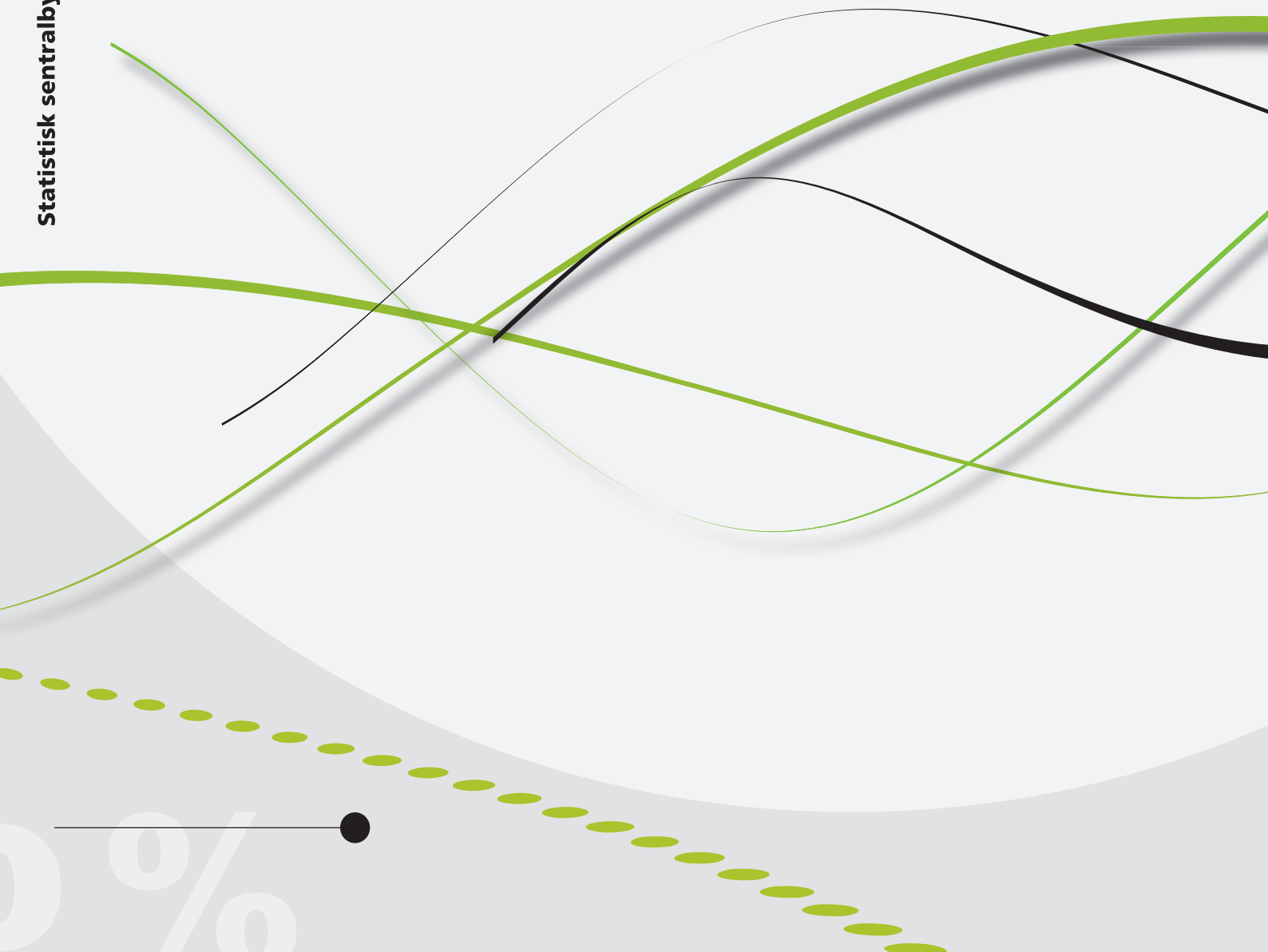




Trond Ekornrud og Merete Thonstad

Frisklivssentraler i kommunane

Kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod



Trond Ekornrud og Merete Thonstad

Frisklivssentralar i kommunane

Kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod

I denne serien blir det publisert analysar og kommenterte statistiske resultat frå ulike undersøkingar. Undersøkingar inkluderer både utvalsundersøkingar, teljingar og registerbaserte undersøkingar.

© Statistisk sentralbyrå
Ved bruk av materiale frå denne publikasjonen
skal Statistisk sentralbyrå givast opp som kjelde.

Publisert 22. februar 2016.

ISBN 978-82-537-9306-1 (trykt)
ISBN 978-82-537-9307-8 (elektronisk)
ISSN 0806-2056

Standardteikn i tabellar	Symbol
Tal er umogleg	.
Oppgåve manglar	..
Oppgåve manglar førebels	...
Tal kan ikkje offentligjerast	:
Null	-
Mindre enn 0,5 av den brukte eininga	0
Mindre enn 0,05 av den brukte eininga	0,0
Førebels tal	*
Brot i den loddrette serien	—
Brot i den vassrette serien	
Desimalskiljeteikn	,

Føreord

Det overordna føremålet med rapporten er å bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget om det førebyggjande helsearbeidet i kommunane generelt og for frisklivssentralar spesielt.

Frisklivssentralar er ein, ikkje lovpålagt, førebyggjande helseteneste som skal tilby kunnskapsbasert og effektiv hjelp til å endre levevanar og meistre sjukdom og helseplagar, og i så måte vere ein hensiktsmessig måte å organisere førebyggjande helsearbeid i kommunane. Målsetjinga er at frisklivssentralar skal nå dei i befolkninga med samansette og langvarige helseplagar og dei som ikkje finn seg til rette andre stader, som til dømes på tradisjonelle treningssenter. Frisklivssentralar skal også vere eit bidrag til kommunane sitt folkehelsearbeid og samstundes motverke sosiale helseforskjellar i kommunane.

Den breie kartlegginga av frisklivssentralar som blei gjennomført i samband med KOSTRA-rapporteringa for 2013-årgangen har gjort det mogleg å sjå nærmare på innhaldet på frisklivssentralane i kommunane, både når det gjeld kor mange som har etablert tilbodet, korleis dei har valt å organisere tenesta, kva omfanget av tilbodet er, kor mange som nyttar seg av tilbodet, kva aktørar dei samarbeider med og kor mykje personell som jobbar der.

Rapporten tek sikte på å presentere og omtale resultatane frå kartlegginga for alle desse forholda ved frisklivssentralane fordelt etter ulike regionale bakgrunnskjenne-teikn.

I tillegg til kartlegginga igjennom KOSTRA-rapporteringa har det blitt gjennomført fire case-studiar med to utvalde kommunar og to fylkesmannsembete. Føremålet er å supplera informasjonen frå kartlegginga med djupneintervju av sentrale aktørar som er tilknytt arbeidet med frisklivssentralane i kommunen eller hos Fylkesmannen.

Arbeidet med rapporten er finansiert av Helsedirektoratet.

Statistisk sentralbyrå, 3. februar 2016.

Christine Meyer

Samandrag

Folkehelsa i Noreg er i hovudsak god og levealderen stigande. Der ein i tidlegare tider såg at dei fleste helseproblem og dødsfall var skulda av smittsame sjukdomar, er det no stadig fleire av sjukdomane som har samband med levevanar. For å gi befolkninga flest moglege år med god helse og for å spare samfunnet for store utgifter til helsestell, har det blitt meir merksemd om å førebyggje eller hindre vidareutvikling av sjukdomar som kan skuldast livsstilen vår. Utfordringar som stille-sitjande liv, stress, røyking, høgt alkoholkonsum, dårleg kosthald, einsemd, sosial ulikskap mv. kan vere årsak til mange tapte leveår og dårleg fysisk og psykisk helse.

Frisklivssentralar er ein ikkje-lovpålagt førebyggjande helseteneste som skal tilby kunnskapsbasert og effektiv hjelp til å endre levevanar og meiste sjukdom og helseplagar, og er i så måte meint å vere ein hensiktsmessig måte å organisere førebyggjande helsearbeid i kommunane. Målgruppa er personar i alle aldrar som har auka risiko for eller som har utvikla sjukdom og treng hjelp til å endre levevanar og meiste sjukdom. Dette gjeld mellom anna dei med samansette og langvarige helseplagar og dei som ikkje finn seg til rette andre stader, som til dømes på tradisjonelle treningssenter. I tillegg er det ei målsetjing at frisklivssentralar skal bidra til å motverke sosiale forskjellar i levevanar og helse i befolkninga. Det overordna føremålet med denne rapporten har vore å auke kunnskapsnivået om førebyggjande helsearbeid i kommunane generelt og ved frisklivssentralane spesielt. Ei kartlegging av frisklivssentralar som blei gjennomført av SSB for rapporteringsåret 2013 gjer det mogleg å sjå nærmare på denne førebyggjande helsetenesta i kommunane både når det gjeld etablering, organisering, personellressursar, aktivitet og samarbeid med andre aktørar. Det har elles vore ei målsetjing å sjå om det er forskjellar mellom kommunar fordelt etter fylke, kommunestorleik og kommunesentralitet.

Resultata frå kartlegginga viser at stadig fleire kommunar vel å etablere frisklivssentralar. I perioden 2011-2014 har det vore ei dobling av kommunar som har etablert tilbodet. Samstundes er det forskjellar i delen kommunar som har etablert tilbodet fordelt etter både fylke, kommunestorleik og kommunesentralitet. Resultata tyder på at etableringa av frisklivssentralar har kome lenger på veg i enkelte fylke enn andre, og at det særleg er store kommunar i sentrale strok som vel å etablere tenesta. Samstundes er det ein auke i kommunar som vel å etablere både i små og store kommunar, og mindre sentrale og meir sentrale strok. Det er også ein tendens til at tilbodet ved sentralane er meir omfattande i større og meir sentrale kommunar. Samarbeid med andre aktørar ser også ut til å vere mest utbreidd i større sentrale kommunar.

Kartlegginga viser elles at frisklivssentral er ei relativt «lita» helseteneste målt i ressursbruk og brukarar samanlikna med andre kommunale helse- og omsorgstenester. I gjennomsnitt var det tilsett stillingar som svara til 0,9 årsverk per kommune med frisklivssentralar i 2013. Dette gjer at tenesta er sårbar og utsett dersom nøkkelpersonell skulle forsvinne ut. Små kommunar med tilbodet vil vere særleg utsette. Det var om lag 16 000 personar som deltok på eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralar i 2013. Om lag halvparten av desse var tilvist frå andre tenester som t.d. fastlegetenesta. Det er flest deltakarar i dei større sentrale kommunane der befolkningsgrunnlaget er størst. Det er likevel i dei små og mindre sentrale kommunane med tilbodet at deltakarane ved frisklivssentralane utgjer den største delen av befolkninga. Det kan tyde på at tilbodet er ein viktig del av førebyggjande verksemda i dei små kommunane som faktisk etablerer tilbodet.

I intervjuar med utvalde kommunar og fylkesmannembete kom det fram at det er utfordringar med å få kommunar til å vidareføre tilbodet når perioden med etableringstilskot frå Fylkesmannen tek slutt. Det blir elles peika på at arbeid knytt til tilskot er tidkrevjande dersom ein ser det i forhold til summane som blir utbetalt. Dette gjeld både i forvaltninga hos Fylkesmannen og ute i kommunane. Særleg små kommunar vil vere utsette. Det er samstundes ei oppfatning av at frisklivssentralar fungerer etter hensikta i dei kommunane som har etablert tilbodet. Viktige faktorar for å lukkast meiner dei mellom anna er forankring hos politisk og administrativ leiing og ute i andre tenester som frisklivssentralane bør samarbeide med.

Abstract

In general, public health in Norway is good and life expectancy is increasing. While in the past most health problems and deaths were caused by communicable diseases, a growing number of diseases are nowadays linked to our living habits. In order for the population to have as many years of good health as possible, and to spare society the financial burden of health services, a greater focus has been placed on preventing and stemming the further development of lifestyle diseases. Challenges such as sedentary lives, stress, smoking, high alcohol consumption, unhealthy diets, loneliness, social inequality etc. can reduce a person's life expectancy considerably and lead to poor physical and mental health.

