentens side. Studien ble meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (vedlegg III) og tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Sør-Norge (vedlegg IV).

4.0 RESULTATER

4.1 Kjennskap til Aktiv på dagtid og årsaker til å begynne på Aktiv på dagtid

Ved oppstart på Apd oppga 33 % av respondentene (N=45) at de fikk vite om Apd gjennom venner/kjente, 31 % gjennom media, 16 % gjennom arbeidskontor, 13 % gjennom lege, 11 % gjennom distriktpsykiatrisksenter (DPS), 4 % gjennom sosialkontor, 2 % gjennom fysioterapeut, 2 % gjennom trygdekontor, 2 % gjennom psykolog og 16 % oppga annen årsak som internett, sykehus/legesenter, personalkontor og arbeid med bistand.

Ved oppstart på Apd ble respondentene spurt om hvorfor de ønsket å være med på Apd (jfr. tabell 4.1).

Tabell 4.1 Årsaker til å starte på Aktiv på dagtid som er av stor eller noe betydning (%) (N = 45).

Årsaker	Kvinner (n=34)	Menn (n=11)
Få fysisk og mentalt overskudd	100	100
Opplive avstressing/avkobling	52	55
Ha det gøy/moro	55	73
Forebygge helseplager	94	82
Opplive sosialt fellesskap	34	46
Holde vekten nede	55	46
Få bedre selvtillit	53	46
Bygge opp etter sykdom/skade/barsel	65	55
Synes jeg bør være med	26	27
Ønsker spenning/utfordringer	38	27
Av hensyn til utseendet	30	36
Ønsker å konkurrere/måle krefter	10	18
Ønsker noe meningsfylt å gå til	63	18
Ønsker å komme meg lettere opp av "sofaen"	68	55
Ønsker en mer "normal" hverdag	69	36
Annen årsak ¹	6	18

¹"Aktiv på dagtid er det treningstilbudet jeg kan klare økonomisk.", "Nytt miljø".

Kvinner og menn vektlegger mange av de samme årsakene for å begynne på Apd. Det å *få fysisk og mentalt overskudd, forebygge helseplager, å ha det gøy/moro, ønsket om å komme*

seg lettere opp av ”sofaen”, bygge opp etter sykdom/skade/barsel og å oppleve avstressing/avkobling har størst betydning hos begge kjønn. Mange kvinner oppgir også ønsket om en mer ”normal” hverdag, å ha noe meningsfylt å gå til, å holde vekten nede og å få bedre selvtillit som betydningsfulle årsaker. Det er nesten dobbelt så mange menn i forhold til kvinner som oppgir å konkurrere/måle krefter som en betydningsfull årsak.

4.2 Helsereelatert livskvalitet

Tabell 4.2 viser SF-36 resultatene fra de kvinnelige og mannlige respondentene.

Tabell 4.2 SF-36 resultater viser helsereelatert livskvalitet hos kvinnelige og mannlige respondenter (N=45).

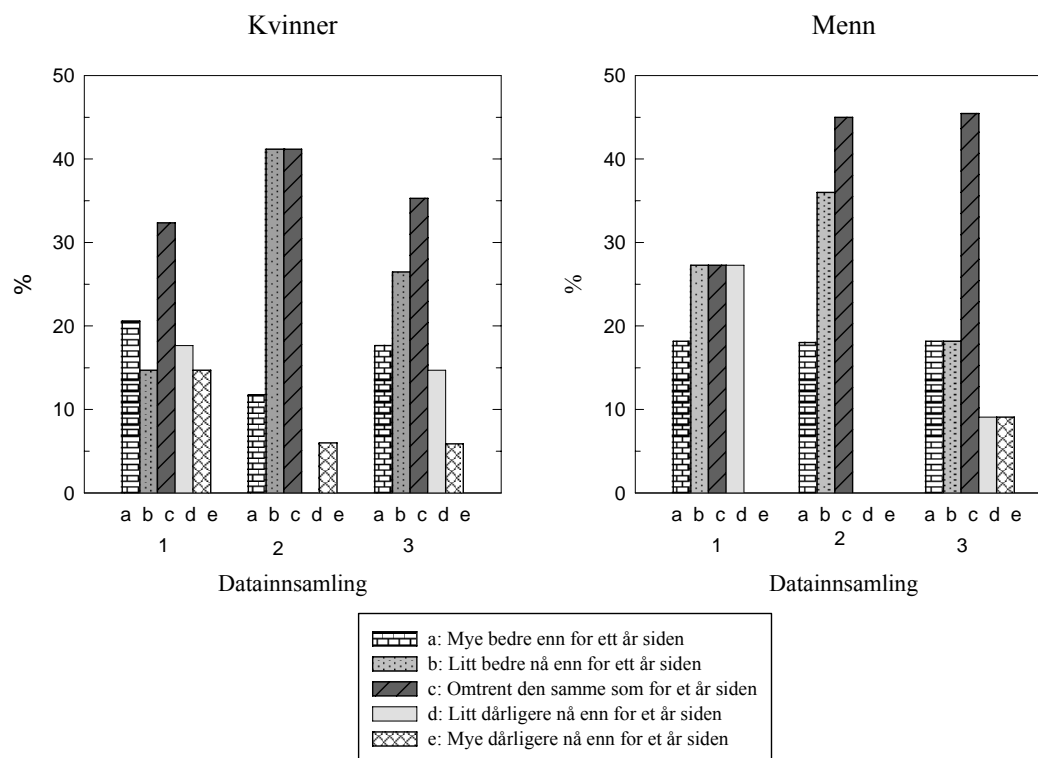
Helsefaktor	Kvinner (n=34)				Menn (n=11)			
	Datainnsamling				Datainnsamling			
	1	2	3	p- verdi	1	2	3	p-verdi
Fysisk funksjon	72 (19)	78 (17)	78 (17)	0,03	89 (16)	89 (16)	88 (19)	is
Fysisk rollebegrensning	42 (42)	48 (41)	53 (44)	is ¹	68 (36)	77 (34)	66 (44)	is
Emosjonell rollebegrensning	58 (45)	63 (39)	69 (43)	is	73 (36)	91 (16)	78 (37)	is
Kroppslig smerte	48 (26)	58 (26)	59 (28)	0,004	63 (31)	69 (27)	62 (35)	is
Sosial fungering	65 (22)	69 (19)	70 (22)	is	80 (26)	80 (19)	82 (25)	is
Mental helse	65 (18)	68 (15)	67 (15)	is	68 (24)	70 (15)	73 (20)	is
Vitalitet	42 (19)	45 (19)	50 (19)	0,03	60 (18)	59 (17)	51 (21)	is
Generell helse	49 (19)	53 (21)	57 (24)	is	65 (28)	64 (26)	64 (25)	is

De ulike helsefaktorene viser en gjennomsnittsskår på en skala fra 0 til 100. Høy skår betegner høy grad av helsereelatert livskvalitet. Standardavvik vises i parentes.

¹is = ikke signifikant

En en-veis repeated measures ANOVA ble benyttet for å se på endringer i HRL til de kvinnelige og mannlige respondentene ved første, andre og tredje datainnsamling. Hos kvinner var det en bedring i samtlige helsefaktorer, men denne var bare signifikant for *kroppslig smerte* [F(2, 31) = 6,8, p = 0,004, effektstørrelse (ES) = 0,30], *vitalitet* [F(2, 32) = 3,8, p = 0,03, ES = 0,19] og *fysisk funksjon* [F(2, 31) = 3,9, p = 0,03, ES = 0,20]. Hos menn var det en bedring i tre av helsefaktorene, men endringene var ikke signifikante.

Et av spørsmålene i SF-36 inngår ikke i noen av de åtte helsefaktorene. Respondentene blir bedt om å svare på hvordan egenvurdert helse stort sett er nå, sammenlignet med for ett år siden. Dataene for kvinner og menn presenteres i figur 4.1.



Figur 4.1 Egenvurdert helse i dag sammenlignet med for ett år siden for kvinner (n=34) og menn (n=11).

Hos kvinnene er det en nedgang mellom første og andre datainnsamling og en liten økning mellom andre og tredje datainnsamling for de respondentene som oppgir at helsen deres er mye bedre og litt dårligere nå enn for ett år siden. Det motsatte mønsteret finner vi hos de respondentene som oppgir at helsen deres er litt bedre og omtrent den samme nå som for ett år siden. Der ser vi en økning mellom første og andre datainnsamling og en liten nedgang mellom andre og tredje datainnsamling. Hos de respondentene som oppgir at helsen deres er mye dårligere nå enn for ett år siden ser vi en nedgang mellom første og andre datainnsamling, mens det er ingen endring mellom andre og tredje datainnsamling. Det er ikke signifikante endringer mellom de tre datainnsamlingene hos de kvinnelige respondentene.

Hos mennene er det ingen endring mellom de tre datainnsamlingene hos respondentene som oppgir at helsen deres er mye bedre nå enn for ett år siden. Det er en økning mellom første og

andre datainnsamling og en nedgang mellom andre og tredje datainnsamling hos respondentene som oppgir at helsen deres er litt bedre nå enn for ett år siden. Hos respondentene som oppgir at helsen deres er omtrent den samme som for ett år siden, ser vi den samme tendensen mellom første og andre datainnsamling, men her er det ingen endring mellom andre og tredje datainnsamling. Det er nedgang mellom første og andre datainnsamling og en liten økning mellom andre og tredje datainnsamling hos respondentene som oppgir at helsen deres er litt dårligere nå enn for ett år siden. Det er ingen respondenter som oppgir at de har mye dårligere helse nå enn for et år siden ved første og andre datainnsamling, men dette øker noe mellom andre og tredje datainnsamling. Det er ikke signifikante endringer mellom de tre datainnsamlingene hos de mannlige respondentene.

Resultatene fra WHOQOL-bref blir i tabell 4.3 presentert i fire ulike domener.

Tabell 4.3 WHOQOL-bref resultater viser helserelatert livskvalitet hos kvinnelige og mannlige respondenter (N=45).

Domene	Kvinner (n=34)				Menn (n=11)			
	Datainnsamling				Datainnsamling			
	1	2	3	p- verdi	1	2	3	p- verdi
Fysisk	3,0 (0,4)	3,0 (0,4)	2,8 (0,4)	is ¹	2,8 (0,5)	2,9 (0,3)	2,9 (0,4)	is
Psykologisk	2,7 (0,5)	2,7 (0,4)	2,7 (0,5)	is	2,7 (0,6)	2,7 (0,6)	2,5 (0,4)	is
Sosialt	2,4 (0,7)	2,6 (0,6)	2,6 (0,7)	is	2,4 (0,8)	2,5 (0,9)	2,4 (0,7)	is
Omgivelse	2,3 (0,5)	2,3 (0,5)	2,3 (0,5)	is	2,3 (0,7)	2,6 (0,7)	2,3 (0,6)	is

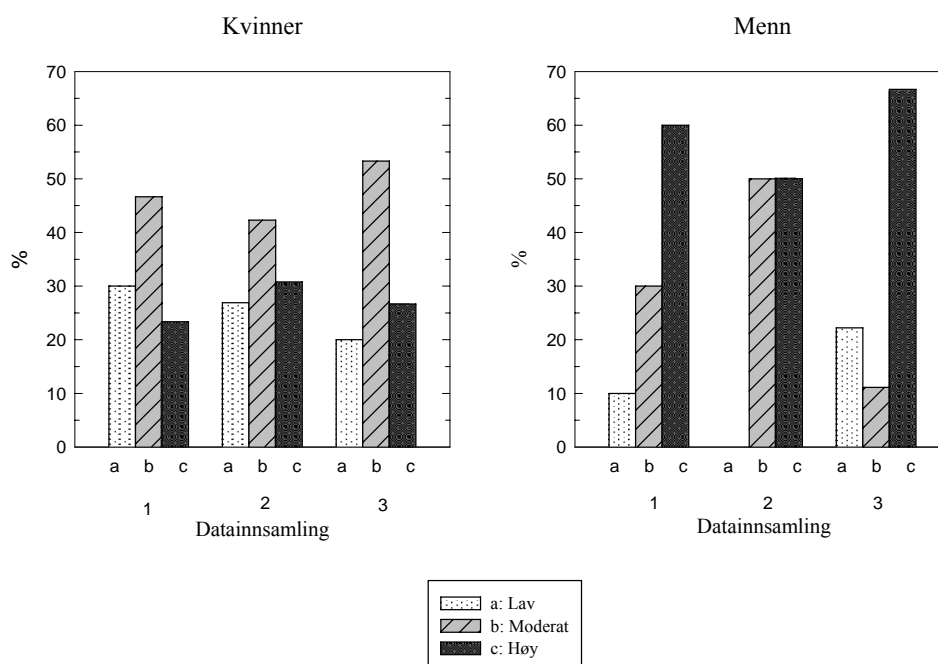
De ulike domenene viser en gjennomsnittsskår på en skala fra 1 til 5. Høy skår betegner høy grad av helserelatert livskvalitet. Standardavvik vises i parentes.

¹is = ikke signifikant

En en-veis repeated measures ANOVA ble benyttet for å se på endringer i HRL hos de kvinnelige og mannlige respondentene ved første, andre og tredje datainnsamling. Det var ingen signifikante endringer mellom de tre datainnsamlingene i de ulike domenene. Hos kvinnene er det imidlertid en ikke-signifikant økning i sosialt domene, mens det hos mennene er en ikke-signifikant økning i fysisk domene.

4.3 Fysisk aktivitetsnivå

Ved hjelp av IPAQ som registrerer intensitet, mengde og hyppighet blir aktivitetsnivået presentert i lav, moderat og høy aktivitet. Figur 4.2 presenterer det fysiske aktivitetsnivået til de kvinnelige og mannlige respondentene.



Figur 4.2 Oversikt over kvinnelige (n=34) og mannlige (n=11) respondenter som er i henholdsvis lav-, moderat- og høy aktivitet ved første, andre og tredje datainnsamling.

En en-veis repeated measures ANOVA ble benyttet for å undersøke utviklingen i fysisk aktivitetsnivå for de kvinnelige og mannlige respondentene ved første, andre og tredje datainnsamling. Utregningene ble gjort ut i fra total MET, som er grunnlaget for de ulike aktivitetskategoriene (jfr. kapittel 3.4.2). Det var ingen signifikant endring mellom de tre datainnsamlingene for kvinner eller for menn. Hos de kvinnelige respondentene er det en svak reduksjon i gruppen som er i lav aktivitet fra første til tredje datainnsamling. I gruppen som er moderat aktive ser vi en reduksjon fra første til andre datainnsamling og en økning fra andre til tredje datainnsamling. I gruppen som er høyaktive ser vi motsatt tendens, en økning mellom første og andre datainnsamling, mens det er en reduksjon mellom andre og tredje datainnsamling. Hos de mannlige respondentene som er i lav og i høy aktivitet ser vi en reduksjon i begge grupper mellom første og andre datainnsamling og en økning fra andre til tredje datainnsamling. I gruppen som er i moderat aktivitet ser vi motsatt tendens med en økning mellom første og andre datainnsamling og en nedgang mellom andre og tredje

datainnsamling. Generelt kan en si at flere av kvinnene tilfredsstillt anbefalingene for fysisk aktivitet (moderat- og høyaktive) ved tredje datainnsamling sammenlignet med første datainnsamling. Mens færre av mennene tilfredsstillt anbefalingene for fysisk aktivitet (moderat- og høyaktive) ved tredje datainnsamling sammenlignet med første datainnsamling.

For de kvinnelige respondentene som fortsatt er deltakere på Apd ved andre og tredje datainnsamling, er medianen for antall ganger i uken de trener 1-2. De trener 1-1,5 time per gang. For de mannlige respondentene som fortsatt deltar på Apd ved andre og tredje datainnsamling er medianen for antall ganger i uken de trener 2. De trener 1 time per gang.

4.4 Trygdesituasjon

Tabell 4.4 viser hvilken trygdesituasjon de kvinnelige og mannlige respondentene rapporterte at de var i ved de ulike datainnsamlingene.

Tabell 4.4 Trygdesituasjonen blant de kvinnelige og mannlige respondentene¹ (%) (N=45).

Trygdesituasjon	Kvinner (n=34)				Menn (n=11)			
	Datainnsamling				Datainnsamling			
	1	2	3	p- verdi	1	2	3	p-verdi
Arbeidssøkende	21	18	18	is ²	46	55	50	is
Sykemeldt	9	15	6	is	9	9	0	is
Attføring/ Rehabilitering	24	21	27	is	55	45	40	is
Sosialklient	3	6	9	is	9	9	10	is
Uføretrygdet	50	50	50	is	9	9	10	is
Annen ³	12	15	12	is	0	9	10	is

¹ Antall % per datainnsamling overskrider 100 da flere av respondentene har en kombinasjon av flere trygdesituasjoner.

² is = ikke signifikant

³ Delvis i jobb, midlertidig uføretrygdet, førtidspensjonert.

Det er små endringer i type trygdesituasjon blant de kvinnelige og mannlige respondentene, og McNemar test viser at ingen er signifikante. Tabellen viser likevel en tendens hos mennene til at færre er sykemeldte og på attføring/rehabilitering og flere er arbeidssøkende ved tredje datainnsamling sammenlignet med første datainnsamling.

4.5 Forskjeller mellom deltakere og ikke-deltakere ved Aktiv på dagtid

Ikke alle respondentene forble deltakere på Apd ved alle tre datainnsamlingene, selv om de har svart på alle datainnsamlingene. For å se på eventuelle forskjeller mellom deltakere og ikke-deltakere ved tredje datainnsamling ble det benyttet en uavhengig t-test for å sammenligne HRL og fysisk aktivitetsnivå, mens kji-kvadrat test ble benyttet for å sammenligne trygdesituasjon. Resultatene vises i tabell 4.5.