Healthy Life Centres (HLCs) offer an interdisciplinary primary health care service that provides effective, knowledge-based assistance to change living habits and cope with diseases and health problems. There is no statutory obligation for a municipality to establish an HLC, but the Norwegian Directorate of Health recommends that all municipalities create such a centre in order to manage the preventive health services they provide. The target group is persons of all ages with a high risk of contracting a disease, or who are already living with a disease and need help to change their living habits and manage their condition. This includes, for instance, people with complex and chronic diseases, who are not comfortable with other services, such as those provided in traditional training centres. Another aim of HLCs is to counteract social disparities in living habits and health among the population. The primary goal of this report has been to generate knowledge on preventive health services in the municipalities in general, and in HLCs in particular. Statistics Norway's mapping of HLCs in 2013 enables a closer examination of this preventive health service in the municipalities in relation to establishment, organisation, personnel resources, activities and cooperation with other parties. An analysis has also been made of the disparities between municipalities, broken down by county, population size and degree of centrality.

The mapping shows a steady increase in the number of municipalities choosing to establish an HLC: the figure doubled during the period 2011-2014. The percentage of municipalities that have established an HLC differs, however, according to county, population size and degree of centrality. The results indicate that some counties have established more centres than others, and that large municipalities in central areas in particular are choosing to establish the service. The overall number of municipalities establishing an HLC is, nevertheless, increasing regardless of population size and degree of centrality. HLCs in larger and more central municipalities also tend to offer a wider range of services. The mapping also shows that HLCs are a relatively "small" health service in terms of use of resources and user numbers compared to other municipal health and care services. On average, each municipality had HLC positions corresponding to 0.9 full-time equivalents (FTEs) in 2013. This would make the service vulnerable if key personnel were to leave, particularly in the case of small municipalities. HLCs had around 16 000 users in total in 2013, who participated in one or more activities. Approximately half of these were referred from other services such as GPs. The large, central municipalities have the most users, however the small and less central municipalities with an HLC have the highest percentage of users. This may be an indication of the importance of HLCs as part of the preventive health service in the small municipalities.

Interviews with selected municipalities and County Governor offices highlighted the difficulties in getting municipalities to continue the HLCs once the support they receive from the County Governor to establish the centre comes to an end. Small municipalities are probably most at risk. It was also pointed out that the work involved in applying for such funding is time-consuming – both for the County Governor and the municipalities – compared to the size of the contribution. The interviewees did, however, report that the existing HLCs are functioning as intended. Key factors for succeeding include securing a good foundation in the political institutions and the administrative management, and ensuring a good working cooperation with other services.

Innhald

Føreord	3
Samandrag	4
Abstract	5
1. Innleiing	8
1.1. Bakgrunn.....	8
1.2. Føremål og problemstillingar.....	8
2. Datagrunnlag og metodar	10
2.1. Datakjelder	10
2.2. Populasjon	11
2.3. Metode	12
3. Korleis er frisklivssentralar organisert med omsyn til ressursar, tilbod og samarbeid?	14
3.1. Bakgrunn for kommunale frisklivssentralar	14
3.2. Organisering av og tilbod ved frisklivssentralar	15
4. Er det regionale forskjellar i organisering av frisklivssentralar?	17
4.1. Store fylkesvise skilnader i etablering av frisklivssentralar	18
4.2. Færrest frisklivssentralar i dei minste kommunane	19
4.3. Flest frisklivssentralar etablert i sentrale kommunar	21
4.4. Samarbeid om frisklivssentralar i kommunane	22
4.5. Samarbeid om frisklivssentralar etter ulike kommunestorleikar.....	24
4.6. Samarbeid om frisklivssentralar etter kommunesentralitet	25
4.7. Oppsummering - Etablering og organisering av frisklivssentralar	26
5. Er det regionale forskjellar når det gjeld tilsette og brukarar ved frisklivssentralar?	28
5.1. Deltakarar ved frisklivssentralar	32
5.2. Flest deltakarar blir tilvist av fastlege til frisklivssentralar	35
5.3. Årsverksdekning per deltakarar som nyttar frisklivssentralar	36
5.4. Oppsummering – Tilsette og deltakarar ved frisklivssentralar	39
6. Er det regionale forskjellar i tilbod og kurs ved frisklivssentralane?	41
6.1. Ni av ti frisklivssentralar har frisklivsresept.....	43
6.2. Flest deltakarar på gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet.....	44
6.3. Flest små kommunar som tilbyr Kurs i depresjonsmestring (KiD)	45
6.4. Størst utbreiing av tilbod tilrettelagt for barn og unge og deira familiar i små kommunar	46
6.5. Oppsummering - Tilbod ved frisklivssentralane	46
7. Er det regionale forskjellar i samarbeid med andre aktørar ved frisklivssentralane?	48
7.1. Nær alle frisklivssentralar har inngått samarbeid med fastlege/tenesta	49
7.2. Halvparten av frisklivssentralane har inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta	49
7.3. Fire av fem frisklivssentralar har inngått samarbeid med andre kommunale verksemdar	50
7.4. Sju av ti frisklivssentralar har inngått samarbeid med NAV	50
7.5. Tre av fire frisklivssentralar samarbeider med frivilljuge lag og organisasjonar	50
7.6. Tre av fire frisklivssentralar samarbeider med helsestasjons- og skulehelsetenesta	51
7.7. Tre av fem frisklivssentralar samarbeider med private aktørar	51
7.8. Andre samarbeid.....	52
7.9. Oppsummering - Frisklivssentralen sitt samarbeid med andre aktørar	52
8. Er det regionale forskjellar i utgifter brukt på førebyggjande helsearbeid i kommunane?	53
8.1. Utgifter til folkehelsearbeid og førebyggjande helsearbeid i kommunane	54
8.2. Oppsummering - utgifter til førebyggjande helsearbeid i kommunane	57
9. Er det forskjellar i folkehelseutfordringane i kommunar med og utan frisklivssentralar?	59
9.1. Bakgrunn.....	59
9.2. Faktorar som påverkar sosial ulikskap i helse i kommunar med og utan frisklivssentral.....	60
9.3. Oppsummering - Faktorar som påverkar sosial ulikskap i helse	62
10. Case-studie	63
10.1. Hovudresultat og funn frå studiane av dei to utvalde kommunane.....	63
10.2. Hovudresultat og funn frå studiane av dei to utvalde fylkesmannembeta	85
11. Avrunding	101

Referansar.....	108
Vedlegg A: Kartlegging av frisklivssentralar i KOSTRA skjema 1	109
Vedlegg B: Definisjoner fra KommuneHelse statistikkbank	113
Figurregister	123
Tabellregister	124

1. Innleiing

1.1. Bakgrunn

Folkehelsa i Noreg er i hovudsak god og levealderen stigande. Der ein i tidlegare tider såg at dei fleste helseproblem og dødsfall var skulda av smittsame sjukdomar, er det no stadig fleire av sjukdomane som har samband med levevanar. For å gi befolkninga flest moglege år med god helse og for å spare samfunnet for store utgifter til helsestell, har det blitt meir merksemd om å førebyggje eller hindre vidareutvikling av sjukdomar som i stor grad kan ha samband med livsstilen vår. Utfordringar som stillesitjande liv, stress, røyking, høgt alkoholkonsum, dårleg kosthald, einsemd, sosial ulikskap mv. er årsak til mange tapte leveår og dårleg fysisk og psykisk helse.

Frisklivssentralar er ein, ikkje lovpålagt, førebyggjande helseteneste som skal tilby kunnskapsbasert og effektiv hjelp til å endre levevanar og meistre sjukdom og helseplagar, og kan i så måte vere ein hensiktsmessig måte å organisere førebyggjande helsearbeid i kommunane på. Sjølv om frisklivssentralar ikkje er ei lovpålagt teneste, er kommunane i følgje helse- og omsorgstenestelova (www.lovdata.no), pålagt å tilby helsefremjande og førebyggjande helsetenester til innbyggjarane. Helsedirektoratet anbefalar kommunane å organisere desse tenestene i tråd med «Veileder for kommunale frisklivssentraler».

Ei rekkje lover, forskrifter og styringsdokument omtalar betydninga av førebygging innanfor helsetenesta, frisklivssentralar og rolla til denne tenesta i folkehelsearbeidet. Samhandlingreforma (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) peikar mellom anna på at der behov for eit folkehelsearbeid på tvers av sektorar, auka helsefremjande og førebyggjande innsats og styrking av dei førebyggjande helsetenestene i kommunen.

Kommunane er gjennom folkehelselova pålagt å ha oversikt over helsetilstanden i befolkninga, og faktorar som kan verke inn på denne. Oversikten, som inngår i grunnlaget for kommunens planarbeid, skal vere basert på kunnskap frå kommunen sine helse- og omsorgstenester. Frisklivssentralen kan vere ein bidragsytar i dette arbeidet. Kommunen skal også gi informasjon, råd og rettleiing om kva den enkelte sjølv og befolkninga kan gjere for å fremje helse og førebygge sjukdom. Her kan frisklivssentralen ha ei sentral rolle. Gjennom sitt arbeid kan frisklivssentralane også bidra til å avdekke behov for og stimulere til folkehelseiltak i andre sektorar.

Målgruppa for frisklivssentralar er personar i alle aldrar som har auka risiko for eller som har utvikla sjukdom og treng hjelp til å endre levevanar og meistre sjukdom, blant anna dei med samansette og langvarige helseplagar og dei som ikkje finn seg til rette andre stader, som til dømes på tradisjonelle treningssenter. I tillegg er det ei målsetjing at frisklivssentralar skal bidra til å motverke sosiale forskjellar i levevanar og helse i befolkninga.

Ei kartlegging av frisklivssentralar som blei gjennomført av SSB for rapporteringsåret 2013 gjer det mogleg å sjå nærmare på denne førebyggjande tenesta i kommunane. Samstundes vil fire gjennomførte casestudier med to utvalde kommunar og to utvalde fylkesmannembete hausten 2015 gjere det mogleg å supplere resultatane frå kartlegginga.

1.2. Føremål og problemstillingar

Det overordna føremålet med rapporten er å bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget om det førebyggjande helsearbeidet i kommunane generelt og for frisklivssentralar spesielt.

I samband med dette har det blitt gjennomført ei kartlegging og analyse av frisklivssentralane langs fleire dimensjonar, som t.d. kjenneteikn ved kommunar/bydelar (t.d. geografi, innbyggjartall og sentralitet) og befolkninga (t.d. alderssamansetjing, utdanning/inntekt og stønadsmottak).

Rapporten har følgjande tre hovudproblemstillingar:

- Kva kjenneteiknar kommunar/bydelar med og utan frisklivssentralar?
- Kva frisklivstilbod blir gitt i ulike typar kommunar?
- Kva for eit samarbeid er det mellom frisklivssentralane og andre kommunale helse- og omsorgstenester, spesialisthelsetenesta, private tenesteleverandørar, friviljuge lag og organisasjonar med fleire?

For å svare på og kasta lys over hovudproblemstillingane er det brukt tre tilnærmingar:

1. KOSTRA-tilnærminga med hovudvekt på å gjennomgå og analysere resultatata frå kartlegging av frisklivssentralar i KOSTRA skjema 1 spesielt og inkludering av andre KOSTRA-kjenneteikn.
 - Å omtale og analysere kommunar og bydelar med utgangspunkt i den særskilte kartlegginga av frisklivssentralar som blei gjennomført i 2013 og andre kjenneteikn på kommune-/bydelsnivå, som til dømes personell-situasjon og eigenskaper ved det kommunale tenestetilbodet.
2. Folkehelse-tilnærming med hovudvekt på å gjennomgå og analysere tilgjengelig og utvalt informasjon om befolkninga i kommunar/bydelar som rapporterer å ha/ikkje ha frisklivssentralar.
 - Å omtale og analysere befolkninga i kommunar og bydelar med og utan frisklivssentralar etter demografiske og sosioøkonomiske kjenneteikn, som til dømes befolkningas alderssamansetjing, utdanningsnivå og arbeids-marknadstilhøyrse.
3. Case-tilnærming med hovudvekt på å få detaljert informasjon om frisklivstilbodet og frisklivssituasjonen i ein stor og ein middels stor kommune, og ved to fylkesmannsembete, som har ansvaret for å følgje opp frisklivssentralane i sine respektive fylke.
 - Intensjonen er å omtale og analysere to utvalde kommunar og to fylkesmannsembete djupna, bl.a.:
 - i. for å supplere informasjonen om frisklivssentralar frå skjemakartlegginga (KOSTRA-tilnærminga)
 - ii. for å styrke kunnskapen om kven som bruker frisklivssentralane sine tenester, kva aktørar frisklivssentralane samarbeider med, og på kva for ein måte dei bidreg til folkehelsearbeidet lokalt (Folkehelse-tilnærminga)
 - iii. for å få betre kunnskap om kva ein frisklivssentral er, og kor den plasserer seg i forhold til andre kommunale helse- og omsorgstenester og andre tenestetilbydarar, som t.d. fastlegar, sjukehus og friviljuge organisasjonar (jf. heilskapleg pasientforløp).

2. Datagrunnlag og metodar

Dette kapittelet omtalar datakjeldene, populasjonen, avgrensingane som er gjort i populasjonen og metodane som er nytta i rapporten for å oppfylle føremåla og svare på problemstillingane.

2.1. Datakjelder

Dei viktigaste datakjeldene som er nytta for å svare på relevante problemstillingar, er data frå kartlegginga av frisklivssentralar som blei gjennomført i KOSTRA-skjema 1 Personell og verksemd i kommunale helse- og omsorgstenester for 2013-rapporteringa. Andre data frå KOSTRA-rapportering som gjeld kommunale helse- og omsorgstenester er også blitt nytta. I tillegg har data frå ulike statistikkregister i SSB blitt nytta, som t.d. SSBs befolkningsstatistikk, utdanningsstatistikk og inntektsstatistikk.

For å supplere kommunedata frå KOSTRA og den særskilte kartlegginga av frisklivssentralar for 2013, har det blitt gjennomført fire case-studiar med to utvalde kommunar og to fylkesmannsembete.

KOSTRA (kommune-stat-rapporteringa)

KOSTRA er eit nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om fleire tenesteområde innan kommunal verksemd. KOSTRA er basert på elektronisk innrapportering frå kommunar og fylkeskommunar til Statistisk sentralbyrå (SSB), i tillegg til data frå ei rekke andre kjelder i og utanfor SSB. KOSTRA-publiseringa 15. mars (ureviderte tal) og 15. juni (oppretta tal) er i stor grad basert på kopling av data frå ulike kjelder, til dømes rekneskapsdata, teneste- og personelldata og befolkningsdata. Sidan rapporteringsåret 2001 har alle kommunar og fylkeskommunar vore med i KOSTRA.

KOSTRA kommunale helse- og omsorgstenester er eit av områda som inngår i KOSTRA. Statistikken på området blir publisert på kommunenivå og for bydelar i Oslo. Føremålet med statistikken er i hovudsak å gi ei samla oversikt over den kommunale helse- og omsorgstenesta. Statistikken omfattar opplysningar om mottakarar av ulike kommunale helse- og omsorgstenester, talet på plassar og bebuarar i kommunale institusjonar, og tal for personell innanfor helse- og omsorgstenestene. Statistikken omfattar òg det som tidlegare (før samhandlingsreforma) blei kalla kommunehelsetenesta, slik som fastlege-/allmennlegetenesta, habiliterings- og rehabiliteringstenesta, svangerskaps- og barselsomsorgstenesta og helsestasjons- og skulehelsetenesta og anna førebyggjande helsearbeid.

Statistikk for den kommunale helse- og omsorgstenesta skal gi sentrale, regionale og kommunale styresmakter data til planleggings- og tilsynsføremål. Statistikken skal mellom anna gi kunnskap om personellsituasjonen og om kva som går føre seg i den lokale helse- og omsorgstenesta.

KOSTRA-skjema 1 Personell og verksemd i den kommunale helse- og omsorgstenesta

I samband med KOSTRA-rapporteringa hentar SSB inn data via skjema 1 om personell og verksemd i dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Sidan rapporteringa for 2011-årgangen har det blitt samla inn data i skjema om kommunar har etablert frisklivssentralar. I samband med rapporteringa for 2013-årgangen blei kartlegginga om frisklivssentralar utvida til å innehalde fleire spørsmål knytt til etablering, organisering, omfang av personellressursar, omfang av deltakarar, ulike tilbod og kurs ved sentralane og kva aktørar frisklivssentralane samarbeider med.

Spørjelista blei utarbeidd av SSB i samråd med Helsedirektoratet, og testa på fleire rapportørar ute i kommunane før den blei inkludert i det endelege skjema. For fullstendig oversikt over spørsmåla i kartlegginga som blei gjennomført, sjå punkt 5.2 i 2013-utgåva av skjema 1 (vedlegg A i rapporten).

Folkehelseprofilar

Indikatorar henta frå FHI sine folkehelseprofilar (www.fhi.no) er brukt i rapporten for å kaste lys over folkehelseutfordringar ute i kommunane. Folkehelseprofilane er eit statistikkverktøy som blei etablert i 2012. Bakgrunnen for etableringa var ny Lov om folkehelsearbeid (§ 5) der det står at kommunane skal ha naudsynt oversikt over helsetilstanden i befolkninga og dei positive og negative faktorane som kan verka inn på denne.

Data i Folkehelseprofilane blir henta frå fleire ulike datakjelder som til dømes Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister, SSB, NAV, Utdanningsdirektoratet og KUHR. For meir informasjon om indikatorane som er nytta i kapittel 4 frå folkehelseprofilane sjå Vedheng B i rapporten.

2.2. Populasjon

Kjønn og regionar

I denne rapporten blir det nytta tre ulike regionale kjenneteikn. Desse er fylke, kommunestorleik og kommunesentralitet. Tabell 2.1 viser korleis personar i den vaksne befolkninga fordeler seg etter kjønn og fylke.

Tabell 2.1 Personar etter kjønn og fylke. Absolutte tal. 2014

	Begge kjønn	Menn	Kvinner
Heile landet	5 109 056	2 567 434	2 541 622
01 Østfold	284 962	142 161	142 801
02 Akershus	575 757	287 582	288 175
03 Oslo	634 463	316 144	318 319
04 Hedmark	194 433	96 805	97 628
05 Oppland	187 820	93 917	93 903
06 Buskerud	272 228	136 602	135 626
07 Vestfold	240 860	119 669	121 191
08 Telemark	171 469	85 346	86 123
09 Aust-Agder	113 747	57 102	56 645
10 Vest-Agder	178 478	89 494	88 984
11 Rogaland	459 625	233 655	225 970
12 Hordaland	505 246	255 321	249 925
14 Sogn og Fjordane	108 965	55 422	53 543
15 Møre og Romsdal	261 530	132 892	128 638
16 Sør-Trøndelag	306 197	155 048	151 149
17 Nord-Trøndelag	135 142	67 982	67 160
18 Nordland	240 877	121 535	119 342
19 Troms Romsa	162 050	82 095	79 955
20 Finnmark Finnmark	75 207	38 662	36 545

Kjelde: Statistisk sentralbyrå

Det andre regionale kjenneteiknet som er nytta i rapporten er ei inndeling av kommunar etter storleik målt i innbyggjartal. Kommunane har blitt inndelt i følgjande sju grupper: 0 - 1 999 innbyggjarar, 2 000 – 4 999 innbyggjarar, 5 000 – 9 999 innbyggjarar, 10 000 – 19 999 innbyggjarar, 20 000 – 29 999 innbyggjarar, 30 000 – 49 999 innbyggjarar og meir enn 50 000 innbyggjarar.

Tabell 2.2. viser korleis talet på kommunar og befolkninga fordeler seg etter kommunestorleik.

Tabell 2.2 Kommunar og befolkning etter kommunesstorleik. 2013. Absolutte tal

	Talet på kommunar og bydelar i Oslo	Befolkning totalt	Befolkninga i kommunar med frisklivssentral
Heile landet	443	5 105 239	3 188 359
1 - 1 999	92	112 589	40 888
2 000 - 4 999	136	845 663	506 539
5 000 - 9 999	60	440 623	180 420
10 000 - 19 999	136	644 734	544 225
20 000 - 29 999	26	544 509	201 163
30 000 - 49 999	14	592 847	309 532
> 50 000	29	1 924 274	1 405 592

Kjelde: Statistisk sentralbyrå

Det tredje regionale kjenneteiknet er ein standard utvikla av SSB, og blir kalla kommunesentralitet. Kommunesentralitet indikerer kor ein kommune ligg plassert geografisk i forhold til tettstader av ulik storleik. Tettstader er vidare delt i tre nivå etter folketal og tilbod av funksjonar. Tettstader på nivå 3 er landsdelssenter eller har eit folketal på minst 50 000, tettstader på nivå 2 har eit folketal på mellom 15 000 og 50 000 og tettstader på nivå 1 har eit folketal mellom 5 000 og 15 000. For å beskrive dei moglegheitene befolkninga i ein kommune har for arbeidsreiser til ein eller fleire av desse tettstedane, har ein delt inn kommunane i følgjande fire sentralitetsnivå:

- *Minst sentrale kommunar* - inkluderer kommunar som ikkje oppfyller krava til reisetid frå ein tettstad, det vil seie meir enn 2,5 timar (3 timar frå Oslo)
- *Mindre sentrale kommunar* - inkluderer kommunar som omfattar ein tettstad på nivå 1 eller som ligg innanfor 45 minuttar reisetid frå sentrumet til ein slik tettstad.
- *Noko sentrale kommunar* – inkluderer kommunar som omfattar ein tettstad på nivå 2 eller som ligg innanfor 60 minuttar reisetid frå sentrumet til ein slik tettstad.
- *Sentrale kommunar* – inkluderer kommunar som omfattar ein tettstad på nivå 3 eller som ligg innanfor 75 minuttar reisetid (90 minuttar frå Oslo) frå sentrumet til ein slik tettstad.

Tabell 2.3 viser korleis befolkninga fordeler seg etter kommunesentralitet.

Tabell 2.3 Kommunar og befolkning etter kommunesentralitet. 2013. Absolutte tal

	Talet på kommunar og bydelar i Oslo	Befolkninga totalt	Befolkninga i kommunar med frisklivssentralar
Heile landet	443	5 105 239	3 188 359
Minst sentrale kommunar	149	464 377	225 619
Mindre sentrale kommunar	51	310 145	134 136
Noko sentrale kommunar	78	864 931	444 798
Sentrale kommunar	165	3 465 786	2 383 806

Kjelde: Statistisk sentralbyrå

2.3. Metode

Deskriptiv omtale

Deskriptiv statistikk og faktaomtale

Kjenneteikn ved kommunar som hadde etablert frisklivssentralar i 2013, blir presentert i kapittel 4-9. Føremålet er å presentere og omtale kommunar som har etablert frisklivssentralar, og undersøke om det er variasjonar med omsyn til personell og ressursar, kva tilbod som blir gitt, kva aktørar kommunane samarbeider med, og kor mange som har delteke på eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralen. Det vil elles bli presentert kor mykje utgifter kommunar har brukt på førebyggjande helsearbeid, og ulike folkehelseutfordringar kommunane står overfor. Her vil det særleg vere fokus på å samanlikne kommunar med og utan frisklivssentral.

Presentasjonen og omtalen i kapittel 4-9 blir gjort i form av deskriptiv statistikk og faktaomtale. Kapitlet inneholder relevante tabellar og figurar, i tillegg til at hovudresultat og funn blir omtala deskriptivt og drøfta. Det er grunn til å understreke at faktaomtalen i kapittel 4-9 ikkje tek sikte på å gi årsaksforklaringar på forskjellane i datamaterialet, til dømes ved hjelp av kausalanalysar.

Casestudie

For å supplere resultatane frå kartlegginga av frisklivssentralar i KOSTRA skjema 1, har det blitt gjennomført djupneintervju med fire utvalde case. Dei fire case-intervjua har blitt gjennomført med to utvalde kommunar som har etablert frisklivssentral, og to utvalde fylkesmenn som har ansvaret for å følge opp frisklivssentralar i sine respektive fylke. Spørsmåla til intervju blei utvikla i framkant i samarbeid mellom Helsedirektoratet og SSB. Dei fleste spørsmåla blei sendt til intervjuobjekta på førehand, slik at dei lettare kunne ha relevant informasjon tilgjengeleg under intervjuet.

Målsetjinga med case-intervjua for dei to utvalde kommunane er å supplere informasjonen frå kartlegginga når det gjaldt bakgrunn for etableringa av frisklivssentralane, organisering, frisklivssentralen si rolle når det gjeld folkehelsearbeid og anna førebyggjande arbeid i kommunen. I tillegg er det ønskeleg å få meir informasjon om kven brukarane ved frisklivssentralane er, og om frisklivssentralen fungerer etter hensikta. Det er også ønskeleg å finne ut om kommunane har tankar om kva kriterium som må oppfyllest for at frisklivssentralane skal bli vellukka. Intervjua blei haldne med personar som jobba ved frisklivssentralar i kommunen og nærmaste einingsleiar i kommunen.