Tabell 4.5 Helsereelatert livskvalitet, fysisk aktivitetsnivå og trygdesituasjon for deltakere og ikke-deltakere ved tredje datainnsamling (N=45).

	Deltakere (n=32)	Ikke-deltakere (n=13)	p-verdi
WHOQOL-bref ¹			
Fysisk domene	2,9 (0,4)	2,6 (0,2)	p=0,02
Psykologisk domene	2,6 (0,5)	2,7 (0,5)	is ²
Sosialt domene	2,5 (0,7)	2,6 (0,7)	is
Omgivelsesdomenet	2,3 (0,5)	2,3 (0,5)	is
SF-36 ¹			
Fysisk funksjon	80 (17)	82 (19)	is
Fysisk rollebegrensning	61 (42)	40 (47)	is
Emosjonell rollebegrensning	70 (42)	72 (53)	is
Kroppslig smerter	63 (27)	54 (35)	is
Sosial fungering	70 (24)	79 (18)	is
Mental helse	69 (18)	68 (12)	is
Vitalitet	51 (20)	48 (18)	is
Generell helse	60 (26)	52 (21)	is
Fysisk aktivitetsnivå ^{1,3}	2013 (1825)	3176 (4037)	is
Trygdesituasjon ^{4,5}			
Arbeidssøkende	9	2	is
Sykemeldt	2	0	is
Attføring/Rehabilitering	8	5	is
Sosialklient	2	2	is
Uføretrygdet	14	4	is

¹ Gjennomsnittsverdier. Standardavvik vises i parentes

²is = ikke signifikant

³MET verdi

⁴Antall

⁵Antall overstiger N da flere respondenter oppga flere type trygdesituasjoner

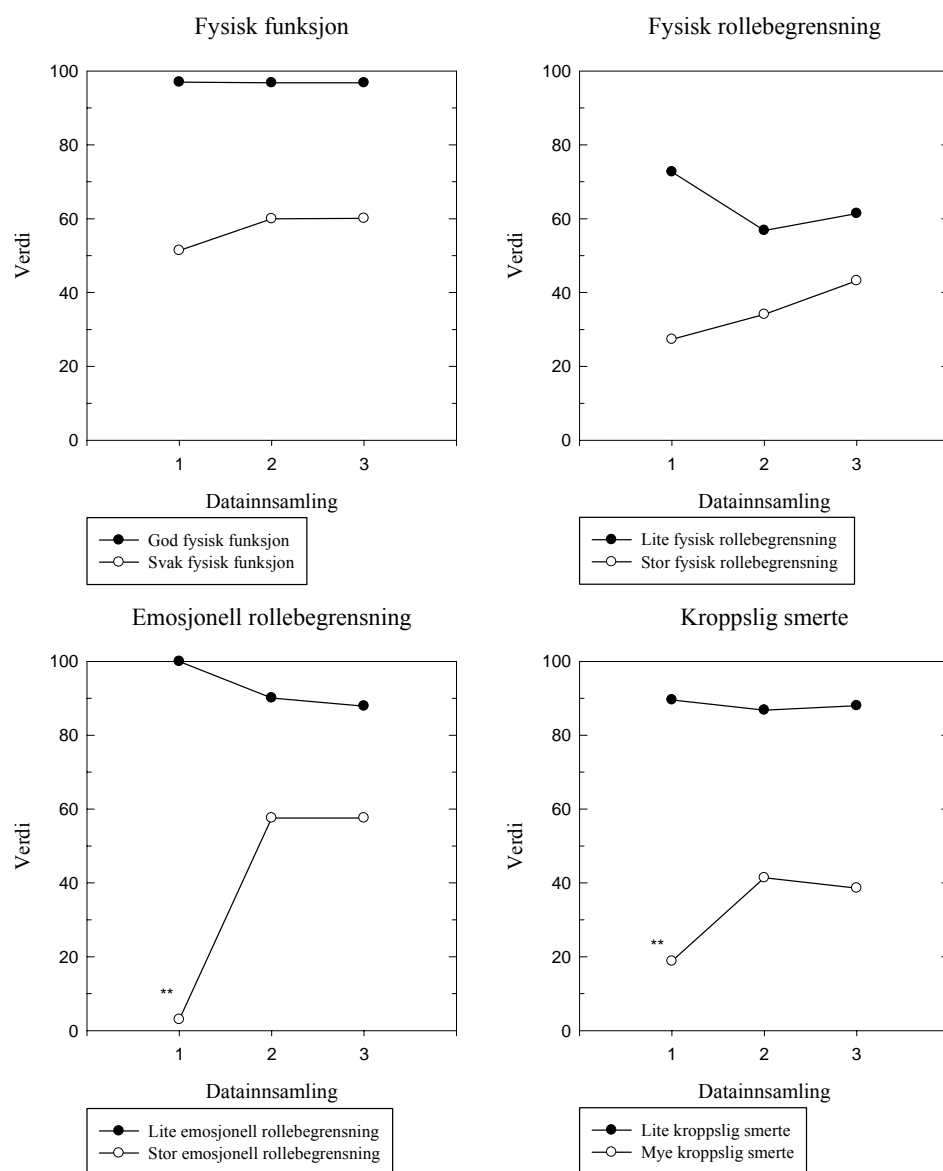
Det er bare signifikant forskjell mellom deltakere og ikke-deltakere ved tredje datainnsamling for fysisk domene [$t(43)=2,3$, $p=0,02$, $ES=0,11$] på spørreskjemaet WHOQOL-bref. For fysisk rollebegrensning på spørreskjemaet SF-36 skårer deltakere vesentlig høyere enn ikke-deltakere, men forskjellen er ikke signifikant.

4.6 Sammenhengen mellom helsereelatert livskvalitet og fysisk aktivitetsnivå

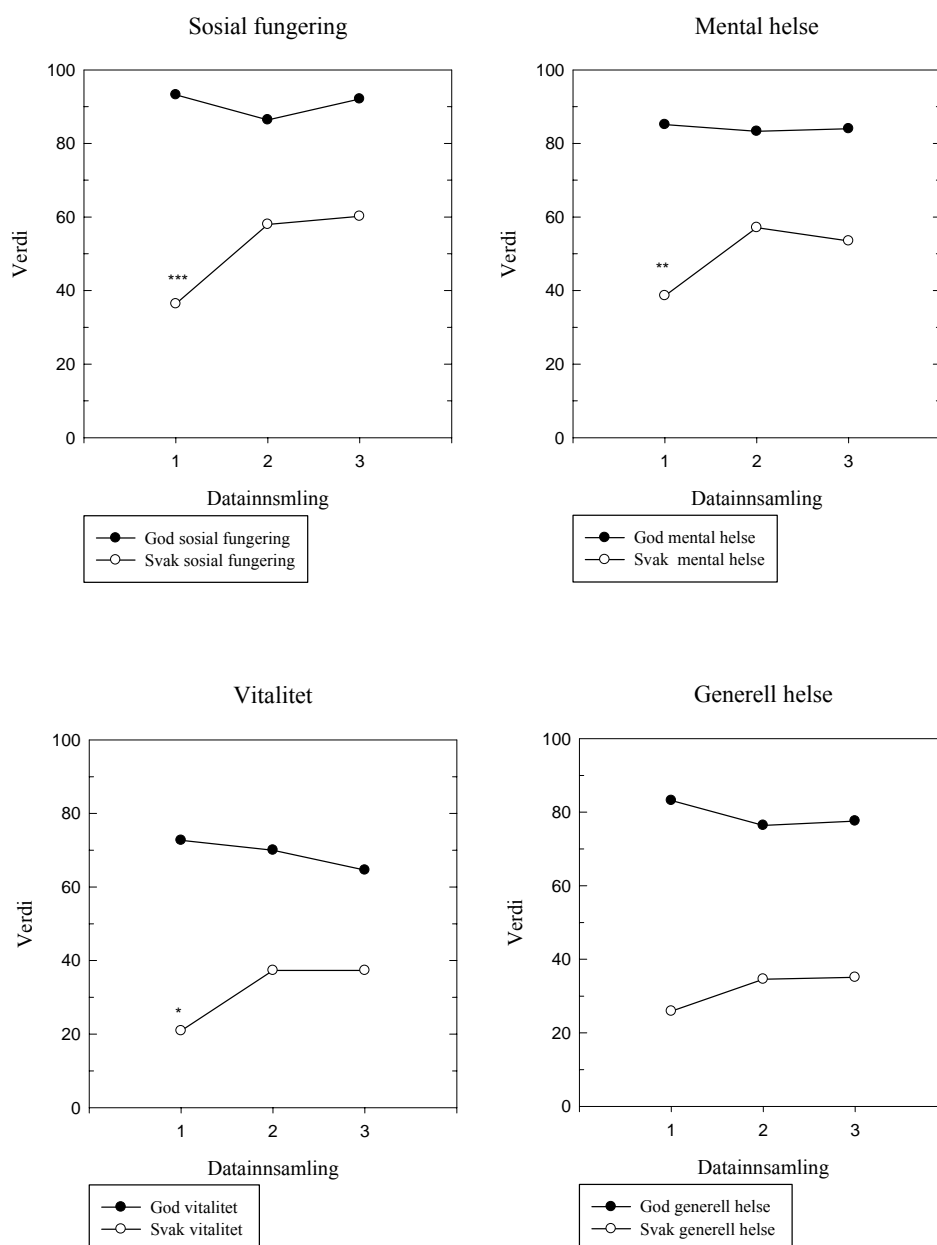
Ved tredje datainnsamling ble Pearsons produkt-moment korrelasjonskoeffisient benyttet for å se på sammenhengen mellom HRL, målt gjennom SF-36 og fysisk aktivitetsnivå, målt gjennom IPAQ for respondentene (N=45). Det var en positiv korrelasjon mellom parametrene, der et høyt fysisk aktivitetsnivå hadde en sammenheng med høy grad av HRL innenfor alle de åtte underkategoriene av SF-36 og motsatt. Styrken på korrelasjonen var medium sterk for *fysisk funksjon* ($r=0,36$, $p=0,015$), *generell helse* ($r=0,39$, $p=0,008$) og *emosjonell rollebegrensning* ($r=0,36$, $p=0,018$). Styrken på korrelasjonen var svak for *fysisk rollebegrensning* ($r=0,25$, $p=0,1$), *fysisk smerte* ($r=0,15$, $p=0,3$), *vitalitet* ($r=0,28$, $p=0,06$), *sosial funksjon* ($r=0,05$, $p=0,77$) og *mental helse* ($r=0,2$, $p=0,18$).

4.7 Endringer hos ulike deler av utvalget

En en-veis repeated measures ANOVA ble benyttet for å kartlegge endringene for de 25 % av respondentene med høyest skår og de 25 % av respondentene med lavest skår innen hver parameter i SF-36, WHOQOL –bref og IPAQ. Figur 4.3, 4.4 og 4.5 viser endringene mellom første, andre og tredje datainnsamling. For SF-36 vises de ulike helsefaktorene med en gjennomsnittsskår på en skala fra 0 til 100. Høy skår betegner høy grad av helsereelatert livskvalitet. For WHOQOL-bref vises de ulike domenene med en gjennomsnittsskår på en skala fra 1 til 5. Høy skår betegner høy grad av helsereelatert livskvalitet. For IPAQ viser dataene respondentenes totale MET verdi.



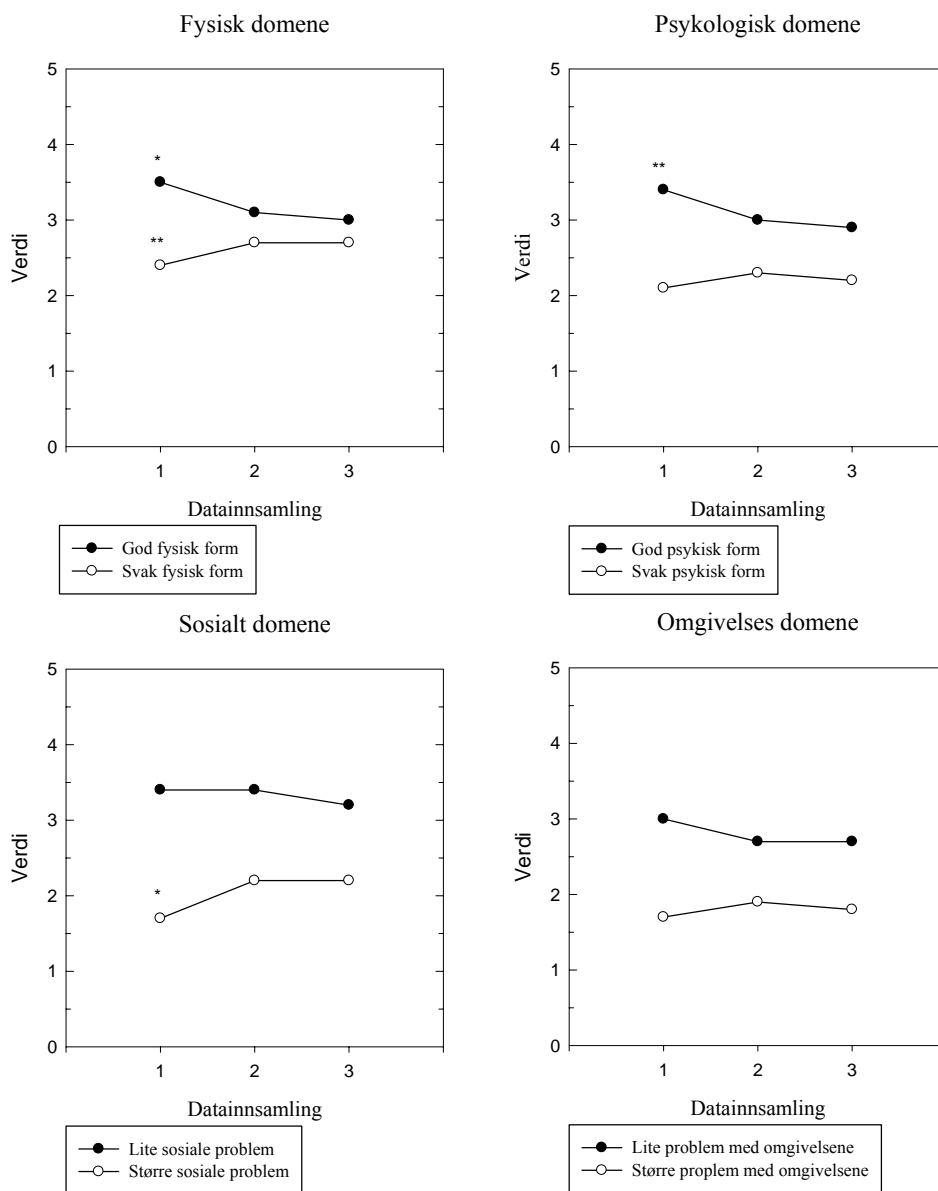
Figur 4.3a De 25 % av respondentene som skårer lavest (n=11) og de 25 % av respondentene som skårer høyest (n=11) ved første datainnsamling innen helsefaktorene fysisk funksjon, fysisk rollebegrensning, emosjonell rollebegrensning og kroppslig smerte i SF-36, og endringer mellom datainnsamlingene. $p < .01$ **



Figur 4.3b De 25 % av respondentene som skårer lavest (n=11) og de 25 % av respondentene som skårer høyest (n=11) ved første datainnsamling innen helsefaktorene sosial fungering, mental helse, vitalitet og generell helse i SF-36, og endringer mellom datainnsamlingene. $p < .05$ *, $p < .01$ **, $p < .001$ ***

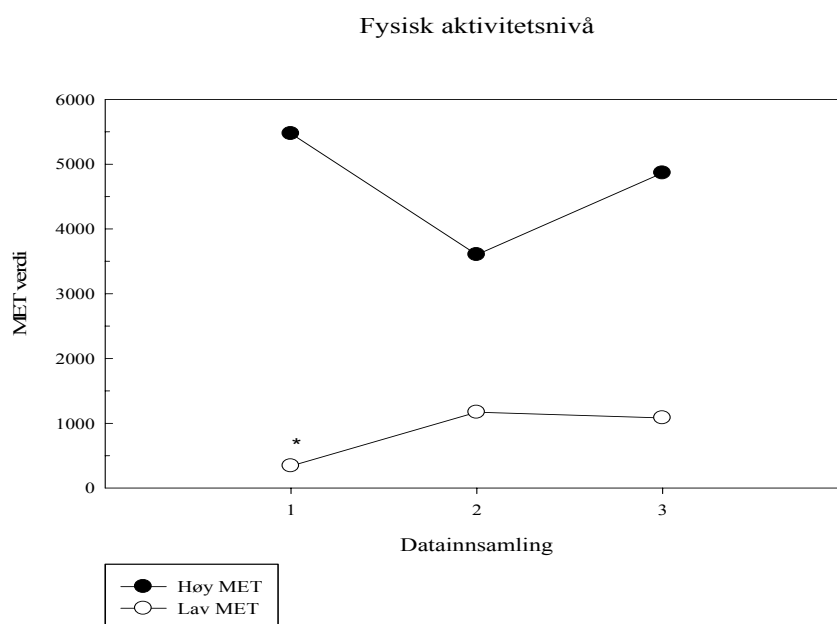
Tendensen i de fleste av helsefaktorene i SF-36 er at de med høyest skår ved første datainnsamling reduserer skåren sin og at de med lavest skår ved første datainnsamling øker skåren sin. I *fysisk funksjon*, *fysisk rollebegrensning* og *generell helse* er det ingen signifikante endringer mellom datainnsamlingene for verken de som skårer høyest eller lavest. Det er signifikante endringer mellom datainnsamlingene for respondentene med stor

emosjonell rollebegrensning, med mye kroppslige smerter, som fungerer svakt sosialt, med svak mental helse og for respondentene med redusert vitalitet. For de øvrige gruppene var det ingen signifikante endringer.