Målsetjinga med case-intervjua for dei to utvalde fylkesmannsembeta er å få informasjon om korleis dei jobbar med oppfølging av folkehelsearbeid og førebyggjande arbeid i kommunane generelt og frisklivssentralar spesielt. I tillegg er det ønskeleg å få informasjon om korleis arbeidet med frisklivssentralar er organisert i fylkesmannsembetet, korleis dei eventuelt samarbeider med andre aktørar om arbeidet, og kva fylkesmannsembeta meiner er viktige kriterium for at frisklivssentralar skal lukkast. Intervjua blei haldne med personar i fylkesmannsembete som hadde det ansvaret for å følge opp folkehelsearbeid og frisklivssentralar.

Dei to kommunane og dei to fylkesmannsembeta som har blitt intervjuet vil bli haldne anonyme i presentasjonen av resultatane. Dette er i samråd med respondentane sjølve. Respondentane er omtala i det følgjande som høvesvis kommune A, kommune B, Fylkesmannsembete A og Fylkesmannsembete B. Resultatane vil bli presentert som deskriptiv omtale, supplert med direkte sitat frå intervjuobjekta. Alle dei fire intervjuet blei gjennomført hausten 2015.

Kvart intervju hadde ein varigheit på om lag 2 timar. I gjennomføringa av intervjuet blei det nytta ein moderator som leia intervjuet og stilte spørsmåla, og ein referent som fortløpande skreiv ned dei funna som blei gjort. Det var elles moglegheit for at både moderator og referent kunne stille oppfølgingsspørsmål der dette var hensiktsmessig. Alle dei fire intervjuet følgde same intervjuguide som var utarbeidd i framkant. Intervjua blei tekne opp på bandopptakar i samråd med intervjuobjekta. Det blei elles informert om at opptaka i all hovudsak skulle nyttast som back up til notata som blei gjort undervegs, og ville bli sletta då prosjektet blei avslutta. Det blei elles gjort avtale med dei to kommunane om å kunne kontakte dei etterkant av intervjuet dersom det var spørsmål ein ikkje hadde fått svar på.

Det blei skriva omfattande samandrag frå alle dei fire intervjuet, som følgde disposisjonen til intervjuguiden. Samandraga, supplert med bandopptaka av intervjuet, blei brukt i tolkinga av resultatane. Resultat og funn frå case-studiane blir presentert i kapittel 10 i form av deskriptiv omtale og direkte sitat frå intervjuobjekta.

3. Korleis er frisklivssentralar organisert med omsyn til ressursar, tilbod og samarbeid?

3.1. Bakgrunn for kommunale frisklivssentralar

Folkehelsa i Noreg er i hovudsak god og levealderen stigande. Der ein i tidlegare tider såg at dei fleste helseproblem og dødsfall var skulda av smittsame sjukdomar, er det no stadig fleire av sjukdomane som har samanheng med levevanar. For å gi befolkninga flest moglege år i god helse og for å spare samfunnet for store utgifter til helsestell, har det blitt meir merksemd på å førebyggje eller hindre vidareutvikling av sjukdomar som i stor grad heng saman med vår livsstil. Utfordringar som stillesitjande liv, stress, røyking, høgt alkoholkonsum, dårleg kosthald, einsemd, sosial ulikskap mv. er årsak til mange tapte leveår og dårleg fysisk og psykisk helse.

Kommunane har gjennom dei siste tiåra hatt ulik grad av satsing på førebyggjande helsearbeid, og dei har valt forskjellige måtar å organisere førebyggjande helsetenester på. Helsestasjons- og skulehelsetenesta har vore lovpålagte tenester i ei årrekke, medan andre former for førebyggjande arbeid har vore meir opp til kvar enkelt kommune. Helsemyndigheitene har samla erfaringar frå kommunar med ulike former for organisering av helsefremjande tenester. Etter kvart har det kome fram at frisklivssentralar, det vil seie lågterskeltilbod til befolkninga med hjelp til å endre levevanar og meiste sjukdom, har vore ein god måte å organisere slike førebyggjande helsetenester på. Det er over 20 år sidan dei første frisklivssentralane blei etablerte.

I 2011 laga Helsedirektoratet difor ein rettleiar for kommunale frisklivssentralar, som skulle vere ei hjelp til kommunar som ønskte å byggje opp ei slik teneste i sin kommune. Denne rettleiaren blei endra i 2013 (Helsedirektoratet 2013), i samband med innføringa av den nye lova om kommunale helse- og omsorgstenester (www.lovdato.no) i 2012. Det føregår ein ny revisjon av rettleiaren i 2015/2016. Rettleiaren og annan relevant informasjon om frisklivssentralar ligg på heimesidene til Helsedirektoratet. (www.helseidir.no/folkehelse/frisklivssentraler). Gjennom «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester» er kommunane påbodne at dei i yting av helse- og omsorgstenester skal fremje helse og søkje å førebyggje sjukdom, skade og sosiale problem til heile befolkninga. Sjølv om det er anbefalt frå helsemyndigheitene, er kommunane ikkje påbodne å organisere slike tenester i form av frisklivssentralar.

Førebyggjande helsearbeid inngår òg som ein del av folkehelsetiltaka på tvers av sektorar i folkehelselova frå 2012 (www.lovdato.no). Frisklivssentralen kan bidra til å oppfylle lovkrav om å setje i verk nødvendige folkehelsetiltak når det gjeld fysisk aktivitet, kosthald, tobakksbruk, psykisk helse, svevnevanskar og eventuelt alkoholvanar (jf. folkehelselova (12) § 7).

Frisklivssentralane er altså ei kommunal helsefremjande og førebyggjande helseteneste, der ein ønskjer å nå dei som har risiko for å få eller vidareutvikle sjukdom. Der kan dei få hjelp av helsepersonell til å takle sjukdom og endre levevanane sine med kunnskapsbaserte metodar. Til dømes skal frisklivssentralen vere eit tilbod til personar som står i fare for å falle utanfor arbeidslivet grunna muskel- og skjelettplager eller lettare psykisk sjukdom, eller er i risiko for å utvikle diabetes type 2 eller hjarte- og karsjukdom grunna uheldig kosthald og for lite mosjon. Å fremje den enkelte sine mestringsressursar er eit viktig mål.

3.2. Organisering av og tilbod ved frisklivssentralar

3.2.1 Organisering

Tal frå 2014 viser at 251 kommunar og bydelar i Noreg har etablert frisklivssentralar. I mange av kommunane er frisklivssentralen ikkje ein fysisk bygning, men spreidde tenester, gjerne innanfor fysioterapi, helsestasjon, ved bu- og serviceinstitusjonar og ved spreidde kurslokale mv. Små stillingsressursar kan gjere det vanskeleg å ta i vare eit fagleg forsvarleg kjernetilbod. Mange kommunar har difor eit samarbeid med andre kommunar om frisklivssentralar, og nokre vel å lage eit interkommunalt selskap. Eit samarbeid kan til dømes vere at dei har ein felles fysisk bygning der tenestene blir tilbydd, eller at kommunane har alle eller nokre av kurstilboda i lag.

Frisklivssentralane kan samarbeide med mange aktørar innanfor kommunale helse- og omsorgstenester. Dessutan har dei som oftast samarbeid med spesialisthelsetenesta, aktuelle friviljuge og private aktørar, i tillegg til fylkesmannsembete og fylkeskommunar. Det kan mellom anna vere formelle avtalar, nettverksmøter og meir sporadisk kontakt. Det er òg viktig for frisklivssentralane å spele inn informasjon til administrativ og politisk leiing og gje innspel til kommuneplanarbeid om forhold knytt til levevanar. Frisklivssentralane rapporterer årleg til politikarar og administrasjon om drift og resultat.

Kommunelegen har ei sentral rolle når det gjeld å forankre og organisere frisklivssentralen som ein del av helsetenesta i kommunen. Fastlegar kan tilvise deltakarar til oppfølgingstilbodet i frisklivssentralen og samarbeide med dei om oppfølging av sine pasientar. Andre kommunale helse- og omsorgstenester kan òg samarbeide om enkeltbrukarar og utvikling knytt til førebyggjande helsetenester. Dei kan dessutan tilvise til frisklivsresept, og det kan også andre aktørar som tannhelsetenesta, NAV og spesialisthelsetenesta. Spesialisthelsetenesta kan nytte frisklivssentralen som ein del av eit løp før eller etter sjukehusinnlegging. Frisklivssentralane samarbeider med ulike deler av spesialisthelsetenesta, mellom anna med lærings- og mestringssentra i spesialisthelsetenesta om tilbod og kompetanseutveksling.

Verksemda til frisklivssentralar og andre kommunale lærings- og mestringstilbod kan vere overlappende, men sistnemnde skal fokusere meir på det å leve med varige helseplager og sjukdom.

Frisklivssentralen kan ha kontakt med både privat og friviljug sektor om å nytte deira tilbod til aktuelle brukarar. Det kan gjelde både i forkant, undervegs og i overgang til eigenaktivitet og deltaking i andre tilbod etter oppfølgingsperioden. Dessutan kan ein i samarbeid med innvandrar- og brukarorganisasjonar nå enkelte målgrupper, og spreie informasjon om frisklivstilbodet og få medverknad frå brukarar og brukarrepresentantar til utvikling av tenesta og tilbod.

Fylkesmannen forvaltar tilskotsordninga for frisklivssentralar. Fylkesmannen har også ansvar for tilsyn, rådgjeving, kompetansetiltak og anna utviklingsarbeid for frisklivssentralar. Fylkeskommunen har ingen nasjonalt definert rolle overfor frisklivssentralane, men fleire fylkeskommunar driv på eige initiativ kompetansetiltak og utviklingsarbeid på området. Desse fylkeskommunane hjelper i så måte fylkesmannen i å oppfylle statens ansvar. Fylkesmannen etablerer ofte nettverk for frisklivssentralane, gjerne i samarbeid med fylkeskommunen.

3.2.2 Tilbod ved frisklivssentralane

Frisklivssentralen sitt oppfølgingstilbod er eit strukturert individ- og grupperetta rettleiings- og oppfølgingstilbod innanfor områda fysisk aktivitet, kosthaldsendring og snus- og røykjeslutt. Tilboda kan vere i frisklivssentralen sin eigen regi eller i

samarbeid med andre aktørar eller nabokommunar. Målgruppa er personar som har behov for hjelp til å endre levevanar og meistre eigne helseutfordringar. Frisklivssentralen kan òg ha tilbod om hjelp til mestring av depresjon og belastningar, svevnnvanskar og risikofylt alkoholbruk.

Oppfølgingstilbodet er tidsavgrensa til ein periode på tre månader av gongen, og kan tilpassast ulike alders- og målgrupper som kommunen har ansvar for å gi eit tilbod til. Det strukturerte oppfølgingstilbodet skal ta utgangspunkt i behova til brukarane, mål og funksjon, uavhengig av helseutfordringar, diagnose, alder, sosial og kulturell bakgrunn. Oppfølgingstilbodet startar og avsluttast med ein helsesamtale. Dette er ein endringsfokusert samtale mellom deltakar og rettleiar ved frisklivssentralen. Det strukturerte oppfølgingstilbodet er hovudtilbodet ved frisklivssentralane. Tilbod utover dette blir vurdert ut i frå lokale helseutfordringar, befolkninga sitt behov og ressursar. Etableringa av nye tilbod blir sett i samanheng med eksisterande tilbod og kompetanse i kommunen.

Tilbodet i frisklivssentralar er i hovudsak retta mot personar som har auka risiko for eller allereie har helseutfordringar. Frisklivssentralen kan ha tilbod til alle aldersgrupper. I om lag halvparten av kommunane har frisklivssentralane eigne tilbod for barn og unge, men det vanlegaste er tilbod til folk i yrkesaktiv alder. Frisklivssentralen kan òg ha tilbod til personar med psykiske lidingar, risikofylt alkoholforbruk og lærings- og mestringstilbod til vanlege kronikargrupper. Tilbodet skal vere eit lågterskeltilbod, og personar kan oppsøke frisklivssentralen både med og utan tilvising (frisklivsresept). Bruken av kurstilboda ved frisklivssentralane vil bli nærare analysert i kapittel 6, og innhaldet er utførleg omtala i Helsedirektoratet sin rettleiar (Helsedirektoratet 2013).

3.3 Finansiering av frisklivssentralar

Kommunane må finansiere frisklivssentralane over eige budsjett. Under føresetnad om tildeling over statsbudsjettet, kan kommunar søkje om tilskot til etablering og utvikling av frisklivssentralar inntil tre år. Tilskotet blir forvalta av Fylkesmannen. Kommunane må dokumentere for Fylkesmannen korleis dei har nytta tilskota.