Figur 4.4 De 25 % av respondentene som skårer lavest (n=11) og de 25 % av respondentene som skårer høyest (n=11) ved første datainnsamling innen hvert domene i WHOQOL-bref, og endringer mellom datainnsamlingene. $p < .05$ *, $p < .01$ **

Tendensen i alle domene i WHOQOL-bref er at de med høyest skår ved første datainnsamling reduserer skåren sin og at de med lavest skår ved første datainnsamling øker skåren sin. I *fysisk domene* er det signifikante endringer både for de med god fysisk form og for de med svak fysisk form. I det *psykologiske domenet* er det signifikante endringer for de med god psykisk form. I *sosialt domene* er det signifikante endringer for de med større sosiale problemer. I *omgivelsesdomenet* er det ingen signifikante endringer mellom datainnsamlingene.



Figur 4.5 De 25 % mest aktive (n=11) og 25 % minst aktive (n=11) respondentene ved første datainnsamling og endringer mellom datainnsamlingene. $p < .05$ *

Når det gjelder fysisk aktivitetsnivå målt gjennom spørreskjemaet IPAQ, er det signifikant positiv endring for de minst fysisk aktive (med lav MET). For de mest fysisk aktive (med høy MET) er det ikke signifikante endringer mellom datainnsamlingene, men tendensen er at de mest fysisk aktive blir mindre fysisk aktive.

5.0 DISKUSJON

I denne delen av oppgaven vil utvikling i HRL, fysisk aktivitet og trygdesituasjon hos en gruppe nye deltakere på Apd i Oslo bli diskutert. Alternative tiltak til Apd og metodiske vurderinger ved studien vil også bli omtalt. Hovedresultatene i denne studien⁸ viser at det for HRL er signifikant positiv endring i tre av åtte underkategorier av SF-36; fysisk funksjon, kroppslige smerter og vitalitet. HRL målt med WHOQOL-bref viser ingen signifikante endringer. Det er heller ingen signifikante endringer i fysisk aktivitetsnivå eller trygdesituasjon.

5.1 Helserelatert livskvalitet

Resultater fra denne studien viser at muskel- og skjelettplager i rygg, nakke og skulder er utbredt hos begge kjønn. Hos mennene er det også økt forekomst av psykiske problemer. Egenvurdert HRL målt ved SF-36 er lavere hos respondentene enn hos den generelle norske befolkningen. Dette gjelder for alle de åtte helsefaktorene (Loge & Kaasa, 1998a). Differansen er størst for de kvinnelige respondentene. Fra første til tredje datainnsamling er det for de kvinnelige respondentene positive signifikante endringer i tre av de åtte underkategoriene på SF- 36. Dette gjelder kategoriene *fysisk funksjon*, *kroppslige smerter* og *vitalitet*. Den samme tendensen kan en se hos de andre kategoriene, uten at endringene her er signifikante. Det er ingen signifikante endringer for mennene. På spørsmål om egenvurdert helse i dag sammenlignet med for et år siden er det ingen signifikante endringer for noen av kjønnene. Det er heller ingen signifikante endringer spørreskjemaet WHOQOL-bref for noen av kjønnene. Ikke alle respondentene var deltakere ved Apd i hele perioden. Ved tredje datainnsamling er det en signifikant forskjell i HRL mellom deltakere og ikke-deltakere på *fysisk domene* i WHOQOL-bref. Deltakerne på Apd skåret høyere på dette domenet enn de som ikke var deltakere.

⁸ Resultatene fra min oppgave vil bli referert til som ”denne studien”

Utvalget i denne studien er representativt i forhold til sykdomsproblematikken til den delen av befolkningen for øvrig som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet. Belastningslidelser i muskel- og skjelettsystemet er svært utbredt blant den norske befolkningen (Ihlebak et al., 2002), og blir sammen med psykiske lidelser trukket fram som hovedårsaken til ulike former for uføreytelser (Arbeids- og inkluderingsdep., 2007). Av respondentene i denne studien er de fleste arbeidssøkende, på attføring/rehabilitering eller uføretrygdet. Ikke overraskende viser resultatene derfor en sykdomsproblematikk dominert av muskel- og skjelettplager og psykiske lidelser. De typiske livsstilssykdommene som hjerte- og karsykdommer, overvekt og diabetes type 2 er i mindretall. Respondentene har for det meste plager som man lever med, ikke som man dør av. Det er med bakgrunn i dette viktig at personer som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet og mottar en form for trygdeytelse kan benytte seg av enkle strategier for å opprettholde og forbedre helsen.

Som det blir vist til i teorikapittelet er HRL et aspekt av egenvurdert helse (Rejeski et al., 1996). Helsebegrepet blir ofte betraktet som et holistisk, relativt og individuelt fenomen (Fugelli & Ingstad, 2001). Når en skal vurdere egen HRL, er det ut i fra dette nærliggende å tro at den enkelte tar utgangspunkt i fysiske, psykiske og sosiale sider, alder og sykdomsbyrde. Hjorts definisjon av helse er i tråd med denne tankegangen: Helse er *"overskudd i forhold til hverdagens krav"* (Fugelli & Ingstad, 2001:3602). Til tross for argumentasjonen for at helse er et relativt fenomen, viser resultatene en lavere HRL skår blant respondentene i denne studien sammenlignet med den generelle befolkningen.

Dette funnet støttes av andre studier som viser at arbeidsledige generelt og langtidsledige spesielt vurderer egen helse som dårligere og skårer lavere på livskvalitetsmålene enn normalbefolkningen (Ytterdahl & Fugelli, 2000; McKee-Ryan et al., 2005). En kan anta at dette også gjelder for andre grupper trygdede, både med bakgrunn i resultatene fra denne studien og at fraværet av jobb er en fellesnevner for alle gruppene. Det er ikke overraskende at respondentene i denne studien har lavere HRL enn den generelle befolkningen, når en vet at hovedårsaker til sykefravær og uførepensjon er muskel- og skjelettplager og psykiske lidelser (Arbeids- og inkluderingsdep., 2007). Dette bekreftes også i studien til Alonso et al. (2004), som viser til at personer med kroniske lidelser opplever dårligere HRL enn friske personer. På en annen side viser studier at HRL ikke bare omfatter evalueringen av oppnådd funksjon, men også tilfredsheten med det aktuelle funksjonsnivået (Fylkesnes & Førde, 1992). Med andre ord kan den subjektive fortolkningen av helse være vel så viktig som de

reelle helseproblemene når en vurderer egen HRL. En kan ut i fra dette anta at respondentene i denne studien opplever at helsen deres er dårlig, noe som kan henge sammen med deres trygdesituasjon. Samtidig er tilfredsheten med den fysiske og psykiske tilstanden lavere enn hos den generelle befolkningen. Om dette er relatert til deres trygdesituasjon eller direkte til de aktuelle sykdommene og plagene er uvisst.

For samtlige helsefaktorer er det en økning i skåren fra første til tredje datainnsamling for de kvinnelige respondentene. Økningen er signifikant for *fysisk funksjon*, *kroppslige smerter* og *vitalitet*. Fylkesnes og Førde (1991) viste i sin studie til at fysisk funksjon og det å strekke til var viktige dimensjoner av egenvurdert helse. Studier har vist at fysisk aktivitet kan bedre fysisk funksjon ved blant annet å bedre muskelstyrke og utholdenhet (Anderssen & Strømme, 2001; Brox et al., 2003). Ved å forbedre disse egenskapene vil ikke den fysiske funksjonen virke negativt inn på daglige aktiviteter i like stor grad som før. En kan anta at de kvinnelige respondentene i denne studien har bedret fysisk funksjon gjennom fysisk aktivitet, noe som igjen virker inn på egenvurdert helse og gir en bedret HRL.

Fysisk aktivitet og øvelser har i tidligere studier blitt trukket fram som gode behandlingsformer for kroniske muskel- og skjelettsmerter (Lidbeck, 2002; Brox et al., 2003; Den norske Lægeförening, 2004). Fysisk aktivitet kan tenkes å være med på å bryte de monotone og gjentakende bevegelsene som kan føre til slike smerter (Lidbeck, 2002). Samtidig er det en viss sannsynlighet for at respondentene i denne studien har opplevd den samme effekten av treningen som treningsgruppen i studien til Brox et al. (2003), der de etter intervensjonen ikke lenger var engstelig for å være i fysisk aktivitet. Å bryte monotone og gjentakende bevegelser, samt å ikke være engstelig for fysisk aktivitet kan dermed være en forklaring på bedringen i kroniske smerter for kvinnene i denne studien.

Holtedal (2006) har kartlagt fysisk helsetilstand hos personer som søker uføretrygd. Hos gruppen han betegner som fysisk passive viser resultatene en lavere skår på vitalitet enn hos den fysisk aktive gruppen av utvalget. Studien er en tverrsnittundersøkelse og kan derfor ikke si noe om årsaks-virkningsforholdet. Resultatene fra en longitudinell studie gjort av Tessier et al. (2007) viser at økt fritidsaktivitet har en signifikant positiv sammenheng med blant annet vitalitet. Dette kan gi en indikasjon på at fysisk aktivitet virker positivt inn på vitalitet, noe som også resultatene fra denne studien tyder på.

Egenvurdert helse i dag sammenlignet med for et år siden viser ingen signifikante endringer for noen av kjønnene. Generelt kan en se at de fleste innenfor begge kjønn oppgir helsen sin som mye bedre, litt bedre eller omtrent den samme som for et år siden. Det er imidlertid vanskelig å se noe mønster i variasjonen mellom de ulike datainnsamlingene og resultatene vil ikke bli diskutert ytterligere i denne oppgaven.

Ved tredje datainnsamling skårer Apd deltakere signifikant bedre enn ikke-deltakere på *fysisk domene* i WHOQOL-bref. En høy skår i fysisk domene innebærer lite smerte, god søvn, mye energi, god mobilitet, lite begrensning i daglige aktiviteter, lavt medikamentbruk og høy arbeidskapasitet. Det var ingen signifikant forskjell på de andre HRL parametrene, men deltakere skårte vesentlig høyere på fysisk rollebegrensning enn ikke-deltakere. Dette er ikke overraskende, da fysisk rollebegrensning til en viss grad henger sammen med fysisk domene. Den signifikante forskjellen på fysisk domene er vanskelig å forklare. Andre studier viser en sammenheng mellom fysisk aktivitet og smerter, søvn, energi, mobilitet og vedlikehold av daglige aktiviteter (Hjort, 2000; Anderssen & Strømme, 2001; Lidbeck, 2002; Tessier et al., 2007). En kan med bakgrunn i dette hevde at deltakerne på Apd er mer fysisk aktive enn ikke-deltakerne, men resultatene i denne studien avkrefter det.

I forhold til HRL har denne studien viktige signifikante funn hos kvinnene. Likevel preges studien av ikke-signifikante funn for de mannlige respondentene, for resultatene fra WHOQOL-bref og for flertallet av underkategoriene i SF-36. En forklaring på de få signifikante endringene på HRL kan være det ulike endringsmønsteret hos respondentene. Analyser gjort på de 25 % av respondentene som skårer høyest og lavest, underbygger dette. I det aktuelle tidsrommet ser vi en signifikant reduksjon for den kvartilen som skårer høyest (som har best HRL) i skåren for fysisk domene og psykologisk domene i WHOQOL-bref. For den kvartilen som skårer lavest (som har svakest HRL) ser vi en signifikant økning i skåren for fysisk domene og sosial domene i WHOQOL-bref, samt for emosjonell rollebegrensning, kroppslig smerte, sosial fungering, mental helse og vitalitet i SF-36. De motsatte endringene en ser hos den høyeste og laveste kvartilen, reduserer spredningen i materialet ved tredje datainnsamling i forhold til første datainnsamling. Dette kan være en av årsakene til at få av endringene for hele utvalget blir signifikante.

En kan tenke seg en statistisk årsak til dette endringsmønsteret, da individuelle resultater ofte har en viss variasjon mellom test og retest (Anastasi, 1958). Som resultatene i denne studien

viser, tenderer ekstreme resultater til å gå tilbake mot gjennomsnittsverdien ved retesting. Studier av test-retest reliabilitet av SF-36 viser imidlertid god korrelasjon (Ware & Gandek, 1998). Det samme viser studier av test-retest reliabilitet for WHOQOL-bref (Harper & Power, 1998; Skevington et al., 2004b). Mens en studie anbefaler komplimenterende skjemaer for å måle sosiale faktorer, da dette domenet bare inkluderer tre spørsmål som samtidig viser en lav reliabilitet (Andenæs et al., 2006). Det er gjort i denne studien, uten at dette ser ut til å være utslagsgivende på resultatene. En kan derfor hevde at det må være andre årsaker som ligger til grunn for manglende signifikante endringer.

De mannlige respondentene skårer høyere enn de kvinnelige respondentene på samtlige helsefaktorer i SF-36. Potensialet for endring var derfor mindre enn hos kvinnene. Dette kan være en forklaring på at endringene hos mennene ikke er signifikante.

Noen av respondentene opplevde spørreskjemaene som svært omfattende og tidkrevende. Dette ble også nevnt som årsak til frafall fra studien. I forkant av datainnsamlingen ble supplerende spørreskjema vektlagt framfor et kort skjemahefte. Til gjengjeld ble en grafisk designer benyttet for å gjøre skjemaet så lettfattelig som mulig. I etterkant kan en påstå at det omfattende skjemaheftet har hatt en negativ innvirkning på resultatet. Det er nærliggende å anta at respondentene hadde vært mer nøyaktig ved utfylling av ett spørreskjema om HRL enn to.

5.2 Fysisk aktivitetsnivå

Ved første, andre og tredje datainnsamling er det i denne studien henholdsvis 30 %, 30 % og 20 % av kvinnene og 10 %, 0 % og 22 % av mennene som ikke tilfredsstillt anbefalingene for fysisk aktivitet. Det er imidlertid ingen signifikant endring i aktivitetsnivået mellom de tre datainnsamlingene. Det er heller ingen signifikant forskjell på det fysiske aktivitetsnivået til deltakere og ikke-deltakere ved tredje datainnsamling.

En strategi for å opprettholde og forbedre helsen kan være fysisk aktivitet. MMI, Norsk Monitor har i en årrekke kartlagt ulike sider av aktivitetsmønsteret til den norske befolkningen (Breivik & Vaagbø, 1999). Av grunner til å drive med fysisk aktivitet som

befolkningen angir som meget viktige, skårer svaralternativene; *gir fysisk og mentalt overskudd, gir avstressing/avkobling, har det gøy/moro og forebygger helseplager høyt* (Breivik & Vaagbø, 1999). Respondentene i denne studien oppgir i stor grad de samme årsakene som den generelle befolkningen. Et interessant funn er at respondentene i denne studien i tillegg trekker fram *ønsket om å komme seg lettere opp av sofaen, ønsket om en mer normal hverdag* og det å *ha noe meningsfylt å gå til* som viktige årsaker. Dette eksemplifiserer det litteraturen sier om viktigheten av struktur på hverdagen for trivsel og velferd (Kitterød, 1995). Da disse svaralternativene ikke er inkludert i MMIs undersøkelse kan en ikke sammenligne med den generelle befolkningen. Det er imidlertid ikke overraskende at respondentene i denne studien vektlegger disse aspektene. For mange av Apds deltakere er det rimelig å anta at det nettopp er vanskelig å ”komme seg opp av sofaen”, at hverdagen kan virke unormal siden de ikke har en jobb å gå til og at de til tider kan oppleve hverdagen som meningsløs.

Det foreligger god dokumentasjon på at regelmessig fysisk aktivitet har en positiv innvirkning på fysisk, psykisk, og sosial helse (Anderssen & Strømme, 2001; Blair et al., 2004). Med bakgrunn i dette eksisterer det anbefalinger for fysisk aktivitet for å fremme folkehelsen (Anderssen & Strømme, 2001). De nasjonale tallene viser at 63 % av kvinner og 40 % av menn ikke tilfredsstillende anbefalingene (Anderssen & Andersen, 2004). Resultatene fra denne studien viser at flere av respondentene tilfredsstillende anbefalingen for fysisk aktivitet sammenlignet med den generelle befolkningen. Det er vanskelig å forklare det relativt høye aktivitetsnivået til respondentene i denne studien sammenlignet med den generelle befolkningen. Går en i dybden på resultatene til Anderssen og Andersen (2004) ser en at de bruker andre referanseverdier for utregning av MET enn det som er benyttet i denne studien, og som IPAQ (2005) anbefaler. For hard fysisk aktivitet, moderat fysisk aktivitet og gjennomsnittlig gange bruker Anderssen og Andersen (2004) henholdsvis 9,0, 6,0 og < 3,0 MET. Denne studien bruker henholdsvis 8,0, 4,0 og 3,3 MET. Dette kan forklare det høye aktivitetsnivået blant respondentene i denne studien sammenlignet med den generelle befolkningen. Det er imidlertid uvisst hvorfor Anderssen og Andersen (2004) benytter andre referanseverdier enn hva IPAQ anbefaler. En årsak kan være at retningslinjene fra IPAQ er av nyere dato. Dette er også årsaken til at disse referanseverdiene benyttes i denne studien.

Resultater fra studien til Anderssen og Andersen (2004) står i kontrast til resultatene i denne studien, da de for trygdede og arbeidsledige viser en signifikant sannsynlighet for ikke å

oppfylle anbefalingene om minimum 30 minutter daglig fysisk aktivitet. Samtidig viser resultatene at lengre utdanning øker sannsynligheten for å ikke tilfredsstille anbefalingene. Anderssen og Andersen (2004) finner imidlertid ikke signifikante sammenhenger mellom fysisk aktivitetsnivå og andre aspekter av sosial status, som sivilstatus og årsinntekt. Resultatene i denne studien støttes på en annen side av funn gjort av Anderssen og Andersen (2004) som peker på at det i forhold til totalt fysisk aktivitetsnivå og hovedbeskjeftigelse ikke er signifikante forskjeller mellom de ulike kategoriene (yrkesaktiv, skoleelev/student, hjemmearbeidende, pensjonist, trygdet og arbeidsledig). Dette med unntak av de mennene som var trygdet, da disse hadde et signifikant lavere aktivitetsnivå enn yrkesaktive (Anderssen & Andersen, 2004).

Noen av disse resultatene støttes av funn fra HUBRO undersøkelsen som fant sosial ulikhet i forhold til fysisk aktivitet blant innbyggere i Oslo (Grøtvedt, 2002). Resultatene fra undersøkelsen viser økt andel inaktivitet for personer med kort utdanningslengde, redusert eller manglende yrkesaktivitet og personer fra ikke-vestlige land. Dette gjaldt begge kjønn innen de fleste aldersklassene. Både helseundersøkelsen på 80-tallet og HUBRO viste også sosial ulikhet i fysisk aktivitet i forhold til bosted i Oslo. Det var flest fysisk inaktive i bydeler i indre og ytre øst. Resultatene fra HUBRO vektlegges også i St.meld.nr. 20 (2006-2007) (Helse- og Omsorgsdep., 2007). Disse funnene stemmer ikke overens med resultatene i denne studien. Ser vi imidlertid på utvalget i denne studien er det en relativt jevn fordeling mellom bosted i Oslo øst og vest, et fåtall av respondentene er fra ikke-vestlige land, samt at relativt mange av respondentene har høyere utdanning. En kan ut i fra dette hevde at disse faktorene veier opp for innvirkningen redusert eller manglende yrkesaktivitet måtte ha på fysisk aktivitetsnivå.

At respondentene i denne studien sannsynligvis har god tid, er en annen faktor som kan forklare resultatene i denne studien. Tidsklemma oppgis som en av hovedårsakene til å ikke være fysisk aktiv (Departementene, 2004). En kan anta at respondentene i denne studien har god tid siden de er helt eller delvis utenfor arbeidslivet, og at mange tydeligvis bruker denne på å være i aktivitet. Studiens utvalg kan også være en årsak. Det kan hende deltakerne på Apd består av en gruppe som er mer fysisk aktiv enn den generelle befolkningen. En av utfordringene med atferdsendring og livsstilstiltak er å nå de som er inaktive og virkelig trenger aktivisering. De som allerede er i aktivitet er lettere å aktivisere. Kan en ut i fra dette

anta at de som registrerer seg på Apd allerede er fysisk aktive? Hvis dette er tilfelle kan en stille seg spørsmål om Apd får tak i de som virkelig trenger tilbudet.

I Sogn og Fjordane er det etablert et system for å utdanne treningskontakter for å løse denne utfordringen (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, 2006). Ordningen, som fungerer etter støttekontaktprinsippet, er spesielt rettet mot personer med rusproblem og psykiske lidelser. Lekfolk får opplæring i fysisk aktivitet, rus og psykiske problem, og kan videre hjelpe personer i nærmiljøet som har behov for å være i aktivitet (Skrede et al., 2006). På denne måten får en lettere aktivisert de som ikke klarer å aktivisere seg på egenhånd. En kan tenke seg at en kombinasjon av Apd og en treningskontaktordning ville sikret at en nådde de som virkelig trengte det på en bedre måte enn dagens ordning. Treningskontaktene kunne hatt en funksjon både som treningskontakt og instruktører på Apd. En kan tenke seg at terskelen for å delta på Apd hadde vært lavere for deltakere med tilknytning til psykisk helsevern med denne ordningen. Kanskje også personer med annen helseproblematikk kunne benyttet seg av en slik ordning. I 2005 fantes det treningskontakter i 25 av 26 kommuner i Sogn og Fjordane (Skrede et al., 2006). I dag finnes treningskontaktordningen også andre steder i landet (Toril Moe, personlig meddelelse).

Heller ikke for parameteren fysisk aktivitetsnivå finner en signifikante endringer mellom datainnsamlingene. Det ulike endringsmønsteret hos respondentene i forhold til fysisk aktivitet viser den samme tendensen som for HRL. Dette kan være en forklaring på de manglende signifikante endringene. Ser vi på endringer for den høyeste kvartilen av utvalget blir de mest aktive mindre aktive, men denne endringen er ikke signifikant. I den laveste kvartilen har de som er minst aktive en signifikant økning i aktivitetsnivået. Utviklingen der de mest aktive og minst aktive nærmer seg hverandre i aktivitetsnivå kan forklare en manglende signifikant endring hos hele utvalget. Også her kan en tenke seg en statistisk årsak til dette endringsmønsteret. Studier på test-retest reliabiliteten til IPAQ har imidlertid vist en relativt god korrelasjon (Craig et al., 2003).

Under bearbeidingen av dataene ble de respondentene som svarte ”*vet ikke*” eller ”*usikker*” på hvor lang tid de hadde brukt på de ulike intensitetene ekskludert fra analysen. Dette gjalt fem, ti og fire av respondentene ved henholdsvis første, andre og tredje datainnsamling. Denne ytterligere reduksjonen av respondenter kan være årsak til manglende signifikante endringer. En annen forklaring kan være det høye aktivitetsnivået hos respondentene ved

studiestart. Hvis disse tallene er reelle, kan en kanskje ikke forvente en signifikant økning. Utvalget kan på denne måten ha preget resultatene i denne studien.

At deltakere og ikke-deltakere har det samme fysiske aktivitetsnivået ved tredje datainnsamling, kan tolkes på flere måter. Det kan tenkes at Apd har hatt en innvirkning på aktivitetsnivået som ikke-deltakerne greide å fortsette med etter at de sluttet. På en annen side er dette lite sannsynlig siden det ikke var noen signifikant økning i aktivitetsnivå i løpet av perioden studien foregikk. Siden aktivitetsnivået på deltakerne ved studiestart var relativt høyt kan en kanskje ikke forvente noen signifikant forskjell i aktivitetsnivået til deltakere og til de som ikke lenger er deltakere. Utvalget kan med bakgrunn i dette også regnes som en forklaring på manglende signifikant forskjell mellom deltakere og ikke-deltakere ved tredje datainnsamling.

5.3 Sammenheng mellom helserelatert livskvalitet og fysisk aktivitetsnivå

Denne studien viser en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitetsnivå og HRL målt ved tredje datainnsamling. Korrelasjonen er sterkest for *fysisk funksjon, generell helse og emosjonell rollebegrensning* i SF-36.

Tverrsnittsstudier og longitudinelle studier har tidligere undersøkt et eventuelt dose-responsforhold mellom fysisk aktivitetsnivå og HRL (Wendel-Vos, Schuit, Tjshuis, & Kromhout, 2004; Vuillemin et al., 2005; Tessier et al., 2007). Flere av studiene finner tilsvarende funn som denne studien. Wendel-Vos et al. (2004) fant gjennom de longitudinelle analysene i sin studie hovedsakelig en positiv signifikant sammenheng mellom fritidsaktivitet og de mentale komponentene i HRL. Tverrsnittsanalysene viste hovedsakelig en positiv signifikant sammenheng mellom fritidsaktivitet og de fysiske komponentene i HRL. Forfatterne påpeker imidlertid at resultatene ikke er nok for å kunne si noe om årsak og virkning i sammenhengen mellom fysisk aktivitetsnivå og HRL. Resultatene fra studien til Wendel-Vos et al. (2004) støtter resultatene fra denne studien som viser en positiv signifikant sammenheng mellom fysisk aktivitetsnivå og både mentale og fysiske komponenter av HRL ved tredje datainnsamling. Dette støttes også av studien til Tessier et al. (2007) som fant en positiv sammenheng mellom økt fritidsaktivitet og HRL funksjonene fysisk funksjon, mental

helse og vitalitet for begge kjønn og sosial funksjon for kvinner i løpet av en periode på tre år. Styrken på sammenhengene var imidlertid lav. En tverrsnittundersøkelse gjort av Vuillemin et al. (2005) undersøkte sammenhengen mellom anbefalingen for fysisk aktivitet og HRL hos franskmenn. De konkluderte med at de respondentene som tilfredsstilte anbefalingene for fysisk aktivitet skåret høyere på HRL-skåren, med unntak av kategorien kroppslig smerte hos kvinnene. Dette samsvarer med resultatene fra denne studien som viser at det er en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitetsnivå og flere av HRL komponentene, både de mentale og fysiske komponentene.

I følge Thrane (1999) har helse en sterkere effekt på subjektivt velvære enn det fysisk aktivitet har. Han hevder videre at for en person med god helse, er helsen mindre sentral i forhold til subjektivt velvære. For en person med dårlig helse, er imidlertid helsen mer sentral (Thrane, 1999). Ut i fra denne tankegangen har helsen mye å si for HRL til respondentene i denne studien. De mange helseproblemene til respondentene er hovedårsaken til lav HRL, mens fysisk aktivitet bare kan påvirke HRL gjennom en bedret helsetilstand. Dette støttes av Rejeski et al. (1996) som i sin studie viser at korrelasjonen er svakere mellom fysisk form og HRL enn mellom funksjonalitet og HRL. Hvordan en person fungerer i hverdagen har med andre ord mer å si for HRL enn hvilken fysisk form personen er i. Selv om fysisk aktivitet kan bedre funksjonalitet gjennom bedret fysisk form, er funksjonalitet et mer kompleks begrep (jfr. forklaring av fysisk funksjon kapittel 3.3.1). Dette støttes av Vuori (1998) som hevder at fysisk aktivitet bedrer HRL ved å øke psykisk velvære og bedre fysisk funksjon. Dette kan være med på å forklare hvorfor korrelasjonen ikke er sterkere mellom fysisk aktivitet og flere av HRL komponentene.

5.4 Trygdesituasjon

Det er ingen signifikant endring i trygdesituasjon mellom de tre datainnsamlingene. Det er heller ingen signifikant forskjell i trygdesituasjon mellom deltakere og ikke-deltakere på Apd ved tredje datainnsamling. Samtidig oppga svært få at de fikk kjennskap til Apd gjennom trygdekontor.

De fleste respondentene i denne studien er arbeidssøkende, på attføring/rehabilitering eller uføretrygd. Det er vanskelig å si noe om årsaken til at det ikke er signifikante endringer i trygdesituasjonen til respondentene i denne studien. En kan imidlertid tenke seg at det tar lang tid å endre trygdesituasjon. Dette gjelder trolig spesielt attføring/rehabilitering og uføretrygd. På en annen side kunne en ha forventet en reduksjon i andelen arbeidssøkende da det i datainnsamlingsperioden var høgkonjunktur og lav arbeidsledighet.

Kort tidsperiode kan også være årsaken til at det ved tredje datainnsamling ikke er signifikant forskjell i trygdesituasjon mellom deltakere og ikke-deltakere. En kunne her forventet at ikke-deltakerne hadde endret sin trygdesituasjon. Likevel er det nærliggende å tro at tidsperioden mellom datainnsamlingene måtte være lenger for å forvente å få signifikant forskjell. Det er med andre ord ikke returnering til arbeidslivet som er årsaken til at de ikke lenger deltar på Apd.

En kuriositet ved resultatene er at bare 2 % oppgir å ha fått kjennskap til Apd gjennom trygdekontor. Dette til tross for at 67 % av de kvinnelige respondentene og 36 % av de mannlige respondentene oppgir at de har tilknytting til trygdekontor. Apd formidler tilbudet gjennom utsending av informasjon, timeplaner og plakater. Dette sendes ut til ca 700 kontaktadresser, inkludert bydelsadministrasjoner, offentlige servicekontorer og andre institusjoner innen fysisk og psykisk helsevern (Oslo Idrettskrets, 2005b). At en så liten andel av deltakerne får informasjonen gjennom trygdekontoret kan blant annet skyldes dårlig kommunikasjon mellom Apd og trygdekontorene eller manglende bevissthet rundt tilbudet hos de ansatte på trygdekontorene. Ser vi på instansene som i dag utgjør NAV; trygdekontor, sosialkontor og arbeidskontor som en helhet, er det imidlertid 22 % av respondentene som har fått kjennskap til Apd på denne måten. Dette er en forbedring, men resultatene tyder fortsatt på et behov for bedring i informasjonen mellom Apd, NAV og den enkelte trygdemottaker.

5.5 Alternative tiltak

En hypotetisk årsakssammenheng ville i denne studien være at deltakelse på Apd førte til et økt fysisk aktivitetsnivå, som igjen førte til bedret HRL med returnering til arbeidslivet som

resultat. Studien viser imidlertid at respondentenes aktivitetsnivå ikke økte i løpet av datainnsamlingsperioden. Til tross for dette kan en se en bedring i tre av åtte HRL komponenter hos de kvinnelige respondentene. Denne studien sier derfor ikke noe om hvorvidt økt fysisk aktivitet påvirker HRL, men den viser utvikling i HRL hos en gruppe med et konstant aktivitetsnivå. At det ikke er signifikante endringer i trykkesituasjon er ikke overraskende med bakgrunn i resultater fra andre studier, samt resultater fra denne studien i forhold til fysisk aktivitetsnivå og HRL.

En datainnsamlingsperiode på syv måneder kan regnes som lang for en studie av denne dimensjon. Det var med bakgrunn i dette, tidligere erfaringer og mindre studier, nærliggende å anta at en ville finne flere signifikante endringer på parametrene som ble målt. Siden tilbudet Apd ga deltakerene sine i perioden studien ble gjennomført ikke førte til økt aktivitetsnivå, kan det være naturlig å spørre seg om innholdet og tiltakene i denne perioden kunne vært annerledes.

Som deltaker på Apd er det opp til den enkelte å benytte seg av tilbudene som blir gitt. Erfaringer fra Apd viser at deltakere som aktivt tar ansvar for egen aktivitet gjerne trener på faste tider, følger et treningsprogram satt opp av treningsveiledere på Apd og gjerne trener sammen med andre deltakere. En vet imidlertid lite om de deltakerne som ikke tar ansvar for egen aktivitet. Det finnes ikke noe apparat som fanger opp de som ikke benytter seg av aktivitetstilbudet. Ut i fra dette er det mulig at en tettere oppfølging fra Apds side ville gitt flere signifikante endringer i HRL, fysisk aktivitetsnivå og trykkesituasjon.

Et tiltak kan være å ta i bruk ordningen med treningskontakter som tidligere er nevnt i oppgaven. Et annet tiltak kan være å ha et registreringssystem som fanger opp de som ikke benytter seg av tilbudet. Gjennom direkte kontakt med en deltaker som ikke benytter seg av tilbudet, kan en kanskje klare å stimulere til aktivitet. Et tredje tiltak kan være å benytte seg av *helsesamtaler* som blant annet blir benyttet ved Frisklivssentralen i Modum (Frøydis Lislevatn, personlig meddelelse). Her gjennomføres en helsesamtale ved treningsstart og etter en bestemt periode. Helsesamtalen omhandler forhold rundt kost, tobakk og fysisk aktivitet. Fysisk form kan også måles hvis det er ønskelig. Ut i fra denne samtalen settes det opp en plan for tiltak. Denne evalueres etter en tid og eventuelt justeres. Dette hadde sikret at hver enkelt deltaker fikk tett og helhetlig oppfølging.

På en annen side er dette ressurskrevende og vil kanskje ta for lang tid for et tilbud med den størrelsen Apd har. En vesentlig forskjell på Apd og Frisklivssentralen er at deltakerne på den sistnevnte henvises av helsevesenet som skriver ut en frisklivsresept. Slik Apd fungerer i dag, trenger ikke deltakerne resept eller bekreftelse fra behandler for å delta. Dette kan i seg selv være av vesentlig betydning for mange og dermed redusere terskelen for å delta. En resept er knyttet til redusert helse, noe som kan være en unødvendig barriere for mennesker i en trygdesituasjon. Helsesamtalen kan sees på som en egnet måte å følge opp de som er henvist fra en behandler. Samtidig kan en slik ordning oppfattes som overflødig for et tilbud som Apd. En frisklivssentral kan sees på som en del av helsevesenet, mens Apd er et folkehelse tilbud gitt av Oslo Idrettskrets. Apd er på sin side bevisst på å ikke sykeliggjøre deltakerne, og fremhever at det i seg selv er *”positivt at dette tilbudet er en del av idretten og dens fellesskap, og ikke kommer fra offentlig helse- og sosialtilbud”* (Oslo Idrettskrets, 2005b:2). Viktigheten av Oslo Idrettskrets’ innsats for folkehelsen beskrives også indirekte i St.meld.nr. 37 (1992-93) og NOU 1991:10 som antyder at helsetjenesten bare utfører 10 % av den virksomhet som har betydning for folkehelsen (Sosialdep., 1991; Sosialdep., 1992).

Med bakgrunn i dette hadde det vært interessant å se hvordan kombinasjonen Frisklivssentral, Apd og treningskontaktordning hadde fungert. Frisklivssentralen hadde gjort Apds mål om å være en brobygger mellom idrett og helse enklere å nå, mens treningskontaktene hadde gjort tilbudene mer tilgjengelig for mennesker med psykiske problemer. En slik modell støttes av utsagn fra myndighetene som påpeker at *”forebyggende helsearbeid er langsiktig og krever innsats på flere arenaer”* (SHdir, 2007b:21).