Reglar for å krevje eigenbetaling frå deltakarar i frisklivssentralane sine tilbod følgjer av § 11-2 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. (www.lovdata.no). Kommunen kan berre krevje eigenbetaling for lovpålagte tenester når dette følgjer av lov eller forskrift. Frisklivssentralen er ikkje direkte nemnd i lov eller forskrift, så i vurderinga av om kommunen kan krevje eigenbetaling for tenestene ved frisklivssentralen, må det mellom anna vurderast om det er eit medisinsk behov for tenesta i forhold til den enkelte brukar. Vidare vil det vere relevant å sjå på om tenestene ved frisklivssentralen kjem i steden for andre helse- og omsorgstenester.

I tilfelle kor frisklivssentralen sitt tilbod kjem i staden for andre tilbod som kommunen elles vil vere forplikta til å tilby, er utgangspunktet at desse tenestene ved frisklivssentralen må karakteriserast som lovpålagte. Ut frå dette reknar ein individuelle helsesamtalar ved frisklivssentralen som ei lovpålagt helseteneste. Denne tenesta kan det dermed ikkje krevjast eigenbetaling for. Temabaserte kurs og gruppeaktivitet som ikkje har til hensikt å behandle spesifikke diagnosar blir ikkje sett på som lovpålagte helsetenester. Desse kan det takast eigenbetaling for. Det blir elles anbefalt at eventuell eigenbetaling blir halden låg.

4. Er det regionale forskjellar i organisering av frisklivssentralar?

Dagens helseutfordringar krev auka førebyggjande innsats. Frisklivssentralar er meint å vere ein viktig førebyggjande helseteneste som skal tilby kunnskapsbasert og effektiv hjelp til å endre levevanar og meistre sjukdom og helseplagar, og i så måte tenkt å vere ein hensiktsmessig måte å organisere førebyggjande helsearbeid i kommunane. . Målgruppa er personar i alle aldrar som har auka risiko for eller som har utvikla sjukdom og treng hjelp til å endre levevanar og mestre sjukdom, blant anna dei med samansette og langvarige helseplagar og dei som ikkje finn seg til rette andre stader, som til dømes på tradisjonelle treningssenter.

Nasjonale helse- og omsorgsplan (2011-2015) vektlegg ei styrking av den helsefremjande og førebyggjande innsatsen for å hindre at sjukdom oppstår og utviklar seg. St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreforma* peikar på at det er behov for folkehelsearbeid på tvers av sektorar, auka helsefremjande og førebyggjande innsats, og styrking av dei førebyggjande helsetenestene i kommunen. Helse- og omsorgstenesteloven legg vekt på at kommunane si plikt til å yte tenester som fremjar helse og freistar å førebygge sjukdom, skade og sosiale problem.

I samband med det auka behovet for førebyggjande innsats ute i kommunane er dei sentrale helsemyndigheitene tydelege på at frisklivssentralar er eit viktig bidrag i arbeidet med det helsefremjande og førebyggjande helsearbeidet. Endring av levevanar kan vere utfordrande, men i følge helsemyndigheitene vil frisklivssentralar gi deltakarar hjelp til dette gjennom metodar med dokumentert effekt. I tillegg kan deltaking i grupper gi auka motivasjon og bidra til nettverksbygging (Helsedirektoratet 2013).

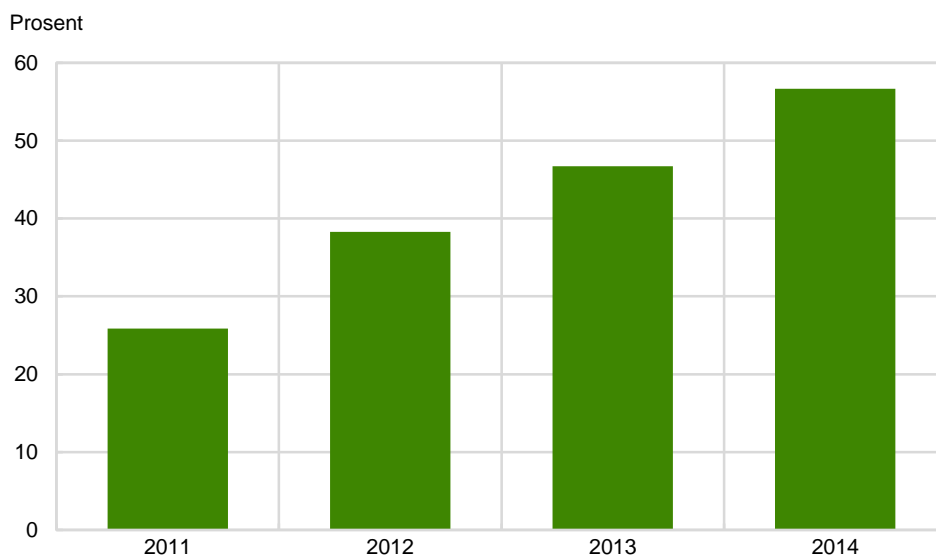
Helsemyndigheitene anbefalar kommunane å etablere frisklivssentralar i alle kommunar, eventuelt i interkommunale samarbeid. Data frå SSB viser at det har vore ein jamn auke i talet på kommunar som har etablert frisklivssentralar. I 2014 var det 251 kommunar (inkludert bydelar i Oslo) som svara at dei hadde etablert tilbodet. Dette er om lag 57 prosent av alle kommunane i Noreg. I perioden 2011-2014 har talet på kommunar som har etablert tilbodet auka frå 115 til 251 kommunar. Dette er over ei dobling på desse tre åra.

Frisklivssentralar blei definert som ei førebyggjande helseteneste i 2013 og er regulert av Lov om helse- og omsorgstenester (Helsedirektoratet 2013). Sjølv om tenesta utfører lovpålagte oppgåver, er det ikkje lovpålagt å organisere dette som frisklivssentralar. Det inneber at kommunane framleis står fritt til å organisere det førebyggjande og helsefremjande helsearbeidet i kommunane på den måten dei sjølv meiner er mest hensiktsmessig. Den breie kartlegginga som blei gjennomført for 2013-årgangen gir informasjon om organiseringa av frisklivssentralar i kommune-Noreg. I tillegg gir den årlege innsamlinga i KOSTRA informasjon om talet på kommunar som har etablert tilbodet. Når det gjeld kommunar utan frisklivssentralar, finst det ingen nasjonal oversikt over korleis dei har valt å organisere dei lovpålagte oppgåvene.

Det vil vere interessant å sjå om det er forskjellar i organiseringa av tilbodet etter dei ulike regionale bakgrunnskjenneiteikna fylke, kommunestorleik og kommunesentralitet. Er det slik at kommunar med eit sett av felles regionale bakgrunnskjenneiteikn vel å etablere frisklivssentralar framføre andre? Er det slik at ein høgare del kommunar i bestemte fylke vel å etablere frisklivssentralar samanlikna med andre fylke? Er det slik at storleiken til ein kommune, målt i innbyggjartal, kan vere avgjerande for om ein vel å etablere tilbodet? Eller er det slik at sentraliteten til ein kommune er med på å avgjere om ein vel å etablere tilbodet eller ikkje?

Figur 4.1 viser talet på kommunar og bydelar i Oslo som har etablert frisklivssentralar i perioden 2011-2014.

Figur 4.1 Kommunar som har etablert frisklivssentralar. Prosent. 2011-2014



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

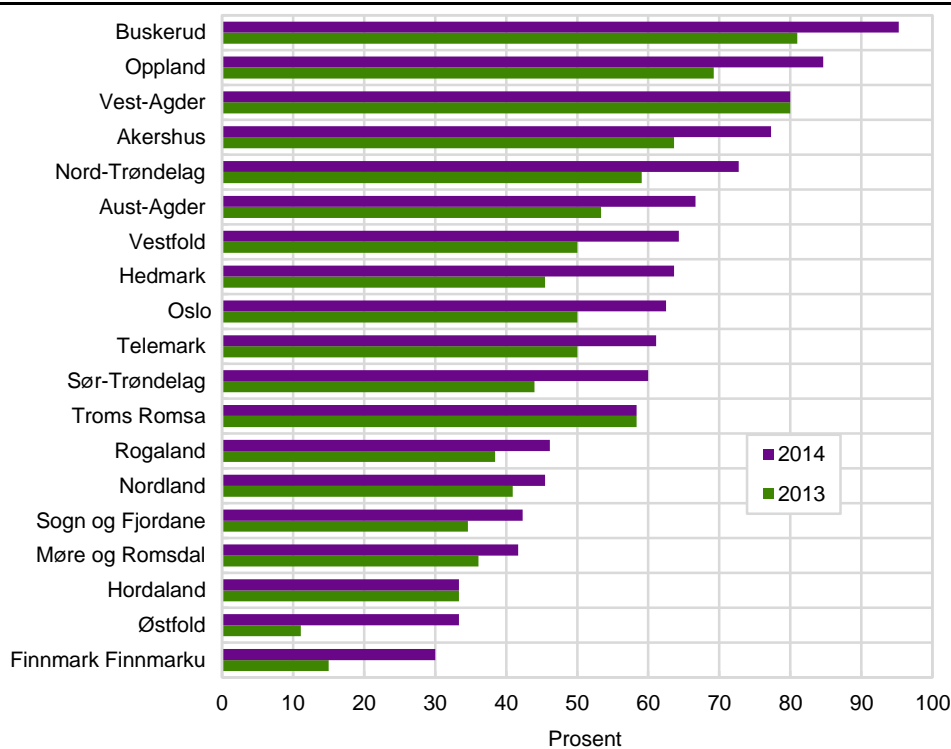
Figur 4.1 viser at over halvparten av kommunane i Noreg har etablert frisklivssentralar i 2014. Elles viser tala at det har vore ein jamn auke i perioden 2011-2014. Medan det var 115 kommunar som hadde etablert frisklivstilbodet i 2011 var det tilsvarende talet 251 kommunar i 2014. Dette er ein auke frå om lag 26 prosent i 2011 til i underkant av 57 prosent i 2014. Dette utgjer over ei dobling av kommunar som har etablert tenesta i perioden, nærmare bestemt 118 prosent. Grunnlagstala som har blitt samla inn av Helsedirektoratet viser elles at den jamne auken også var tilfelle i perioden 2008-2011.

4.1. Store fylkesvise skilnader i etablering av frisklivssentralar

Frisklivssentralar er eit relativt nytt helsetilbod og måte å organisere førebyggjande og helsefremjande arbeid i kommunane, og har difor kan hende fått eit større fotfeste i enkelte delar av landet samanlikna med andre. Det er rimeleg å anta at fylke som var tidleg ute med å etablere frisklivssentralar ute i kommunane har kome lengre i etableringsarbeidet og med å rekruttere andre kommunar samanlikna med fylke der det er først dei seinare åra at kommunar har etablert tilbodet. Figur 4.2 viser delen kommunar som har etablert frisklivssentralar i dei 19 fylka i 2013 og 2014.

Figur 4.2 viser store fylkesvise forskjellar i delen kommunar som har etablert frisklivssentralar. Samstundes har det store fleiralet av fylke hatt ein auke i talet på kommunar som har etablert tenesta mellom 2013 og 2014.

Finnmark er fylke med færrest og Buskerud fylke med flest kommunar som har etablert frisklivssentralar. Medan 30 prosent av kommunane i Finnmark hadde etablert frisklivssentral i 2014 var det tilsvarende talet 95 prosent i Buskerud. Blant fylka som har lågast del kommunar som har etablert frisklivssentralar i 2014 finn ein Finnmark (30 prosent), Østfold (33 prosent) og Hordaland (33 prosent). Blant fylka der delen kommunar som har etablert frisklivssentralar er høgast i 2014 finn ein Vest-Agder (80 prosent), Oppland (85 prosent) og Buskerud (95 prosent).

Figur 4.2 Kommunar/bydelar i Oslo som har etablert frisklivssentral. Fylkesvis

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

I 16 av 19 fylke har det vore ein auke i delen kommunar som har etablert frisklivssentralar mellom 2013 og 2014. I dei tre fylka som ikkje har hatt ein auke, er delen kommunar med frisklivssentralar uendra mellom 2013 og 2014. Den største prosentvise auken i frisklivssentralar finn ein i fylka som i utgangspunktet har lågast del kommunar med frisklivssentralar. Medan Finnmark har hatt ei doubling av kommunar med tenesta, frå to til fire prosent, har Østfold hatt ei tre-doubling frå 11 til 33 prosent. Samstundes finn ein òg ein auke mellom 2013 og 2014 i dei fleste fylka som i utgangspunktet hadde høgast del kommunar med frisklivssentralar.