5.6 Metodiske vurderinger

Denne studien har signifikante funn i viktige parametere som fysisk funksjon, kroppslig smerte og vitalitet. Det er likevel naturlig å spørre seg om manglende signifikante funn i de resterende parametrene kan skyldes metodiske svakheter ved studien. Studien har en god svarprosent på 75 %. Utgangspunktet på 60 respondenter kan imidlertid ha vært for lite til å få signifikante resultater. I forkant av studien kunne en gjort styrkeberegninger for å estimere en ønsket størrelse på utvalget. Når utvalget i tillegg blir inndelt i kjønn, blir gruppene enda mindre. Av de 45 respondentene som svarte på alle tre datainnsamlingene er det bare 32 som

fortsatt er deltakere på Apd ved tredje datainnsamling. Det betyr at antall Apd deltakere er redusert med ca 40 % fra første til tredje datainnsamling. Dette, sammen med studiens design gjør det vanskelig å si noe om Apds betydning for HRL, fysisk aktivitetsnivå og trygdesituasjon.

Karakteristika ved studiens utvalg kan være en annen forklaring på få signifikante funn. Funnet fra studien tyder på at utvalget er representativt i forhold til trygdesituasjon og helseproblemer. Mye tyder imidlertid på at utvalget ikke er representativt i forhold til aktivitetsnivå. Hadde studiens design vært randomisert og med kontrollgruppe, hadde trolig resultatene vist andre funn.

I denne studien er det benyttet kvantitativ metode med datainnsamling ved hjelp av ulike spørreskjema. Bakgrunnen for dette er en mellomfagsoppgave ved NIH som undersøkte betydningen av fysisk aktivitet og helse for eldres livskvalitet (Solbraa, 2002). I denne studien ble kvalitative dybdeintervju benyttet på et utvalg eldre deltakere på Apd. Tendensen i resultatene er lik noen av resultatene i denne studien. Respondentene formidlet at den fysiske aktiviteten førte til en forbedret helse som igjen virket positivt inn på livskvaliteten (Solbraa, 2002). Dypdekunnskapen fra denne studien ligger til grunn for ønsket om å gjennomføre en kvantitativ studie innenfor samme fagområdet. Gjennom et intervju kan intervjuobjektene dele sine erfaringer og opplevelser, samtidig som en kan følge opp den informasjonen intervjuobjektet gir. Det å velge en kvantitativ metode for å kartlegge et fagområdet som er så holistisk, relativt og individuelt kan være diskuterbart. Ved å bruke flere spørreskjema som omhandler like temaer øker imidlertid sjansen for å belyse flere sider av temaet. Gjennom å bruke internasjonalt validerte og reliabilitetstestede spørreskjema kan en lettere sammenligne mellom studier. På en annen side mister en det brede perspektivet som kan formidles gjennom en kvalitativ metode. Med sine konkrete spørsmål kan SF-36, WHOQOL-bref og IPAQ derfor gi oss et lite nyansert bilde av helheten.

Et annet aspekt ved bruk av spørreskjema er subjektiviteten ved selvrapporing. Selvrapporing har vært hyppig benyttet i livskvalitetsforskning (Næss, 2001) og blir av mange oppfattet som den beste metoden (Wahl & Hanestad, 2004). Selvrapporing helse og sykdom har imidlertid sin begrensning i subjektiviteten (Lund, 2000). Likevel er bruk av egnevurdert helse et anerkjent og ofte benyttet mål i denne type forskning (Miilunpalo,

Vuori, Oja, Pasanen, & Urponen, 1997). Når en skal vurdere respondentenes HRL kan subjektiviteten sees på som en styrke og en nødvendighet (Næss, 2001).

Det finnes få kvalitetssikrede og standardiserte metoder for å måle fysisk aktivitet og fysisk form (SEF, 2001). Da det er valgt spørreskjema i denne studien kan en hevde at en årsak til det høye aktivitetsnivået blant respondentene er overrapportering av aktivitetsnivå. Det er lettere å huske hard enn moderat aktivitet, og ofte rapporterer respondentene det aktivitetsnivået de gjerne skulle hatt (SEF, 2001). Andre studier som har undersøkt validiteten av IPAQ spørreskjemaet peker også på overrapportering som et metodisk problem (Graff-Iversen, Anderssen, Holme, Jennum, & Raastad, 2007). Denne årsaksforklaringen støttes av en studie gjort av Brown et al. (2004) der resultatene viste at personer som tilfredsstilte anbefalingen for fysisk aktivitet oppga bedre HRL og egenvurdert helsestatus enn de som ikke var tilstrekkelig aktive. Disse resultatene samsvarer ikke med funnene i denne studien, der respondentene oppgir å være mer aktive, men å ha lavere HRL. En overrapportering av aktivitetsnivå kan forklare dette. På en annen side viser en rapport fra SHdir at angitt mengde middels anstrengende og anstrengende aktivitet ved bruk av IPAQ, stemmer overens med andre referansemeter (Anderssen & Andersen, 2004). En kan ut i fra dette og andre valideringsstudier (Craig et al., 2003) hevde at IPAQ er et velegnet instrument når en velger å bruke spørreskjema.

Et alternativ til spørreskjema kunne vært tester for å måle fysisk form og aktivitetsnivå objektiv. Noen vil nok hevde at blodprøver, VO₂max og akselerometer er mer egnede måleinstrument. Valg av målemetoder ble i denne studien tatt på grunnlag av studiens målgruppe og problemområdet som skulle kartlegges. Ut i fra problemstillingen og studiens målgruppe ble selvrappotering valgt for å inkludere de egenvurderte aspektene ved helse og HRL. For kartlegging av fysisk aktivitetsnivå ville det vært en styrke for studien å bruke akselerometer i tillegg til, eller i stedet for spørreskjema.

6.0 KONKLUSJON

Denne studien har undersøkt *utvikling i helserelatert livskvalitet, fysisk aktivitet og trygdesituasjon hos en gruppe nye deltakere på Apd i Oslo*. Resultatene fra studien kan oppsummeres i følgende punkt:

- De kvinnelige respondentene hadde signifikant bedring i HRL-parametrene fysisk funksjon, kroppslig smerte og vitalitet i løpet av perioden
- Det var ingen signifikant endring i HRL hos de mannlige respondentene
- Det var ingen signifikante endringer i fysisk aktivitet og trygdesituasjon for noen av kjønnene i løpet av perioden
- Resultater ved studieslutt viser positiv sammenheng mellom fysisk aktivitetsnivå og HRL. Korrelasjonen er sterkest for fysisk funksjon, generell helse og emosjonell rollebegrensning
- Ved studieslutt skåret de respondentene som fortsatt var deltakere på Apd signifikant bedre i fysisk domene enn de som ikke lenger var deltakere

Denne studien har få signifikante funn. Årsakene kan ligge hos Apd eller i studiens design og utvalg. Apd er et velfungerende tilbud slik det framstår i dag. Oslo Idrettskrets har, som en frivillig organisasjon, tatt på seg et folkehelseansvar. Dette er gjort forut for sin tid i forhold til partnerskapstenkingen og fortjener oppmerksomhet og en vitenskapelig gjennomgang. Samtidig har Apd potensialet til å bedre tilbudet sitt ytterligere. Alternative tiltak kan være et tettere samarbeid med NAV, få tak i de personene som blir sittende hjemme og skreddersy tilbudet for enkelte deltakere. Et samarbeid mellom en frisklivssentral, Apd og treningskontaktordningen hadde kanskje gjort broen mellom helse og idrett enklere å bygge.

Denne studien har flere svakheter med tanke på design, utvalg og målemetoder. For å sikre at tiltak som settes i verk er basert på forskning og utprøving er det behov for ytterligere forskning på lavterskeltilbud med fysisk aktivitet for utsatte grupper av befolkningen. Framtidige studier bør fokusere på valide og reliable målemetoder og gjerne en kombinasjon av objektive og subjektive mål.

LITTERATURLISTE

- Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware, J. E., Jr., Aaronson, N. K., Mosconi, P. et al. (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research*, 13, 283-298.
- Anastasi, A. (1958). *Differential Psychology; Individual and group differences in behaviour* (Trd.ed) Ny York: The Macmillan co.
- Andenæs, R., Moum, T., Kalfoss, M. H., & Wahl, A. K. (2006). Changes in health status, psychological distress, and quality of life in COPD patients after hospitalization. *Quality of Life Research*, 15, 249-257.
- Anderssen, S. A. & Andersen, L. B. (2004). *Fysisk aktivitetsnivå i Norge 2003: Data basert på spørreskjemaet "International Physical Activity Questionnaire"* (Rep. No. IS-1254). Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.
- Anderssen, S. A. & Hjermann, I. (2000). Fysisk aktivitet - en sentral faktor i forebygging av hjerte- og karsykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 120, 3168-3172.
- Anderssen, S. A. & Strømme, S. B. (2001). Fysisk aktivitet og helse - anbefalinger. *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 121, 2037-2041.
- Andrews, T. (1998). Det utvidede helsebegrepet - begrepsmessig forvirrende og praktisk uhåndterlig. *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 118, 3312-3315.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2007). *NOU 2007:4 Ny uførestønning og ny alderspensjon til uføre* Oslo.
- Åstrand, P.-O., Rodahl, K., Dahl, H. A., & Strømme, S. B. (2003). *Textbook of Work Physiology: Physiological Bases of Exercise, 4th Ed.* Canada: Human Kinetics.
- Blaasvær, S. & Stanghelle, J. K. (1999). Rehabiliteringsopphold med tilpasset fysisk aktivitet - hva skjer med pasientenes livskvalitet? *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 119, 1281-1286.
- Blacklock, R. E., Rhodes, R. E., & Brown, S. G. (2007). Relationship between regular walking, physical activity, and health-related quality of life. *J Phys Act Health*, 4, 138-152.
- Blair, S. N., Kampert, J. B., Kohl, H. W., III, Barlow, C. E., Macera, C. A., Paffenbarger, R. S., Jr. et al. (1996). Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women. *JAMA*, 276, 205-210.
- Blair, S. N., LaMonte, M. J., & Nichaman, M. Z. (2004). The evolution of physical activity recommendations: How much is enough? *Am.J Clin.Nutr*, 79, 913-920.
- Booth, F. W., Gordon, S. E., Carlson, C. J., & Hamilton, M. T. (2000). Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. *J Appl.Physiol*, 88, 774-787.

- Booth, F. W. & Lees, S. (2006). Fundamental questions about genes, inactivity, and chronic diseases. *Physiol Genomics*, 2-56.
- Breivik, G. (1996). *Det gode, lange liv og dets gleder: Utbredelse og verdier knyttet til fysisk aktivitet i den norske befolkningen* Oslo: Norges Idrettsforbund og Norges idrettshøgskole.
- Breivik, G. & Vaagbø, O. (1999). *Jakten på det gode liv: Utviklingen i fysisk aktivitet i den norske befolkningen i perioden 1985-1997* Oslo: Norges idrettshøgskole.
- Brown, D. W., Brown, D. R., Heath, G. W., Balluz, L., Giles, W. H., Ford, E. S. et al. (2004). Associations between physical activity dose and health-related quality of life. *Med Sci Sports Exerc*, 36, 890-896.
- Brox, J. I., Sorensen, R., Friis, A., Nygaard, O., Indahl, A., Keller, A. et al. (2003). Randomized clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive intervention and exercises in patients with chronic low back pain and disc degeneration. *Spine*, 28, 1913-1921.
- Calvert, M. J. & Freemantle, N. (2003). Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 1: why evaluate health-related quality of life? *J Clin.Pharm.Ther.*, 28, 513-521.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100, 126-131.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E. et al. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35, 1381-1395.
- Den norske Lægeforening (2004). *Retningslinjer for smertebehandling i Norge*. Oslo.
- Departementene (2004). *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009, Sammen for fysisk aktivitet*. Oslo.
- Djupvik, J. J. (2000). *Folkehelsearbeid - Kommunal ressurskopling med vekt på bruk av fysisk aktivitet* Oslo: Kommuneforlaget.
- Dooley, D., Fielding, J., & Levi, L. (1996). Health and unemployment. *Annual Review of Public Health*, 17, 449-465.
- Ekelund, U., Sepp, H., Brage, S., Becker, W., Jakes, R., Hennings, M. et al. (2006). Criterion-related validity of the last 7-day, short form of the International Physical Activity Questionnaire in Swedish adults. *Public Health Nutr*, 9, 258-265.
- Engebretsen, L. & Bahr, R. (2001). Skedelig - men sunt. *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 121, 18.
- Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutr.*, 2, 411-418.
- Fugelli, P. (2006). Drømmefabrikken. *MEMU mennesker & muligheter*, 01, 14-15.

- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse-slik folk ser det. *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 121, 3600-3604.
- Fylkesnes, K. & Førde, O. H. (1992). Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. *Social Science and Medicine*, 35, 271-279.
- Fylkesnes, K. & Førde, O. H. (1991). The Tromsø Study: predictors of self-evaluated health-has society adopted the expanded health concept? *Social Science and Medicine*, 32, 141-146.
- Gjesdal, S., Haug, K., Ringdal, P. R., Vollset, S. E., & Mæland, J. G. (2005). Risiko for uførepensjonering blant unge langtidssykemeldte. *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 125, 1801-1805.
- Graff-Iversen, S., Anderssen, S. A., Holme, I. M., Jenum, A. K., & Raastad, T. (2007). An adapted version of the long International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-L): construct validity in a low-income, multiethnic population study from Oslo, Norway. *Int.J Behav Nutr Phys Act*, 4, 13.
- Grøtvedt, L. (2002). *Helseprofil for Oslo* Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo kommune, Program for storbyrettet forskning.
- Hanestad, B. R., Rustøen, T., Knudsen, Ø., Lerdal, A., & Wahl, A. K. (2004). Psychometric Properties of the WHOQOL-BREF Questionnaire for the Norwegian General Population. *Journal of Nursing Measurement*, 12, 147-159.
- Harper, A. & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A. et al. (2007). Physical Activity and Public Health. Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association, Circulation*.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2007). *St.meld.nr.20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* Oslo.
- Helsedepartementet (2003). *St.meld.nr. 16 (2002-2003), Resept for et sunnere Norge - Folkehelsepolitikken*. Oslo.
- Hjort, P. F. (2000). Fysisk aktivitet og eldres helse - gå på! *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 120, 2915-2918.
- Holtedahll, R. (2006). Fysisk helsetilstand hos personer som søker uføretrygd. *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 126, 2654-2657.
- Ihlebak, C., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 20-29.
- IPAQ (2005). *Guidelines for data processing and analysis of the international physical activity questionnaire (IPAQ) short and long forms* Hentet fra http://www.ipaq.ki.se/dloads/IPAQ%20LS%20Scoring%20Protocols_Nov05.pdf.

- Kalfoss, M. H. (2002). *Program for psykisk helse WHOQOL måling av livskvalitet* Oslo: Menighetssesterhjemmets Høgskole.
- Kitterød, R. H. (1995). Langtidsledige: Den frigjorte tiden - problem eller mulighet? *Samfunnsspeilet*, Nr. 3.
- Kruger, J., Bowles, H. R., Jones, D. A., Ainsworth, B. E., & Kohl, H. W., III (2007). Health-related quality of life, BMI and physical activity among US adults (≥ 18 years): National Physical Activity and Weight Loss Survey, 2002. *Int.J.Obes.(Lond)*, 31, 321-327.
- Kurtze, N., Gundersen, K. T., & Holmen, J. (2003). Selvrappoertert fysisk aktivitet i norske befolkningsundersøkelser - et metodeproblem. *Norsk Epidemiologi*, 13 (1): 163-170.
- Kvien, T. K., Kaasa, S., & Smedstad, L. M. (1998). Performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in patients with rheumatoid arthritis. II. A comparison of the SF-36 with disease-specific measures. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1077-1086.
- Lees, S. J. & Booth, F. W. (2005). Physical inactivity is a disease. *World Rev.Nutr Diet.*, 95, 73-79.
- Lidbeck, J. (2002). Central hyperexcitability in chronic musculoskeletal pain: a conceptual breakthrough with multiple clinical implications. *Pain Res.Manag.*, 7, 81-92.
- Loge, J. H. & Kaasa, S. (1998a). Short Form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26, 250-258.
- Loge, J. H., Kaasa, S., Hjermstad, M. J., & Kvien, T. K. (1998b). Translation and performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in patients with rheumatoid arthritis. I. Data quality, scaling assumptions, reliability, and construct validity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1069-1076.
- Lund, E. (2000). Sosioøkonomisk status, selvvurdert helse og sykdom blant norske kvinner i alderen 45 - 64 år. *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 120, 1131-1134.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid - i teori og praksis 2.utg* Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, E. W. (2003). Kan man løpe fra angst og depresjon? *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, 40, 676-681.
- Martinsen, E. W. (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 120, 3054-3056.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53-76.
- Melin, R., Fugl-Meyer, K. S., & Fugl-Meyer, A. R. (2003). Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: in relation to education, employment situation, health and physical activity. *J.Rehabil.Med.*, 35, 84-90.

- Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M., & Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, 517-528.
- Moe, T., Hallstrøm, J., & Risnes, K. (2001). *Spørreundersøkelse gjennomført blant deltakere i Aktiv på Dagtid 1998 & 2000*. Oslo Idrettskrets.
- MOS (1994). *How to score the SF-36 health survey*. Boston: Medical Outcomes Trust.
- Næss, A. (2005). *Loop*. [DVD-plate]. Sub productions.
- Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære NOVA Rapport 3/01: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring*.
- NAV (2007). *Personer med stønad fra folketrygden og fra andre ordninger administrert av NAV. 1997-2006*. <http://www.nav.no/805339173.cms>.
- Nørholm, V. & Bech, P. (2001). The WHO Quality of Life (WHOQOL) Questionnaire: Danish validation study. *Nord.J.Psychiatry*, 55, 229-235.
- Orley, J. (1996b). *WHOQOL-bref introduction, administration, scoring and generic version of the assessment* Geneve: World Health Organization.
- Orley, J. (1996a). What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum*, 17, 354-356.
- Oslo Idrettskrets (2005b). *Aktiv på Dagtid - et holdepunkt i hverdagen, informasjonsbrosjyre* Oslo.
- Oslo Idrettskrets (2005a). *Aktiv på dagtid - Timeplan vinter/vår 2005* Oslo.
- Oslo Idrettskrets (2005c). *Deltakeranalyse Aktiv på Dagtid 2004*.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C. et al. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, 273, 402-407.
- Pedersen, B. K. & Saltin, B. (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand J Med Sci Sports*, 16 Suppl 1, 3-63.
- Puska, P., Benaziza, H., & Porter, D. (2003). *Physical activity: Global strategy on diet, physical activity and health* WHO.
- Rejeski, W. J., Brawley, L. R., & Shumaker, S. A. (1996). Physical activity and health-related quality of life. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 24, 71-108.
- Rütten, A., Ziemainz, H., Schena, F., Stahl, T., Stiggelbout, M., Auweele, Y. V. et al. (2003). Using different physical activity measurements in eight European countries. Results of the European Physical Activity Surveillance System (EUPASS) time series survey. *Public Health Nutr.*, 6, 371-376.

- Schou, M. B., Krokstad, S., & Westin, S. (2006). Hva betyr selvopplevd helse for dødeligheten? *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 126, 2644-2647.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004a). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Skevington, S. M., Sartorius, N., & Amir, M. (2004b). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. The history of the WHOQOL instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1-8.
- Skrede, A., Munkvold, H., Watne, O., & Martinsen, E. W. (2006). Treningskontakter ved rusproblem og psykiske lidinger. *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 126, 1925-1927.
- Søgaard, A. J., Bø, K., Klungland, M., & Jacobsen, B. K. (2000). En oversikt over norske studier - hvor mye beveger vi oss i fritiden? *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 120, 3439-3446.
- Solbraa, A. K. (2006). *Aktiv på dagtid, et folkehelse tilbud. Fordypningsoppgave Mensendieckutdanningen*. Høyskolen i Oslo.
- Solbraa, A. K. (2002). *Betydningen av fysisk aktivitet og helse for eldres livskvalitet: En kvalitativ undersøkelse. Mellomfagsoppgave ved Norges idrettshøgskole*. Oslo.
- Sosial- og Helsedepartementet (1998). *NOU 1998:18 Det er bruk for alle - Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste - Statens trykking.
- Sosial- og Helsedepartementet (1997). *St.meld.nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* Oslo.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2007a). *100 nøkkeltall for helse- og sosialsektoren 2007*. Oslo.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2007c).
http://www.shdir.no/fysiskaktivitet/_kt_kjennskap_til_anbefalingene_om_fysisk_aktivitet_71054.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2007b). *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2007*. Oslo.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2003). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006: Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006*. Oslo.
- Sosialdepartementet (1991). *NOU 1991:10 Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier*. Oslo.
- Sosialdepartementet (1992). *St.meld.nr.37 (1992-93) Utdfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste - Seksjon statens trykking.
- Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (2000). *Fysisk aktivitet og helse: Anbefalinger* (Rep. No. 2). Oslo.
- Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (2001). *Fysisk aktivitet og helse: Kartlegging* (Rep. No. 1). Oslo.

- Strømme, S. B. & Høstmark, A. T. (2000). Fysisk aktivitet, overvekt og fedme. *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 120, 3578-3582.
- Tessier, S., Vuillemin, A., Bertrais, S., Boini, S., Le, B. E., Oppert, J. M. et al. (2007). Association between leisure-time physical activity and health-related quality of life changes over time. *Prev.Med*, 44, 202-208.
- Thomas, J. R., Nelson, J. K., & Silverman, S. J. (2005). *Research Methods in Physical Activity*, 5rd ed. Human Kinetics.
- Thrane, C. (1999). Fysisk aktivitet, helse og subjektivt velvære. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 40, 283-309.
- Thune, I. & Smeland, S. (2000a). Er fysisk aktivitet av betydning i behandling og rehabilitering av kreftpasienter? *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 120, 3302-3304.
- Thune, I. & Smeland, S. (2000b). Kan fysisk aktivitet forebygge kreft? *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 120, 3296-3301.
- U.S.Department of health and human services (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General* Atlanta: U.S.Department of health and human services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, The President's Council on Physical Fitness and Sports.
- Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, S., Tessier, S., Oppert, J. M., Herberg, S. et al. (2005). Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Prev.Med*, 41, 562-569.
- Vuori, I. (1998). Does physical activity enhance health? *Patient.Educ.Couns.*, 33, 95-103.
- Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis: En innføring* Bergen: Fagbokforlaget.
- Ware, J. E., Jr. & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 903-912.
- Ware, J. E., Jr. & Gandek, B. (1994). The SF-36 Health Survey: Development and Use in Mental Health Research and the IQOLA Project. *Int.J.Ment.Health*, 23(2), 49-73.
- Ware, J. E., Jr. & Kosinski, M. (2001). Interpreting SF-36 summary health measures: a response. *Quality of Life Research*, 10, 405-413.
- Ware, J. E., Jr., Kosinski, M., Bayliss, M. S., McHorney, C. A., Rogers, W. H., & Raczek, A. (1995). Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 33, 264-279.
- Wendel-Vos, G. C., Schuit, A. J., Tijhuis, M. A., & Kromhout, D. (2004). Leisure time physical activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations. *Qual.Life Res*, 13, 667-677.
- WHO (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*.

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2005). *De harde fakta: Sosiale forhold av betydning for helsen*. Regional Office for Europe of the World Health Organization, Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner.

Ytterdahl, T. & Fugelli, P. (2000). Helse og livskvalitet blant langtidsledige. *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 120, 1308-1311.

Forespørsel om å delta i spørreundersøkelsen: **Aktiv på Dagtid – et folkehelse tilbud**



Fysisk aktivitet har stor betydning for folks helse og velvære. Aktiv på Dagtid (ApD) tilbyr tilrettelagt fysisk aktivitet for personer i en trykkesituasjon. Det er ønskelig å få dokumentert betydningen av ApD for deltakernes egenvurderte helserelaterte livskvalitet. I løpet av 2004 og 2005 skal det gjennomføres en spørreundersøkelse blant nye ApD deltakere. Undersøkelsen vil inngå i en masteroppgave ved Norges Idrettshøgskole. I denne forbindelse spør vi deg om du har lyst til å delta, fordi du nettopp er blitt deltaker i ApD.

Som deltaker i spørreundersøkelsen blir du ved innmelding bedt om å svare på et spørreskjema. Spørsmålene omhandler helse, livskvalitet, fysisk aktivitet og ApD. Dette vil ta fra 15 til 30 minutter å fylle ut. I januar og i juni får du tilsendt oppfølgingskjema som også skal besvares og returneres. Forsendelsene vil inneholde en frankert returkonvolutt, så det vil ikke koste deg noe. Som påskjønnelse vil du etter første og andre datainnsamling motta en liten overraskelse. Av de som svarer på tredje datainnsamling vil det bli trukket ut 5 personer som får et gavekort på 500 kr i en sportsbutikk.

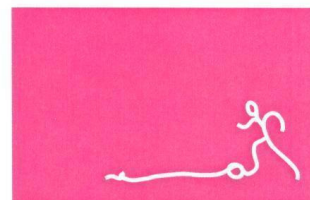
Deltakelse i undersøkelsen er frivillig, og du kan når som helst, uten å oppgi grunn, trekke deg fra den. Dette vil ikke ha noen konsekvenser for din videre deltakelse i ApD. Prosjektet er godkjent av Etisk komité og Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD). Deltakelse i prosjektet innebærer at svarene dine vil bli behandlet konfidensielt og at vi oppbevarer datamaterialet i avidentifisert form fram til 1.8.2017. Deltakernes identitet vil være knyttet til et deltakernummer som bare prosjektleder og medarbeider vil ha tilgang til. Dette for å kunne gjennomføre tre datainnsamlinger og ha mulighet til å gjennomføre en oppfølgingsundersøkelse. Du vil da eventuelt bli kontaktet på nytt med ny forespørsel om å delta. Ved en eventuell oppfølgingsundersøkelse står du fritt til å takke nei. En slik oppfølgingsundersøkelse må meldes på nytt til NSD. Dersom det ikke blir aktuelt med en oppfølgingsundersøkelse, vil datamaterialet bli anonymisert innen dette tidspunkt. Som deltaker i prosjektet har du rett til å kreve innsyn i de opplysningene som er registrert om deg. Fra og med høsten 2007 kan du få innsikt i resultatene ved å kontakte prosjektleder i ApD. Publikasjoner vil være i anonymisert form, dvs. at ingen av deltakerne kan gjenkjennes. Ingen andre enn prosjektleder og medarbeider vil ha innsyn i svarene.

Studien gjennomføres av Ane K. Solbraa, masterstudent ved Norges Idrettshøgskole, i samarbeid med Toril Moe, Idrettskonsulent ved Aker Universitetssykehus. Veileder er I. amanuensis, dr. scient. Nina W. Loland ved Norges Idrettshøgskole, Postboks 4014 Ullevål Stadion, 0806 Oslo. Bi-veileder er Egil W. Martinsen, Prof. dr. med, Forskningsleder ved Modum Bad.

Hvis du vil delta i undersøkelsen ber jeg om at du skriver under og returnerer vedlagte samtykkeerklæringen. På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Ane Kristiansen Solbraa
Fjellvegen 16
6856 Sogndal
mobil 90 95 32 75



Deltakernr:.....

Jeg har mottatt skriftlig informasjon, og er villig til å delta i studien.

Dato..... Signatur.....

Fyll inn med blokkbokstaver:

NAVN.....

ADRESSE.....

..... TLF.....



Hans Holmboes gate 22
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47/ 55 58 21 17
Fax: +47/ 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Nina Waaler Løland
Norges idrettshøgskole

Postboks 4014 Ullevål Stadion
0806 OSLO

Vår dato: 28.09.2004

Vår ref: 200400984 SS /RH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING FRA PERSONVERNOMBUDET

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.08.2004. Meldingen gjelder prosjektet:

11404	<i>Aktiv på datid - et folkehelse tilbud</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Norges idrettshøgskole, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Nina Waaler Løland</i>
Student	<i>Ane Kristiansen Solbraa</i>

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS er utpekt som personvernombud av Norges idrettshøgskole, jf. personopplysningsforskriften § 7-12. Ordningen innebærer at meldeplikten til Datatilsynet er erstattet av meldeplikt til personvernombudet.

Personvernombudets vurdering

Etter gjennomgang av meldeskjema og dokumentasjon finner personvernombudet at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Dette betyr at behandlingen av personopplysningene vil være unntatt fra konsesjonsplikt etter personopplysningsloven § 33 første ledd, men underlagt meldeplikt etter personopplysningsloven § 31 første ledd, jf. personopplysningsforskriften § 7-20.

Unntak fra konsesjonsplikten etter § 7-27 gjelder bare dersom vilkårene i punktene a) – e) alle er oppfylt:

- førstegangskontakt opprettes på grunnlag av offentlig tilgjengelige registre eller gjennom en faglig ansvarlig person ved virksomheten der respondenten er registrert,
- respondenten, eller dennes verge dersom vedkommende er umyndig, har samtykket i alle deler av undersøkelsen,
- prosjektet skal avsluttes på et tidspunkt som er fastsatt før prosjektet settes i gang,
- det innsamlede materialet anonymiseres eller slettes ved avslutning,
- prosjektet ikke gjør bruk av elektronisk sammenstilling av personregistre.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i vedlegget.

Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47/ 22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47/ 73 59 19 07. kyrre.svanva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47/ 77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Ny melding

Det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Selv om det ikke skjer endringer i behandlingsopplegget, skal det gis ny melding tre år etter at forrige melding ble gitt dersom prosjektet fortsatt pågår.

Ny melding skal skje skriftlig til personvernombudet.

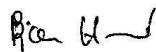
Offentlig register


Personvernombudet har lagt ut meldingen i et offentlig register, www.nsd.uib.no/personvern/register/

Ny kontakt

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2017, rette en henvendelse angående status for prosjektet.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Synnøve Serigstad

Kontaktperson: Synnøve Serigstad tlf: 55583542

Vedlegg: Personvernombudets vurdering

Kopi: Ane Kristiansen Solbraa
Fjellvegen 16
6856 SOGNDAL

Prosjektbeskrivelse

Daglig ansvarlig/veileder

Nina Waaler Loland
Norges idretthøgskole

Student

Ane Kristiansen Solbraa
Fjellvegen 16
6856 SOGNDAL

Postboks 4014 Ullevål Stadion
0806 OSLO

11404 Aktiv på datid - et folkehelse tilbud

Formålet med studien er å undersøke hvilken betydning Aktiv på Dagtid har for den subjektive vurderingen av helserelatert livskvalitet for personer i en trykkesituasjon.

Utvalget består av personer som melder seg inn i Aktiv på Dagtid i oktober 2004. Det er kvinner og menn mellom 18 og 65 år bosatt i Oslo og i en eller annen form for trykkesituasjon.

Førstegangskontakt opprettes av ansatte på Aktiv på Dagtid når personene henvender seg for innmelding (jf. punkt a). Det gis skriftlig informasjon og det innhentes skriftlig samtykke (jf. punkt b). Personvernombudet for forskning finner den skriftlige informasjonen tilfredsstillende.

Gjennom spørreskjema hentes det inn opplysninger om helse, livskvalitet og fysisk aktivitetsnivå, samt synspunkt om Aktiv på Dagtid. Det registreres opplysninger om helse, som i følge personopplysningsloven § 2, punkt 8 c er å regne som en sensitiv personopplysning. Det registreres direkte personidentifiserbare opplysninger i form av navn, adresse og fødselsdato, og det registreres indirekte personidentifiserbare opplysninger som kjønn, alder, fødeland, bydel bosatt i, sivilstand, utdanning, trykkesituasjon, hvilken hjelpeinstans vedkommende er tilknyttet til og hvilken behandling vedkommende mottar.

Data registreres på isolert pc. De direkte personidentifiserbare opplysningene erstattes med et referansenummer som viser til en navneliste som oppbevares atskilt fra det øvrige datamaterialet.

Innen prosjektslutt 01.08.2017 kan det bli aktuelt med en oppfølgingsundersøkelse. Dette vil i så fall meldes på nytt til Personvernombudet for forskning ved NSD AS, og utvalget vil bli kontaktet på nytt med ny forespørsel. Dersom dette ikke blir aktuelt vil datamaterialet anonymiseres ved at navnelisten og navn på bydel slettes (jf. punkt c og d). Det skal ikke foretas elektronisk sammenstilling av personregistre (jf. punkt e).

Personvernombudet ber om at tilråding fra regional komité for medisinsk forskningsetikk ettersendes.

Regional komite for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge (REK Sør)

Nina Waaler Loland dr.scient./1.amanuensis
Norges idrettshøgskole
Postboks 4014 Ullevål Stadion
0806 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:S-04250

Dato: 28.09.04

Aktiv på Dagtid et folkehelse tilbud

Prosjektleder: Nina Waaler Loland, dr.scient./1.amanuensis, Norges idrettshøgskole
Student: Ane Kristiansen Solbraa

Komiteen behandlet prosjektet i sitt møte torsdag 23. september 2004.

Komiteen har følgende merknader til informasjonsskriv og samtykkeerklæring:

1. Overskriften: Bytt gjerne ut "Informasjon om", med "Forespørsel om å delta i en..", for raskt å klargjøre at dette skrivets hensikt er å spørre om de vil delta i studien.
2. I første avsnitt, siste setning, bør det klargjøres hvorfor akkurat denne personen blir spurt om å delta, for eksempel ved å legge til en bisetning: "I denne forbindelse spør vi deg om du har lyst til å delta, fordi du nettopp er startet opp med APD-tilbudet".
3. Presiser at informanten står fritt til å takke nei til en oppfølgingsundersøkelse når de igjen blir kontaktet "om noen år".
4. Det bør komme klarere frem at deltagerens identitet er knyttet til registreringsnummeret (ellers ville dere ikke kunne gjøre longitudinelle studier?), men hvem får innsyn i / tilgang til kodenøkene? Informer om at koblingen til identitet slettes når alle tre spørreskjemaene er innlevert, eller er ikke dette korrekt, siden prosjektleder planlegger en langtidsstudie? Informantene må få klarere beskjed om disse forholdene (og at trygdekontoer for eksempel ikke får innsyn i svarene?). Presiser at publikasjoner etc vil være i anonymisert form, dvs at ingen av informantene kan gjenkjennes.

Vedtak:

"Komiteen tilrår at prosjektet gjennomføres forutsatt at prosjektleder tar hensyn til merknadene ovenfor. Revidert informasjonsskriv sendes komiteen til orientering"

Vi ønsker lykke til med prosjektet.

Med vennlig hilsen

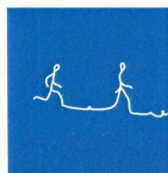
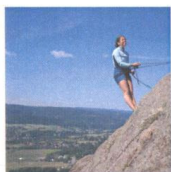
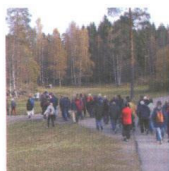
Sigurd Nitter-Hauge (sign)
Professor dr.med.
Leder



Tone Haug
Rådgiver
Sekretær

Kopi: Ane Kristiansen Solbraa, Norges idrettshøgskole

Spørreundersøkelse



**Aktiv på
Dagtid**
- et folkehelseilbud

Dato: _____

Deltakernr: _____

Spørreskjema 1

Takk for at du vil være med i spørreundersøkelsen.
Du har her mottatt et spørreskjema. Ikke skriv navnet ditt på skjemaet. Les informasjonen på skjemaet nøye!
Svar så godt du kan og returner skjemaet ferdigutfyllt.
Når du har gjort det, kan du henvende deg i resepsjonen til Aktiv på Dagtid i Munkedamsveien og motta en liten påskjønnelse.