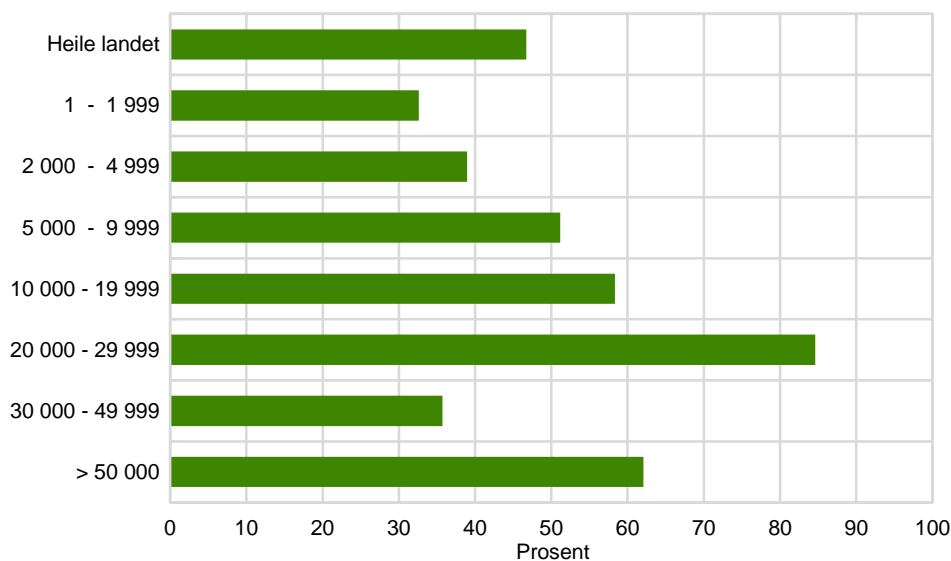
Sjølv om det har vore ein auke i delen kommunar som har etablert frisklivssentralar mellom 2013 og 2014 viser grunnlagstala at sju kommunar som rapporterte å ha tenesta i 2013 ikkje lenger har tilbodet i 2014. Desse fordeler seg mellom seks ulike fylke. I Hordaland var det to kommunar som ikkje lenger hadde frisklivssentral i 2014. Ei av årsakene til at kommunane vel å leggja ned tenesta kan vere at det er utfordrande å finne midlar i kommunen etter at etableringstilskotet frå fylkesmannen blir avslutta etter tre år. Dei fleste kommunane som har valt å leggja ned tenesta er små kommunar målt i innbyggjartal. Det kan tyda på at desse er særleg utsette med tanke på nøkkelpersonell og tilgang til lokale for å vidareføra tilbodet.

4.2. Færrast frisklivssentralar i dei minste kommunane

Storleik, målt i innbyggjartal, kan vere med å påverke om ein kommune vel å etablere frisklivssentral, for å utføre lovpålagte tenester knytt førebygging og helsefremjande arbeid. Årsaka til dette kan både vere fordi kommunar med omtrent same storleik kan ha nokre av dei same utfordringane med omsyn til folkehelse i befolkninga. Det kan også vere tilfelle at frisklivssentralar kan vere meir hensiktsmessig å etablere i kommunar av ein bestemt storleik samanlikna med andre. Til dømes kan det vere grunn til å anta at ein i større kommunar med eit større utbygd sett av helse- og omsorgstenester ser på frisklivssentralar som eit nødvendig måtes for å organisere tenestetilbodet i samband med førebyggjande og helsefremjande tenester. Det vil difor vere interessant å sjå korleis kommunar som har etablert frisklivssentralar fordeler seg etter kommunestorleik.

Figur 4.3 viser delen kommunar som har etablert frisklivssentralar fordelt etter kommunestorleik i 2013.

Figur 4.3 Kommunar/bydelar i Oslo som har etablert frisklivssentral fordelt etter kommunestorleik. 2013



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.3 viser at det er særleg blant dei minste kommunane at delen som har etablert frisklivssentralar er låg. Vidare aukar delen kommunar som har etablert tilbodet med aukande innbyggjartal fram til ein viss storleik. Samstundes er delen kommunar som har etablert tenesta særleg låg blant kommunar med 30 000 – 49 999 innbyggjar.

Delen som har etablert frisklivssentralar er lågast i kommunar med under 2 000 innbyggjarar og høgast i kommunar med 20 000 – 29 999 innbyggjarar. Delen kommunar som har etablert frisklivssentralar aukar jamt med aukande innbyggjartal, men berre fram til eit visst punkt. Delen kommunar med frisklivssentralar fell frå kommunegruppa med 20 000 – 29 999 innbyggjarar (85 prosent) til kommunegruppa med 30 000 – 49 999 innbyggjarar (36 prosent), før den aukar att i gruppa kommunar med over 50 000 innbyggjarar (62 prosent). 2014-tala viser samstundes at to nye kommunar i gruppa med 30 000 – 49 999 innbyggjarar har etablert frisklivssentralar. Blant kommunane som ikkje har etablert tilbodet i denne gruppa, er Halden og Moss i Østfold fylke. Som tidlegare nemnd er dette eitt av fylka med lågast del kommunar som har etablert frisklivssentralar.

Dersom ein ser vekk frå kommunegruppa med 30 000 – 49 999 innbyggjarar er tendensen at delen kommunar som etablerer frisklivssentralar aukar med aukande innbyggjartal i kommunen. Den lågaste delen kommunar med frisklivssentralar er i gruppa med lågast innbyggjartal (under 2 000 innbyggjarar) med omlag 33 prosent. Delen kommunar med frisklivssentral aukar deretter med aukande innbyggjartal. Ei av årsakene til at såpass få små kommunar vel å etablere frisklivssentral kan vere at ein ikkje ser dette som den mest hensiktsmessige måten å organisere førebyggjande og helsefremjande arbeid på. Frisklivssentralar legg opp til ei rekke gruppetilbod som kan hende det ikkje er befolkningsgrunnlag for i målgruppa tenesta ønskjer å nå. Ei anna årsak kan vere at små kommunar har avgrensa med ressursar og personell med kompetanse til å drive eit slikt tilbod. I tillegg kan lange reiseavstandar i mindre sentrale kommunar gjere det lite hensiktsmessig å etablere frisklivssentral utan at det trugar målet om å vere ein lågterskelteneste for målgruppa.

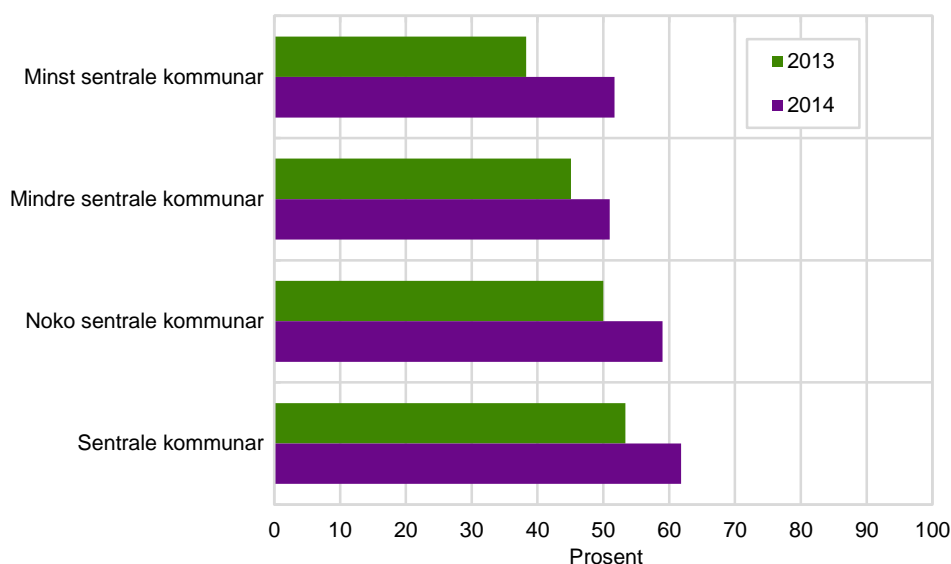
Når det gjeld dei største kommunane med over 50 000 innbyggjarar viser resultatane at 6 av 10 kommunar har etablert tilbodet. Det er i dei største kommunane den største delen av befolkninga bur, og det skulle difor vere grunn til å tru at behovet er størst for målgruppa til frisklivssentralar i desse kommunane. Dersom denne antakinga stemmer skulle ein kanskje forvente at ein høgare del av dei største kommunane hadde etablert tilbodet. Samstundes kan det vere at større kommunar i større grad enn mindre kommunar har andre førebyggjande tilbod i kommunal eller privat regi som erstattar frisklivssentralane.

4.3. Flest frisklivssentralar etablert i sentrale kommunar

Kor ein kommune er plassert geografisk i forhold til tettstader av ulik storleik, kan ha noko å seie for om ein vel å etablere frisklivssentral eller ikkje. Det er difor interessant å sjå om det finst skilnader i delen kommunar som har etablert frisklivssentralar etter kor sentrale dei er.

Figur 4.4 viser delen kommunar som har etablert i frisklivssentral fordelt etter kommunesentralitet i 2013.

Figur 4.4 Kommunar/Oslo-bydelar som har etablert frisklivssentral fordelt etter sentralitet



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.4 viser at delen kommunar som har etablert frisklivssentralar aukar tilnærma eintydig med aukane sentralitet. Samstundes er det ein auke i etablering av tenesta både i mindre sentrale og meir sentrale strom mellom 2013 og 2014.

Det er høgast del kommunar som har etablert frisklivssentralar i dei mest sentrale kommunane. Medan det var 52 prosent som hadde etablert tenesta i dei minst sentrale kommunane, var det tilsvarande talet 62 prosent i dei mest sentrale kommunane i 2014. Tala viser elles ei jamn auke i delen som har etablert tilbodet frå dei minst sentrale til dei mest sentrale kommunane. Skilnaden mellom dei minst sentrale og dei mest sentrale kommunane når det gjeld å ha etablert tenesta har ikkje auka mellom 2013 og 2014. Den største prosentvise auken i etablering av frisklivssentralar mellom 2013 og 2014 finn ein i dei mest sentrale kommunane med 35 prosent, medan den minste auken finn ein i gruppa mindre sentrale kommunar med 13 prosent.

Figuren viser at det er i dei mest sentrale kommunane flest kommunar har etablert frisklivssentralar. Dei mest sentrale kommunane er stort sett òg kommunane med flest innbyggjarar. Det tyder på at kommunar av ein viss storleik ser det på som særleg hensiktsmessig å organisere førebyggjande og helsefremjande tenester i

kommunen som frisklivssentralar. Samstundes kan den store auken i etablerte frisklivssentralar i dei minst sentrale kommunane tyde på at frisklivssentral som helseteneste også her har fått meir gehør som ein hensiktsmessig måte å organisere førebyggjande tenester på.

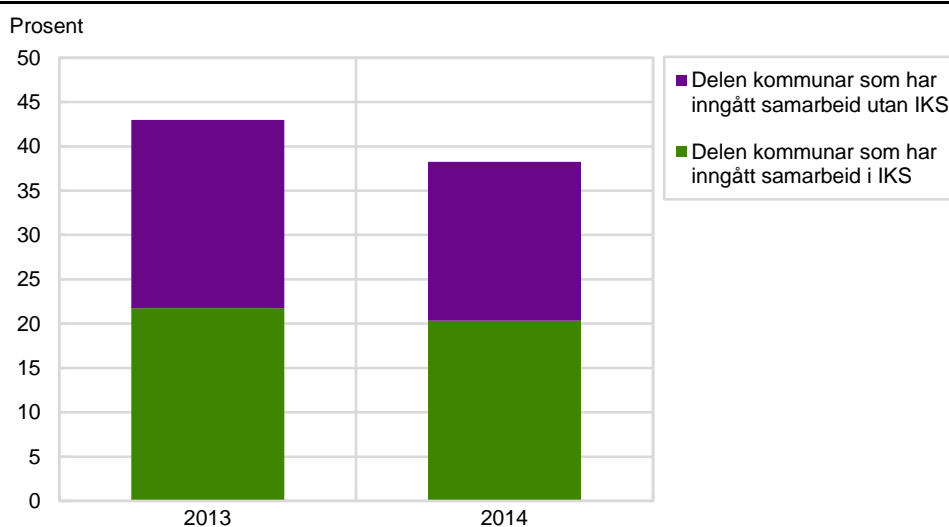
4.4. Samarbeid om frisklivssentralar i kommunane

Helsedirektoratet oppmodar kommunane til å etablere frisklivssentralar i eigen kommune eller i samarbeid med andre kommunar, t.d. i såkalla interkommunale samarbeid. Mange kommunar vel å samarbeide og organisere tenestene deira i interkommunale samarbeid. Interkommunale samarbeid blir i mange kommunar sett på som ein meir hensiktsmessig organisering av kommunale tenester med omsyn til tilgjengeleg personell, ressursar og fagkompetanse. Samarbeid på tvers av kommunar og gjerne i interkommunale samarbeid er òg vanleg innanfor helse- og omsorgstenestene i kommunane. Mellom anna er organiseringa av legevakttenesta eit døme kor dette er utbreidd (SSB 2015).