På forhånd takk for hjelpen.

Med vennlig hilsen



Ane Kristiansen Solbraa



8) **Jeg er tilknyttet:** (Sett en ring for hver tilknytning)

	Ja	Nei
Psykisk helsevern	1	2
Arbeidskontor	1	2
Trygdekontor	1	2
Sosialkontor	1	2

Annet:.....

9) **Jeg har/har hatt følgende skader/lidelser:**
(Sett en ring for hver lidelse)

Belastningslidelser	Ja	Nei	Vet ikke
Rygg	1	2	3
Nakke/skulder	1	2	3
Hofte	1	2	3
Kne	1	2	3

Andre lidelser	Ja	Nei	Vet ikke
Allergi	1	2	3
Astma	1	2	3
Diabetes type 1	1	2	3
Diabetes type 2	1	2	3
Fibromyalgi	1	2	3
Hjerte/kar	1	2	3
Høyt blodtrykk	1	2	3
Kreft	1	2	3

Andre lidelser	Ja	Nei	Vet ikke
Migrene	1	2	3
Osteoporose	1	2	3
Overvekt	1	2	3
Psykiske lidelser	1	2	3
Psykosomatiske plager	1	2	3
Revmatisme	1	2	3
Rusmisbruk	1	2	3
Skader i skjelettet	1	2	3
Spiseforstyrrelser	1	2	3
Utbrenthet	1	2	3
Whiplash	1	2	3
MS	1	2	3

Annet:.....

10) **Går du til noen form for behandling nå?** (Sett ring rundt ett tall)

1 Ja 2 Nei

11) **Hvis ja, hvilken?**

(Sett en ring for hvert behandlingsalternativ)

	Ja	Nei
Fysioterapi	1	2
Kiropraktor	1	2
Naprapat	1	2

	Ja	Nei
Akupunktør	1	2
Psykiatrisk behandling	1	2
Lege	1	2

Annet:.....

12) Bruker du? (Sett en ring for hver medisin)

	Nå	Før, men ikke nå	Aldri brukt
Medisin mot høyt blodtrykk	1	2	3
Kolesterolsenkende medisin	1	2	3

13) Hvor ofte har du i løpet av de siste 4 ukene brukt følgende medisiner?

(Sett en ring for hver medisin)

	Daglig	Hver uke, men ikke daglig	Sjeldnere enn hver uke	Ikke brukt siste 4 uker
Smertestillende uten resept	1	2	3	4
Smertestillende på resept	1	2	3	4
Sovemedisin	1	2	3	4
Beroligende medisin	1	2	3	4
Medisin mot depresjon	1	2	3	4
Annen medisin på resept	1	2	3	4

Videre er vi interessert i informasjon om ulike former for fysisk aktivitet som folk driver med i dagliglivet. Spørsmålene gjelder tiden du har brukt på fysisk aktivitet de siste 7 dagene. Vennligst svar på alle spørsmålene uansett hvor fysisk aktiv du selv synes du er. Tenk på aktiviteter du gjør på jobb, som en del av hus- og hagearbeid, for å komme deg fra et sted til et annet og aktiviteter på fritiden (rekreasjon, mosjon og sport).

Tenk på all **meget anstrengende** aktivitet du har drevet med de **siste 7 dagene**. **Meget anstrengende** aktivitet er aktivitet som krever hard innsats og får deg til å puste mye mer enn vanlig. Ta bare med aktiviteter som varer minst 10 minutter i strekk:

- 14) Hvor mange dager i løpet av de **siste 7 dagene** har du drevet med **meget anstrengende** fysisk aktivitet som tunge løft, gravearbeid, aerobics, løpe eller sykle fort?

.....dager per uke

Ingen meget anstrengende aktivitet - gå til spørsmål 16

- 15) Hvor lang tid brukte du vanligvis på **meget anstrengende** fysisk aktivitet på en av disse dagene?

.....timer per dag

.....minutter per dag

Vet ikke/usikker

Tenk på all **middels anstrengende** aktivitet du har drevet med de **siste 7 dagene**. **Middels anstrengende** aktivitet er aktiviteter som krever moderat innsats og får deg til å puste litt mer enn vanlig. Ta bare med aktivitet som varer minst 10 minutter i strekk:

- 16) Hvor mange dager i løpet av de siste **7 dagene** har du drevet med **middels** anstrengende fysisk aktivitet som å bære lette ting, jogge eller sykle i moderat tempo? Ikke ta med gange.

.....dager per uke

Ingen moderat fysisk aktivitet - gå til spørsmål 18

- 17) Hvor lang tid brukte du vanligvis på **middels anstrengende** fysisk aktivitet på en av disse dagene?

.....timer per dag

.....minutter per dag

Vet ikke/usikker

Tenk på tiden du har brukt på å gå de siste **7 dagene**. Dette inkluderer på jobb og hjemme, gange fra et sted til et annet eller gange som du gjør på tur eller som trening i fritiden:

- 18) Hvor mange dager i løpet av de siste **7 dagene** gikk du i minst 10 minutter i strekk?

.....dager per uke

Gikk ikke - gå til spørsmål 20

- 19) Hvor lang tid brukte du vanligvis på å gå på en av disse dagene?

.....timer hver dag

.....minutter per dag

Vet ikke/usikker

Nedenfor følger noen spørsmål om Aktiv på Dagtid. Sett en ring rundt tallet ved det svaralternativet som passer best for deg:

- 20) Hvordan fikk du vite om Aktiv på Dagtid? (Sett en eller flere ringer)

1 Lege	4 Fysioterapeut	7 Psykolog
2 DPS	5 Sosialkontor	8 Arbeidskontor
3 Trygdekontor	6 Venner/kjente	9 Media

Annet:.....

- 21) Har du vært aktiv i idrettslag tidligere? (Sett ring rundt ett tall)

1 Ja 2 Nei 3 Usikker

- 22) Kan du tenke deg å trene i et vanlig idrettslag? (Sett ring rundt ett tall)

1 Ja 2 Nei 3 Vet ikke

- 23) Kan du tenke deg å trene på et kommersielt treningssenter?

(Sett ring rundt ett tall)

1 Ja 2 Nei 3 Vet ikke

24) **Hvorfor ønsker du å være med i Aktiv på Dagtid?**
(Sett en ring for hver påstand)

	Stor betydning	En del betydning	Noe betydning	Liten betydning	Ingen betydning
Få fysisk og mentalt overskudd	1	2	3	4	5
Opplive avstressing/avkobling	1	2	3	4	5
Ha det gøy/moro	1	2	3	4	5
Forebygge helseplager	1	2	3	4	5
Opplive sosialt fellesskap	1	2	3	4	5
Holde vekten nede	1	2	3	4	5
Få bedre selvtillit	1	2	3	4	5
Bygge opp etter sykdom/skade/ barsel	1	2	3	4	5
Synes jeg bør være med	1	2	3	4	5
Ønsker spenning/utfordringer	1	2	3	4	5
Av hensyn til utseendet	1	2	3	4	5
Ønsker å konkurrere/måle krefter	1	2	3	4	5
Ønsker noe meningsfylt å gå til	1	2	3	4	5
Ønsker å komme meg lettere opp av "sofaen"	1	2	3	4	5
Ønsker en mer "normal" hverdag	1	2	3	4	5

Annet:.....

Den neste delen av spørreskjemaet handler om hvordan du ser på din egen helse. Disse opplysningene vil hjelpe oss til å få vite hvordan du har det og hvordan du er i stand til å utføre dine daglige gjøremål. Hvert spørsmål skal besvares ved å sette en ring rundt det tallet som passer for deg. Hvis du er usikker på hva du skal svare, vennligst svar så godt du kan:

25) **Stort sett, vil du si at din helse er:** (Sett ring rundt ett tall)

Utmerket	1
Meget god	2
God	3
Nokså god	4
Dårlig	5

26) **Sammenlignet med for ett år siden, hvordan vil du si at din helse stort sett er nå?** (Sett ring rundt ett tall)

Mye bedre enn for ett år siden	1
Litt bedre nå enn for ett år siden	2
Omtrent den samme som for ett år siden	3
Litt dårligere nå enn for ett år siden	4
Mye dårligere nå enn for ett år siden	5

- 27) De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå? Hvis ja, hvor mye? (Sett ring rundt ett tall for hver aktivitet)

Aktiviteter	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett	1	2	3
Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en tur eller drive hagearbeid	1	2	3
Løfte eller bære en handlekurv	1	2	3
Gå opp trappen flere etasjer	1	2	3
Gå opp trappen en etasje	1	2	3
Bøye deg eller sitte på huk	1	2	3
Gå mer enn to kilometer	1	2	3
Gå noen hundre meter	1	2	3
Gå hundre meter	1	2	3
Vaske eller kle på deg	1	2	3

- 28) I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeidet eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse? (Sett ring rundt ett tall for hver påstand)

	Ja	Nei
Du har måttet redusere tiden du har brukt på arbeidet eller på andre gjøremål	1	2
Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket	1	2
Du har vært hindret i å utføre visse typer arbeid eller gjøremål	1	2
Du har hatt problemer med å gjennomføre arbeidet eller andre gjøremål (f.eks. fordi det krevde ekstra anstrengelser)	1	2

- 29) I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (som f.eks. å være deprimert eller engstlig) (Sett ring rundt ett tall for hver påstand)

	Ja	Nei
Du har måttet redusere tiden du har brukt på arbeidet eller på andre gjøremål	1	2
Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket	1	2
Du har utført arbeidet eller andre gjøremål mindre grundig enn vanlig	1	2

- 30) I løpet av de siste 4 ukene, i hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer hatt innvirkning på din vanlige sosiale omgang med familie, venner eller foreninger? (Sett ring rundt ett tall)

Ikke i det hele tatt	1
Litt	2
Endel	3
Mye	4
Svært mye	5

- 31) Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste 4 ukene? (Sett ring rundt ett tall)

Ingen	1
Meget svake	2
Svake	3
Moderate	4
Sterke	5
Meget sterke	6

- 32) I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid (Gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)? (Sett ring rundt ett tall)

Ikke i det hele tatt	1
Litt	2
Endel	3
Mye	4
Svært mye	5

- 33) De neste spørsmålene handler om hvordan du har følt deg og hvordan du har hatt det de siste 4 ukene. For hvert spørsmål, vennligst velg det svaralternativet som best beskriver hvordan du har hatt det. Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du... (Sett ring rundt ett tall for hvert utsagn)

	Hele tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	Endel av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
Følt deg full av tiltakslyst?	1	2	3	4	5	6
Følt deg veldig nervøs?	1	2	3	4	5	6
Vært så langt nede at ingenting har kunnet muntre deg opp?	1	2	3	4	5	6
Følt deg rolig og harmonisk?	1	2	3	4	5	6
Hatt mye overskudd?	1	2	3	4	5	6
Følt deg nedfor og trist?	1	2	3	4	5	6
Følt deg sliten?	1	2	3	4	5	6
Følt deg glad?	1	2	3	4	5	6
Følt deg trett?	1	2	3	4	5	6

- 34) I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket sin sosiale omgang (som det å besøke venner, slektninger osv.)?
(Sett ring rundt ett tall)

Hele tiden	1
Nesten hele tiden	2
Endel av tiden	3
Litt av tiden	4
Ikke i det hele tatt	5

- 35) Hvor RIKTIG eller GAL er hver av de følgende påstander for deg?
(Sett ring rundt ett tall for hver påstand)

	Helt riktig	Delvis riktig	Vet ikke	Delvis gal	Helt gal
Det virker som om jeg blir syk litt lettere enn andre	1	2	3	4	5
Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner	1	2	3	4	5
Jeg tror at helsen min vil forverres	1	2	3	4	5
Jeg har utmerket helse	1	2	3	4	5

Den neste delen av spørreskjemaet spør etter hvordan du opplever din livskvalitet, helsen og andre sider ved livet ditt. Vennligst besvar alle spørsmålene. Hvis du er usikker på hvilket svaralternativ du skal velge, skal du velge det som synes å passe best. Dette kan ofte være din første reaksjon på spørsmålet. Vennligst les hvert spørsmål, tenk over hva du føler og sett ring rundt det tallet på svarskalaen som for deg gir det beste svaret på hvert spørsmål:

	Svært utilfreds	Utilfreds	Verken tilfreds eller utilfreds	Tilfreds	Svært tilfreds
36) Hvor tilfreds er du med helsen din?	1	2	3	4	5

De følgende spørsmålene spør etter hvor mye du har opplevd av bestemte ting i de siste to ukene.

	Ikke i det hele tatt	Litt	Til en viss grad	I høy grad	I svært høy grad
37) I hvilken grad føler du at smerte hindrer deg i å gjøre det du må?	1	2	3	4	5
38) I hvilken grad trenger du medisinsk behandling for å kunne fungere til daglig?	1	2	3	4	5
39) Hvor mye gleder du deg over livet?	1	2	3	4	5
40) I hvilken grad føler du at livet ditt er meningsfullt?	1	2	3	4	5
41) Hvor godt kan du konsentrere deg?	1	2	3	4	5
42) Hvor trygg føler du deg til daglig?	1	2	3	4	5
43) Hvor sunne er dine fysiske omgivelser?	1	2	3	4	5

De følgende spørsmålene spør etter hvor fullstendig du opplevde eller kunne utføre bestemte ting i løpet av de siste to ukene.

	Ikke i det hele tatt	Litt	Til en viss grad	I høy grad	Fullstendig
44) Har du nok energi til dine daglige gjøremål?	1	2	3	4	5
45) Kan du akseptere utseendet ditt?	1	2	3	4	5
46) Har du nok penger til å dekke dine behov?	1	2	3	4	5
47) Hvor tilgjengelig er den informasjonen som du trenger i dagliglivet?	1	2	3	4	5
48) I hvilken grad har du mulighet for å delta i fritidsaktiviteter?	1	2	3	4	5

	Svært dårlig	Dårlig	Verken godt eller dårlig	Godt	Svært godt
49) Hvor godt er du i stand til å komme deg dit du vil?	1	2	3	4	5

De følgende spørsmålene spør etter hvor glad eller tilfreds du har følt deg over bestemte sider ved livet i de siste to ukene.

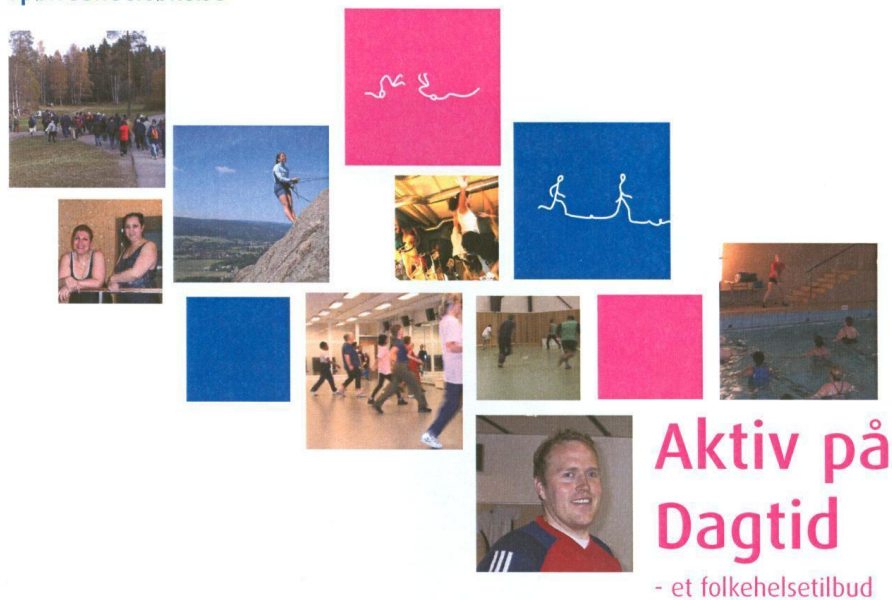
	Svært utilfreds	Utilfreds	Verken tilfreds eller utilfreds	Tilfreds	Svært tilfreds
50) Hvor tilfreds er du med hvordan du sover?	1	2	3	4	5
51) Hvor tilfreds er du med din evne til å utføre dine daglige gjøremål?	1	2	3	4	5
52) Hvor tilfreds er du med din arbeidskapasitet?	1	2	3	4	5
53) Hvor tilfreds er du med deg selv?	1	2	3	4	5
54) Hvor tilfreds er du med ditt forhold til andre mennesker?	1	2	3	4	5
55) Hvor tilfreds er du med ditt seksualliv?	1	2	3	4	5
56) Hvor tilfreds er du med den støtten du får fra dine venner?	1	2	3	4	5
57) Hvor tilfreds er du med forholdene der du bor?	1	2	3	4	5
58) Hvor tilfreds er du med din tilgang til helsetjenester?	1	2	3	4	5
59) Hvor tilfreds er du med transportmulighetene dine?	1	2	3	4	5

Det følgende spørsmålet refererer seg til hvor ofte du har opplevd eller hatt negative følelser i løpet av de siste to ukene.

	Aldri	Sjelden	Ofte	Svært ofte	Alltid
60) Hvor ofte opplever du negative følelser, som f.eks. at du er trist, fortvilet, engstelig eller deprimeret?	1	2	3	4	5

TAKK FOR AT DU TOK DEG TID TIL Å SVARE PÅ SPØRRESKJEMAET!

Spørreundersøkelse



Ekebergveien 101, 1178 Oslo
Tlf: 22 57 97 00 www.osloidrettskrets.no



Spørreskjema
Januar 2005

2

Dato: _____

Deltakernr: _____

(Ikke skriv navnet ditt på skjemaet)

Spørreskjema 2

Takk for at du svarte på forrige spørreskjema. Nå har vi kommet fram til andre runde. Det er veldig viktig for oss at du svarer på dette skjemaet. Også hvis du **ikke** lenger er deltaker på Aktiv på Dagtid. Det vil hjelpe oss med å finne ut hvor viktig tilbudet er.

Som du vil se er det noen av de samme spørsmålene som forrige gang, sammen med noen nye. Les informasjonen på skjemaet nøye! Sjekk at du har svart på alle spørsmålene på alle sidene. Svar så godt du kan og returner skjemaet ferdig utfylt i vedlagte frankerte konvolutt. Når du har gjort det, kan du henvende deg i resepsjonen til Aktiv på Dagtid i Munkedamsveien og motta en påskjønnelse. De som svarer på alle tre spørreskjemaene vil være med i trekningen av fem gavekort på 500 kr i en sportsbutikk.

På forhånd takk for hjelpen.

Med vennlig hilsen

Ane Kristiansen Solbraa

Ane Kristiansen Solbraa



I denne første delen av spørreskjemaet ber vi om at du setter en ring rundt tallet ved det svaralternativet som passer best for deg. Det er viktig at du svarer på alle spørsmålene.

1) Er du fortsatt deltaker i Aktiv på Dagtid (ApD)? (Sett ring rundt ett tall)

1 Ja 2 Nei

2) Nåværende trygdesituasjon: (Sett ring rundt ett eller flere tall)

1 Arbeidssøkende 4 Sykmeldt
 2 Attføring / Rehabilitering 5 Sosialklient
 3 Uføretrygdet Annet:.....

3) Går du til noen form for behandling nå? (Sett ring rundt ett tall)

1 Ja 2 Nei

4) Hvis ja, hvilken?

(Sett en ring for hvert behandlingsalternativ)

	Ja	Nei		Ja	Nei
Fysioterapi	1	2	Akupunktør	1	2
Kiropraktor	1	2	Psykiatrisk behandling	1	2
Naprapat	1	2	Lege	1	2

Annet:.....

5) Bruker du? (Sett en ring for hver medisin)

	Nå	Før, men ikke nå	Aldri brukt
Medisin mot høyt blodtrykk	1	2	3
Kolesterolsenkende medisin	1	2	3

6) Hvor ofte har du i løpet av de siste 4 ukene brukt følgende medisiner?

(Sett en ring for hver medisin)

	Daglig	Hver uke, men ikke daglig	Sjeldnere enn hver uke	Ikke brukt siste 4 uker
Smertestillende uten resept	1	2	3	4
Smertestillende på resept	1	2	3	4
Sovemedisin	1	2	3	4
Beroligende medisin	1	2	3	4
Medisin mot depresjon	1	2	3	4
Annen medisin på resept	1	2	3	4

Videre er vi interessert i informasjon om ulike former for fysisk aktivitet som folk driver med i dagliglivet. Spørsmålene gjelder tiden du har brukt på fysisk aktivitet de siste 7 dagene. Vennligst svar på alle spørsmålene uansett hvor fysisk aktiv du selv synes du er. Tenk på aktiviteter du gjør på jobb, som en del av hus- og hagearbeid, for å komme deg fra et sted til et annet og aktiviteter på fritiden (rekreasjon, mosjon og sport).

Tenk på all **meget anstrengende** aktivitet du har drevet med de **siste 7 dagene**. **Meget anstrengende** aktivitet er aktivitet som krever hard innsats og får deg til å puste mye mer enn vanlig. Ta bare med aktiviteter som varer minst 10 minutter i strekk:

- 7) Hvor mange dager i løpet av de **siste 7 dagene** har du drevet med **meget anstrengende** fysisk aktivitet som tunge løft, gravearbeid, aerobics, løpe eller sykle fort?
.....dager per uke
 Ingen meget anstrengende aktivitet - gå til spørsmål 9
- 8) Hvor lang tid brukte du vanligvis på **meget anstrengende** fysisk aktivitet på en av disse dagene?
.....timer per dag
.....minutter per dag
 Vet ikke/usikker

Tenk på all **middels anstrengende** aktivitet du har drevet med de **siste 7 dagene**. **Middels anstrengende** aktivitet er aktiviteter som krever moderat innsats og får deg til å puste litt mer enn vanlig. Ta bare med aktivitet som varer minst 10 minutter i strekk:

- 9) Hvor mange dager i løpet av de **siste 7 dagene** har du drevet med **middels anstrengende** fysisk aktivitet som å bære lette ting, jogge eller sykle i moderat tempo? Ikke ta med gange.
.....dager per uke
 Ingen moderat fysisk aktivitet - gå til spørsmål 11
- 10) Hvor lang tid brukte du vanligvis på **middels anstrengende** fysisk aktivitet på en av disse dagene?
.....timer per dag
.....minutter per dag
 Vet ikke/usikker

Tenk på tiden du har brukt på å gå de **siste 7 dagene**. Dette inkluderer på jobb og hjemme, gange fra et sted til et annet eller gange som du gjør på tur eller som trening i fritiden:

11) Hvor mange dager i løpet av de siste 7 dagene gikk du i minst 10 minutter i strekk?

.....dager per uke

Gikk ikke - gå til spørsmål 13

12) Hvor lang tid brukte du vanligvis på å gå på en av disse dagene?

.....timer hver dag

.....minutter per dag

Vet ikke/usikker

Nedenfor følger noen spørsmål om Aktiv på Dagtid. Hvis du fortsatt er deltaker på Aktiv på Dagtid skal du svare på disse, hvis ikke - gå til spørsmål nr 20. Sett en ring rundt tallet ved det svaralternativet som passer best for deg:

13) Hvilken betydning har Aktiv på Dagtid og treningen for deg?

(Sett en ring for hver påstand)

	Stor betydning	En del betydning	Noe betydning	Liten betydning	Ingen betydning
Gir fysisk og mentalt overskudd	1	2	3	4	5
Gir avstressing/avkobling	1	2	3	4	5
Har det gøy/moro	1	2	3	4	5
Forebygger helseplager	1	2	3	4	5
Opplever sosialt fellesskap	1	2	3	4	5
Holder vekten nede	1	2	3	4	5
Gir bedre selvtillit	1	2	3	4	5
Bygger opp etter sykdom/skade/ barsel	1	2	3	4	5
Gir spenning / utfordringer	1	2	3	4	5
Fått noe meningsfylt å gå til	1	2	3	4	5
Kommer meg lettere opp av "sofaen"	1	2	3	4	5
Fått en mer "normal" hverdag	1	2	3	4	5

Annet:.....

14) Hvor ofte trener du i Aktiv på Dagtid? (Sett ring rundt ett tall)

1 Aldri

2 Sjeldnere enn 1 gang hver

14. dag

3 1 gang hver 14. dag

4 1 gang i uken

5 2 ganger i uken

6 3-4 ganger i uken

7 5-6 ganger i uken

8 1 eller flere ganger per dag

15) **Hvor lenge trener du om gangen når du er i Aktiv på Dagtid?**

(Sett ring rundt ett tall)

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 Mindre enn 30 min | 3 Fra 1 time til mindre enn 1,5 time |
| 2 Fra 30 min til mindre enn 1 time | 4 Fra 1,5 time til mindre enn 2 timer |
| | 5 Fra 2 timer og mer |

16) **Hva trener du på Aktiv på Dagtid? (Sett en ring rund ja eller nei for hver aktivitet)**

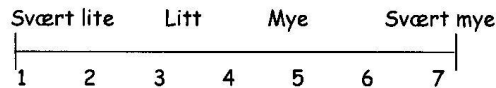
	Ja	Nei
Klatring	1	2
Stavgang	1	2
Turgåing	1	2
Minigolf	1	2
Volleyball	1	2
Basketball	1	2
Fotball	1	2
Innebandy	1	2
Badminton	1	2
Bordtennis	1	2
Bowling	1	2
Svømmeopplæring	1	2
Svømming	1	2
Vanngymnastikk	1	2
Helsestudio	1	2
Spinning	1	2

	Ja	Nei
Aerobic	1	2
Kom i gang	1	2
Basis	1	2
Step lett	1	2
Streching	1	2
Kick Puls	1	2
Stram opp m/strikk	1	2
Styrke m/vektstang	1	2
Rygg kurs	1	2
Qi gong	1	2
Yoga	1	2
Skidag	1	2
Skøytedag	1	2

Annet:.....

17) **Tilfredsstiller Aktiv på Dagtid dine behov?**

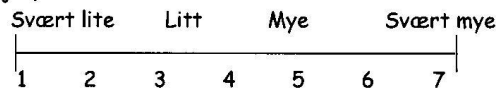
(Merk av på linjen)



17b) **Dersom det er noe du savner, hva er det?.....**

18) **Har du endret holdning til fysisk aktivitet etter at du startet i Aktiv på Dagtid?**

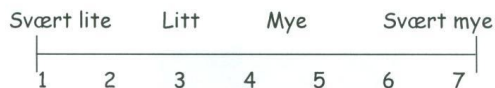
(Merk av på linjen)



18b) Dersom du har endret holdning til fysisk aktivitet, hvordan?

.....

19) Er det noe ved Aktiv på Dagtid du opplever som negativt? (Merk av på linjen)



19b) Dersom du opplever noe som negativt, hva?

.....

20) Hvis du ikke lenger kan trene i Aktiv på Dagtid, er du da interessert i et treningstilbud i regi av andre? (Sett ring rundt ett tall)

1 Ja 2 Nei 3 Vet ikke

21) Kan du tenke deg å trene i et vanlig idrettslag? (Sett ring rundt ett tall)

1 Ja 2 Nei 3 Vet ikke

22) Kan du tenke deg å trene på et kommersielt treningssenter?

(Sett ring rundt ett tall)

1 Ja 2 Nei 3 Vet ikke

Den neste delen av spørreskjemaet handler om hvordan du ser på din egen helse. Disse opplysningene vil hjelpe oss til å få vite hvordan du har det og hvordan du er i stand til å utføre dine daglige gjøremål. Hvert spørsmål skal besvares ved å sette en ring rundt det tallet som passer for deg. Hvis du er usikker på hva du skal svare, vennligst svar så godt du kan:

23) Stort sett, vil du si at din helse er: (Sett ring rundt ett tall)

Utmerket	1
Meget god	2
God	3
Nokså god	4
Dårlig	5

24) Sammenlignet med for ett år siden, hvordan vil du si at din helse stort sett er nå? (Sett ring rundt ett tall)

- | | |
|--|---|
| Mye bedre enn for ett år siden | 1 |
| Litt bedre nå enn for ett år siden | 2 |
| Omtrent den samme som for ett år siden | 3 |
| Litt dårligere nå enn for ett år siden | 4 |
| Mye dårligere nå enn for ett år siden | 5 |

25) De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå? Hvis ja, hvor mye? (Sett ring rundt ett tall for hver aktivitet)

Aktiviteter	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett	1	2	3
Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en tur eller drive hagearbeid	1	2	3
Løfte eller bære en handlekurv	1	2	3
Gå opp trappen flere etasjer	1	2	3
Gå opp trappen en etasje	1	2	3
Bøye deg eller sitte på huk	1	2	3
Gå mer enn to kilometer	1	2	3
Gå noen hundre meter	1	2	3
Gå hundre meter	1	2	3
Vaske eller kle på deg	1	2	3

26) I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeidet eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse?

(Sett ring rundt ett tall for hver påstand)

	Ja	Nei
Du har måttet redusere tiden du har brukt på arbeidet eller på andre gjøremål	1	2
Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket	1	2
Du har vært hindret i å utføre visse typer arbeid eller gjøremål	1	2
Du har hatt problemer med å gjennomføre arbeidet eller andre gjøremål (f.eks. fordi det krevde ekstra anstrengelser)	1	2

- 27) I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (som f.eks. å være deprimert eller engstlig) (Sett ring rundt ett tall for hver påstand)

	Ja	Nei
Du har måttet redusere tiden du har brukt på arbeidet eller på andre gjøremål	1	2
Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket	1	2
Du har utført arbeidet eller andre gjøremål mindre grundig enn vanlig	1	2

- 28) I løpet av de siste 4 ukene, i hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer hatt innvirkning på din vanlige sosiale omgang med familie, venner eller foreninger? (Sett ring rundt ett tall)

Ikke i det hele tatt	1
Litt	2
Endel	3
Mye	4
Svært mye	5

- 29) Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste 4 ukene? (Sett ring rundt ett tall)

Ingen	1
Meget svake	2
Svake	3
Moderate	4
Sterke	5
Meget sterke	6

- 30) I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid (Gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)? (Sett ring rundt ett tall)

Ikke i det hele tatt	1
Litt	2
Endel	3
Mye	4
Svært mye	5

- 31) De neste spørsmålene handler om hvordan du har følt deg og hvordan du har hatt det de siste 4 ukene. For hvert spørsmål, vennligst velg det svaralternativet som best beskriver hvordan du har hatt det. Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du... (Sett ring rundt ett tall for hvert utsagn)

	Hele tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	Endel av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
Følt deg full av tiltakslyst?	1	2	3	4	5	6
Følt deg veldig nervøs?	1	2	3	4	5	6
Vært så langt nede at ingenting har kunnet muntre deg opp?	1	2	3	4	5	6
Følt deg rolig og harmonisk?	1	2	3	4	5	6
Hatt mye overskudd?	1	2	3	4	5	6
Følt deg nedfor og trist?	1	2	3	4	5	6
Følt deg sliten?	1	2	3	4	5	6
Følt deg glad?	1	2	3	4	5	6
Følt deg trett?	1	2	3	4	5	6

- 32) I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (som det å besøke venner, slektninger osv.)?

(Sett ring rundt ett tall)

Hele tiden	1
Nesten hele tiden	2
Endel av tiden	3
Litt av tiden	4
Ikke i det hele tatt	5

- 33) Hvor RIKTIG eller GAL er hver av de følgende påstander for deg?
(Sett ring rundt ett tall for hver påstand)

	Helt riktig	Delvis riktig	Vet ikke	Delvis gal	Helt gal
Det virker som om jeg blir syk litt lettere enn andre	1	2	3	4	5
Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner	1	2	3	4	5
Jeg tror at helsen min vil forverres	1	2	3	4	5
Jeg har utmerket helse	1	2	3	4	5

Den neste delen av spørreskjemaet spør etter hvordan du opplever din livskvalitet, helse og andre sider ved livet ditt. Vennligst besvar alle spørsmålene. Hvis du er usikker på hvilket svaralternativ du skal velge, skal du velge det som synes å passe best. Dette kan ofte være din første reaksjon på spørsmålet. Vennligst les hvert spørsmål, tenk over hva du føler og sett ring rundt det tallet på svarskaalen som for deg gir det beste svaret på hvert spørsmål:

	Svært utilfreds	Utilfreds	Verken tilfreds eller utilfreds	Tilfreds	Svært tilfreds
34) Hvor tilfreds er du med helsen din?	1	2	3	4	5

De følgende spørsmålene spør etter hvor mye du har opplevd av bestemte ting i de siste to ukene.

	Ikke i det hele tatt	Litt	Til en viss grad	I høy grad	I svært høy grad
35) I hvilken grad føler du at smerte hindrer deg i å gjøre det du må?	1	2	3	4	5
36) I hvilken grad trenger du medisinsk behandling for å kunne fungere til daglig?	1	2	3	4	5
37) Hvor mye gleder du deg over livet?	1	2	3	4	5
38) I hvilken grad føler du at livet ditt er meningsfullt?	1	2	3	4	5
39) Hvor godt kan du konsentrere deg?	1	2	3	4	5
40) Hvor trygg føler du deg til daglig?	1	2	3	4	5
41) Hvor sunne er dine fysiske omgivelser?	1	2	3	4	5

	Svært dårlig	Dårlig	Verken godt eller dårlig	Godt	Svært godt
49) Hvor godt er du i stand til å komme deg dit du vil?	1	2	3	4	5

De følgende spørsmålene spør etter hvor glad eller tilfreds du har følt deg over bestemte sider ved livet i de siste to ukene.

	Svært utilfreds	Utilfreds	Verken tilfreds eller utilfreds	Tilfreds	Svært tilfreds
50) Hvor tilfreds er du med hvordan du sover?	1	2	3	4	5
51) Hvor tilfreds er du med din evne til å utføre dine daglige gjøremål?	1	2	3	4	5
52) Hvor tilfreds er du med din arbeidskapasitet?	1	2	3	4	5
53) Hvor tilfreds er du med deg selv?	1	2	3	4	5
54) Hvor tilfreds er du med ditt forhold til andre mennesker?	1	2	3	4	5
55) Hvor tilfreds er du med ditt seksualliv?	1	2	3	4	5
56) Hvor tilfreds er du med den støtten du får fra dine venner?	1	2	3	4	5
57) Hvor tilfreds er du med forholdene der du bor?	1	2	3	4	5
58) Hvor tilfreds er du med din tilgang til helsetjenester?	1	2	3	4	5
59) Hvor tilfreds er du med transportmulighetene dine?	1	2	3	4	5

Det følgende spørsmålet refererer seg til hvor ofte du har opplevd eller hatt negative følelser i løpet av de siste to ukene.

	Aldri	Sjelden	Ofte	Svært ofte	Alltid
60) Hvor ofte opplever du negative følelser, som f.eks. at du er trist, fortvilet, engstelig eller deprimeret?	1	2	3	4	5

TAKK FOR AT DU TOK DEG TID TIL Å SVARE PÅ SPØRRESKJEMAET!