Det vil elles vere interessant å sjå om organisering av frisklivssentralar i samarbeid med andre kommunar varierer etter regionale bakgrunnskjenneteikn. Er det slik at kommunar med eit sett med felles regionale bakgrunnskjenneteikn vel å etablere frisklivssentralar i samarbeid med andre kommunar i større grad enn andre? Er det slik at ein høgare del kommunar i bestemte fylke vel å etablere frisklivssentralar i samarbeid med andre kommunar samanlikna med andre fylke? Er det slik at storleiken til ein kommune, målt i innbyggjartal, kan vere avgjerande for om ein vel å etablere eit? Eller er det slik at sentraliteten til ein kommune er med på å avgjere om ein vel å etablere tilbodet i samarbeid med andre kommunar eller ikkje. Det er rimeleg å anta at små kommunar med avgrensa tilgang til personell, ressursar og kompetanse på området vel å samarbeide med andre kommunar om tenesta i større grad enn større kommunar.

Figur 4.5 viser delen kommunar som har frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar om frisklivssentralen sitt tilbod. I tillegg viser den kor mange av desse kommunane som har etablert dette i eit interkommunalt samarbeid i 2013 og 2014.

Figur 4.5 Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar i alt, med og utan interkommunalt samarbeid



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.5 viser at delen kommunar med frisklivssentralar som vel å inngå samarbeid med andre kommunar om tilbodet er noko redusert mellom 2013 og

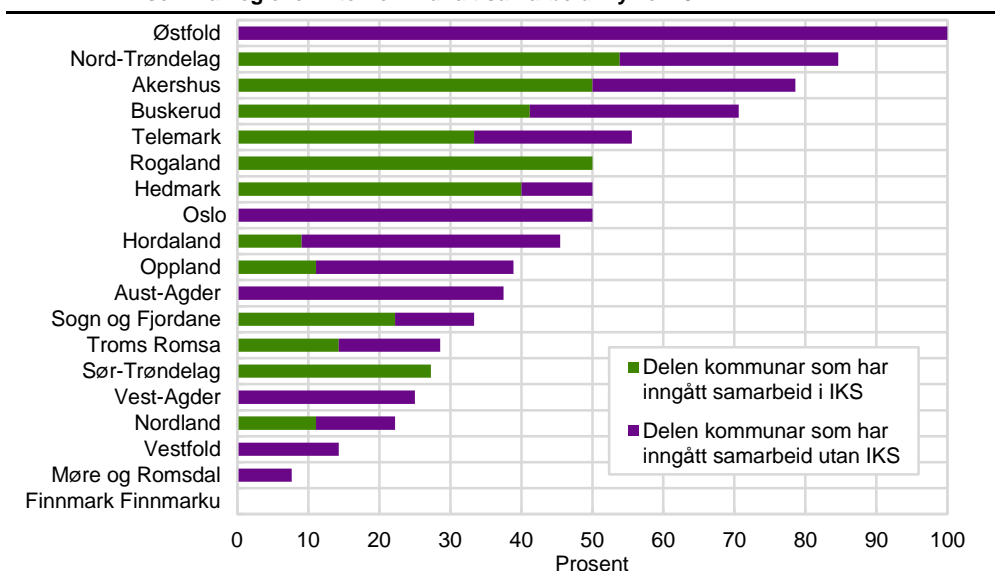
2014. Den same tendensen gjeld også for kommunar som vel å inngå interkommunale samarbeid.

Blant alle kommunane som har etablert frisklivssentralar var det 43 prosent som hadde inngått samarbeid med andre kommunar i 2013, medan den tilsvarende delen var 38 prosent i 2014. Når det gjeld delen som hadde inngått interkommunale samarbeid var det 22 prosent som hadde inngått IKS i 2013, medan det var 20 prosent i 2014. I og med at det er fleire kommunar som har etablert frisklivssentralar i 2014 samanlikna med i 2013 (høvesvis 251 og 207), er det absolutte talet kommunar som har inngått samarbeid i 2014 likevel høgare samanlikna med i 2013, både når det gjeld samarbeid generelt og interkommunale samarbeid spesielt.

Grunnlagstala frå 2013 viser elles at samarbeid om eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralane med éin annan kommune er mest vanleg. Vidare ser ein at samarbeid med tre andre kommunar er den nest mest vanlege måten å samarbeide på.

Figur 4.6 viser delen kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar om tilbod med og utan IKS fordelt etter fylke 2013.

Figur 4.6 Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar som vanleg eller interkommunalt samarbeid. Fylke. 201



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.6 viser store fylkesvise skilnader når det gjeld å organisere frisklivssentralar i samarbeid med andre kommunar. Det viser også forskjellar mellom fylke når det gjeld å samarbeide i eit interkommunalt samarbeid eller ikkje.

Østfold var einaste fylke der alle kommunar med frisklivssentral valde å samarbeide om organiseringa, medan Finnmark var einaste fylke der ingen kommunar valde å samarbeide om tenesta. Desse to fylka var òg dei to fylka med færrest kommunar med frisklivssentralar i både 2013 og 2014. Det er rimeleg å anta at lange reiseavstandar i Finnmark gjer det vanskeleg å samarbeide på tvers av kommunar om eit lågterskeltilbod som frisklivssentralar. Dersom eit tilbod berre blir gitt i ein samarbeidskommune der reisetida vil vere lang for å delta, kan ikkje lenger tilbodet bli rekna som eit lågterskeltilbod.

Nord-Trøndelag var fylket der høgast del kommunar valde å organisere samarbeidet som eit interkommunalt samarbeid, med 54 prosent. I Rogaland hadde halvparten av kommunane valt å samarbeide om frisklivssentralar. Alle kommunane som valde å samarbeide i Rogaland, valde å organisere det som eit

interkommunalt samarbeid. I Oslo hadde halvparten av bydelane med frisklivssentralar valt å samarbeide med andre bydelar i vanlege samarbeid. Interkommunalt samarbeid er ikkje ein aktuell måte å organisere for i Oslo.

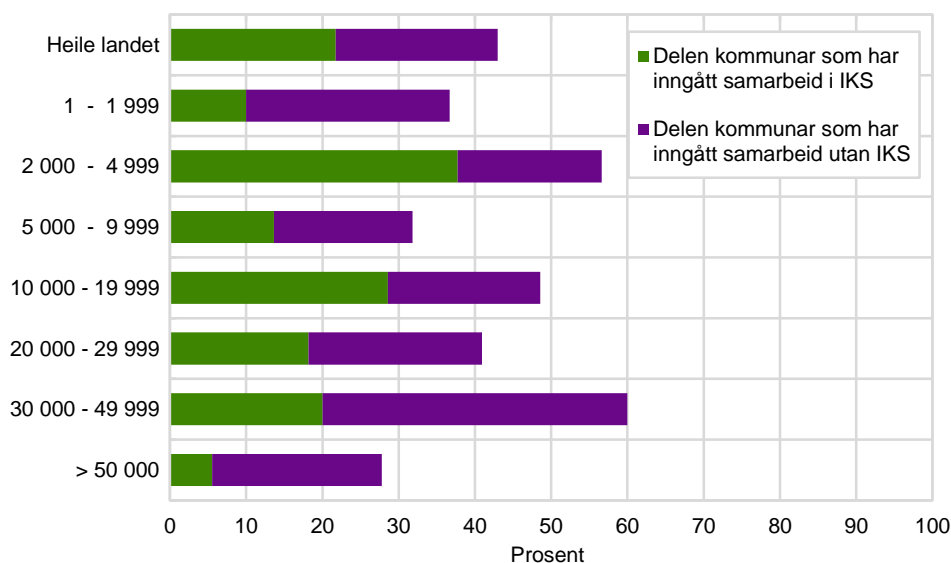
Figuren viser store fylkesvise skilnader når det gjeld om kommunar vel å samarbeide på tvers av kommunegrensene eller ikkje. Det vil vere fleire forhold som spelar inn om kommunar vel å samarbeide om frisklivssentralar. I fleire tilfelle kan samarbeid kome av at kommunane allereie har inngått samarbeid på andre tenesteområde der dette har fungert. I andre tilfelle kan personell, ressursar og fagkompetanse gjere det naudsynt å samarbeide med nabokommunar om heile eller delar av tilbodet ved frisklivssentralar.

Målt i innbyggjartal finst det kommunar av ulik storleik i dei ulike fylka. Samansetnaden av kommunestorleik varierer òg frå fylke til fylke. I fylke med mange kommunar med under 5 000 innbyggjarar vil det vere rimeleg å anta at fleire søker samarbeid om frisklivssentralar. I Nord-Trøndelag, som er eitt av fylka der delen kommunar med samarbeid er høgast, har tre av fire kommunar under 5 000 innbyggjarar. Dette underbygger hypotesen om at samarbeid blir inngått i fylke med mange små kommunar. Samstundes har Finnmark og Troms også ein stor del kommunar med under 5 000 innbyggjarar. I desse fylka er det ein låg del av kommunane som har valt å samarbeide. Her gjer nok lange reiseavstandar seg gjeldande og det blir difor vanskeleg å inngå samarbeid. Dette kan også vere gjeldande i inne i andre fylke med mange små kommunar. Det vil difor vere interessant å sjå korleis samarbeidskommunar fordeler seg etter kommunestorleik.

4.5. Samarbeid om frisklivssentralar etter ulike kommunestorleikar

Det er rimeleg å anta at små kommunar med avgrensa tilgang til fagpersonell med kompetanse, ressursar og godt utbygde helsetenester i større grad vil søke samarbeid enn større kommunar. Figur 4.7 viser delen kommunar som har inngått samarbeid med og utan interkommunalt samarbeid i 2013.

Figur 4.7 Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar med eller utan interkommunalt samarbeid. Kommunestorleik. 2013



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.7 viser at førekomsten av kommunesamarbeid om frisklivssentralar ikkje varierer eintydig med kommunestorleik. Kommunar med innbyggjartal på 30 000 – 49 999 har flest kommunar som har inngått samarbeid. Samstundes viser figuren at ein stor del kommunar under 5 000 også vel å samarbeide om frisklivssentralar.

Delen som samarbeider er høgast blant kommunar med få innbyggjarar og blant kommunar med relativt mange innbyggjarar (30 000 – 49 999). Medan det var 57 prosent av kommunane med frisklivssentralar med 2 000 – 4 999 innbyggjarar som hadde valt å samarbeide om tenesta, var det tilsvarende 60 prosent blant kommunar med 30 000 – 49 999 innbyggjarar. Lågast del samarbeidande kommunar finn ein blant kommunar med 5 000 – 9 999 innbyggjarar og kommunar med fleire enn 50 000 innbyggjarar (høvesvis 32 prosent og 28 prosent).

Når det gjeld delen som har valt å organisere tenesta som eit interkommunalt samarbeid, er det flest kommunar i gruppa med 2 000 – 4 999 innbyggjarar. Lågast er delen blant kommunar med meir enn 50 000 innbyggjarar. I denne gruppa er bydelar i Oslo inkludert og vil vere med å bidra til at delen med interkommunalt samarbeid er lågt.

Grunnlagstala viser at geografisk nærleik ser ut til å spele ei stor rolle for kva kommunar som vel å inngå samarbeid. Fleire kommunar har også samarbeid om frisklivssentralar på tvers av fylkesgrensene dersom dei ligg geografisk nære. Vidare ser ein at fleirtalet av dei minste kommunane (0- 1 999) samarbeider med større kommunar enn seg sjølv. Blant kommunar med 2 000 – 4 999 innbyggjarar er det om lag halvparten av kommunane som samarbeider med større kommunar, medan den andre halvparten samarbeider med like store eller mindre kommunar. Blant kommunar med 5000 – 9 999 innbyggjarar samarbeider fleirtalet med like store eller mindre kommunar. Blant kommunar med 10 000 – 19 999 innbyggjarar samarbeider det store fleirtalet med kommunar som er like store eller større. I kommunar med 20 000 – 39 999 har dei fleste kommunane samarbeid med mindre kommunar. I dei to største kommunegruppene varierer samarbeidet mellom å vera med mindre og like store kommunar.

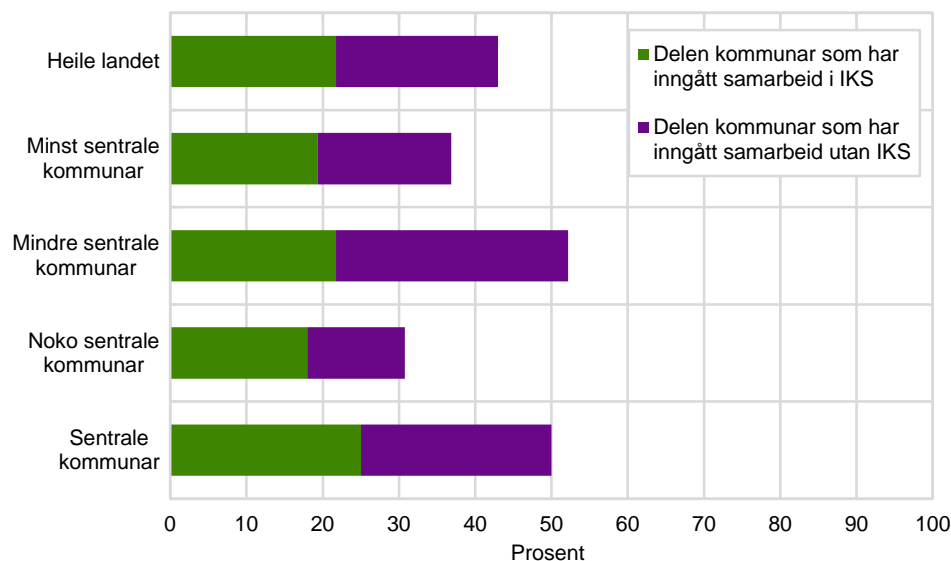
4.6. Samarbeid om frisklivssentralar etter kommunesentralitet

Det vil vere rimeleg å anta at kor langt ein kommune ligg frå næraste tettstad vil påverke om kommunen vel å samarbeide med andre kommunar om frisklivssentralar. Det er tidlegare blitt vist at det er relativt få kommunar i som vel å samarbeide i fylke med lange reiseavstandar. Dersom dette er tilfelle er det truleg meir hensiktsmessig å organisere tilbodet i eigen kommune. For små kommunar i sentrale område kan det vere like hensiktsmessig å søke samarbeid med større kommunar i nærområdet.

Figur 4.8 viser delen kommunar som har frisklivssentralar som har valt å samarbeid med og utan interkommunalt samarbeid fordelt etter kommunesentralitet.

Figur 4.8 viser at delen kommunar som vel å samarbeide om frisklivssentralar er høgast i gruppa med mindre sentrale kommunar og i gruppa med dei mest sentrale kommunane. Samstundes er delen som vel å samarbeide lågast i gruppa med noko sentrale kommunar og i gruppa med minst sentrale kommunar.

Figur 4.8 Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar med eller utan interkommunalt samarbeid. Kommunestorleik. 2013



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at førekomsten av samarbeidande kommunar ikkje varierer eintydig med aukande sentralitet. Samstundes ser ein at det er ein stor del kommunar i sentrale strom som vel å samarbeide. Medan halvparten av kommunane i gruppa med mest sentrale kommunar valte å samarbeide om tilbodet ved frisklivssentralane, var det tilsvarande delen 37 prosent blant dei minst sentrale kommunane. Dette er stadfestar hypotesen om at det er meir hensiktsmessig med samarbeid mellom kommunar der det er korte reiseavstandar mellom kommunesentra, og slik ikkje bygger unødvendige tersklar for dei som skal nytta seg av tilbodet. Samstundes har kommunar i dei minst sentrale kommunane, kan hende meir att for organisere tenesta i eigen kommune, då samarbeid med kommunar med lang reisetid til staden der tenesta blir tilbydd vil skape tersklar som gjer det vanskeleg for dei i målgruppa som skal nytta seg av det. Det er samstundes verdt å merke seg at kommunar som vel å samarbeide også er høg i mindre sentrale kommunar.

Grunnlagstala viser elles at blant kommunane i gruppa minst sentrale kommunar i all hovudsak samarbeider med andre i same sentralitetsgruppe. I gruppa med mindre sentrale kommunar samarbeider hovuddelen av kommunane med andre i same gruppe. I gruppa noko sentrale kommunar samarbeider hovuddelen med andre mindre sentrale kommunar eller kommunar i gruppa minste sentrale kommunar. Når det gjeld gruppa med mest sentrale kommunar, samarbeider kommunane med andre sentrale kommunar. Dette støttar oppunder hypotesen om nærleik til andre kommunar er avgjerande for om dei vel å samarbeide eller ikkje.

4.7. Oppsummering - Etablering og organisering av frisklivssentralar

Gjennomgangen av resultatata viser at det har vore ein jamn auke i kommunar som har etablert frisklivssentralar dei siste åra. I 2014 rapporterte 57 prosent kommunar (251 kommunar og bydelar i Oslo) at dei hadde etablert frisklivssentralar. Samstundes viser resultatata at det er forskjellar i delen kommunar som har etablert frisklivssentralar etter regionale bakgrunnskjenneiteikn. Fordelt etter fylke er det store skilnader i delen kommunar som har etablert tenesta. Medan 95 prosent av kommunane i Buskerud hadde etablert tenesta i 2014, var tilsvarande tal 30 prosent i Finnmark. Dette viser at arbeidet med å etablere frisklivssentralar har kome lenger i enkelte fylke samanlikna med andre. Samstundes er det ein auke i delen kommunar med frisklivssentral i nær alle fylke.

Det er skilnader mellom kommunar som har etablert frisklivssentralar etter kommunesentralitet. Resultata viser i all hovudsak at delen kommunar som har etablert frisklivssentralar, er lågast i kommunane med færrest innbyggjarar. Dette kan tyde på at fleire av dei minste kommunane ikkje ser på det som like føremålstenleg å etablere frisklivssentral som ein del av helsetenestetilbodet for å ivareta folkehelsa og førebygge folkehelseproblem som større kommunar. Samstundes viser utviklinga mellom 2013 og 2014 ein jamn auke i etablerte frisklivssentralar både blant små og store kommunar.

Det er skilnader mellom kommunar som har etablert frisklivssentralar etter kommunesentralitet. Resultata viser at det er høgast del kommunar som har etablert frisklivssentralar i dei mest sentrale stroka, medan det er lågast del blant dei minst sentrale kommunane. Samstundes viser utviklinga også her ein auke mellom 2013 og 2014 både blant dei mindre sentrale og dei meir sentrale kommunane. Dette tyder på at også dei mindre sentrale kommunane ser nytten av å etablere tenesta.

Gjennomgangen av resultata viser at om lag 40 prosent av kommunane som har etablert frisklivssentralar, har valt å samarbeide om tenesta. Om lag halvparten har valt å organisere det som eit interkommunalt samarbeid. Vidare ser ein forskjellar mellom kommunar som vel å samarbeide etter regionale bakgrunnskjenneikn. Det er store forskjellar mellom fylke når det gjeld delen som har valt å samarbeide om frisklivssentral. Det kan handle om samansetninga med omsyn til ulike storleikar på kommunane i ulike fylke. Ein ser elles ein tendens til at fylke med mange kommunar på under 5 000 innbyggjarar vel å samarbeide om tenesta. Fordelt etter kommunesentralitet er det høgast førekomst av samarbeidande kommunar blant dei mest sentrale kommunane, og i gruppa med noko sentrale kommunar.

Gjennomgangen av samarbeidande kommunar viser elles at geografisk nærleik ser ut til å vere den mest avgjerande faktoren for om ein vel å samarbeide. Små kommunar vel å samarbeide med kringliggande kommunar, ofte på same storleik eller som er noko større. I tillegg er det fleire kommunar som vel å samarbeide på tvers av fylkesgrensene. Dette tyder på at enkelte kommunar ser på det som mest hensiktsmessig å samarbeide om heile eller delar av tilboda ved ein frisklivssentral med andre kommunar. Årsaka til dette kan vere at storleiken på målgruppa til dei ulike tilboda ikkje er stor nok til at det er føremålstenleg å ha ein eigen frisklivssentral. Samstundes viser tala at det er få kommunar som vel å samarbeide i fylke med lange reiseavstandar. Dette tyder på at dei ser på det som lite attraktivt for målgruppa å tilby tenester i nabokommunar dersom reisetida er lang. Dette gjer igjen at tilbodet ikkje lenger kan kallast eit lågterskeltilbod.

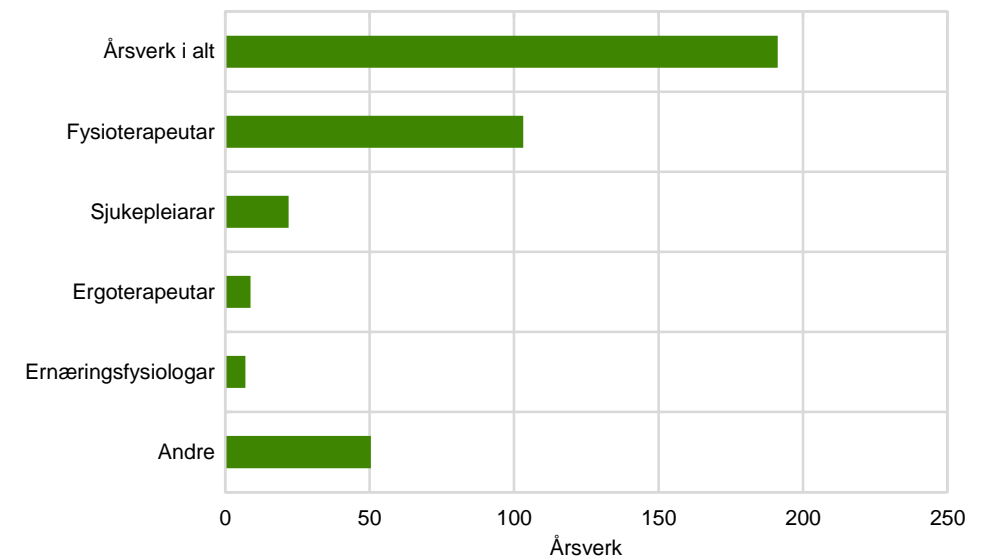
5. Er det regionale forskjellar når det gjeld tilsette og brukarar ved frisklivssentralar?

Alt personell som utfører helsehjelp på ein frisklivssentral, er omfatta av helsepersonellova (www.lovdata.no). Dette er uavhengig av om dei tilsette har profesjonsutdanning innanfor helse eller annan fagleg bakgrunn. Det avgjerande er at hjelpa som blir gitt blir sett på som helsehjelp. Med helsehjelp meiner ein ei kvar handling som har førebyggjande, diagnostisk, behandlande, helsebevarande eller rehabiliterande mål. Den som leiar frisklivssentralen skal ha helsefagleg bakgrunn. Frisklivssentralen er ein tverrfagleg teneste. Dei som jobbar på frisklivssentralen kan ha ulike fagleg bakgrunn som t.d. fysioterapi, ernæring, pedagogikk, ergoterapi, sjukepleie, folkehelsevitenskap, psykologi, fysisk aktivitet og helse (Helsedirektoratet 2013).

Sjølv om nærmare seks av ti kommunar rapporterte at dei hadde etablert frisklivssentralar i 2014, kan personell som er tilsett ved frisklivssentralen variere både når det gjeld talet på årsverk og fagleg bakgrunn. I tillegg har personell som jobbar ved ein frisklivssentral ofte andre oppgåver i kommunen. Det er rimeleg å anta at personelldekninga ved ein frisklivssentral vil vere avhengig av befolkningsgrunnlaget i kommunen, talet på personar i målgruppa i kommunen og omfanget av tilbodet som blir gitt. Med personelldekning og dekningsgrad meiner ein i dette tilfelle talet på årsverk ved frisklivssentralar i høve til innbyggjartalet i kommunane som har tilbodet.

Figur 5.1 viser talet på avtalte årsverk ved frisklivssentralar fordelt etter ulike utdanningar i 2013.

Figur 5.1 Avtalte årsverk ved frisklivssentralar fordelt etter ulike utdanningar. Heile landet. 2013. Absolutte tal



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 5.1 viser at det var 191 avtalte årsverk tilsett ved frisklivssentralar i 2013. Fysioterapeutar utgjer den klart største yrkesgruppa med over halvparten av årsverka.

Det var 103 fysioterapeutårsverk ved frisklivssentralane i 2013. Sjukepleiarar var den nest største yrkesgruppa og utgjorde 22 årsverk, medan ergoterapeutar var tredje størst med 9 årsverk. Ernæringsfysiologar utgjorde 7 årsverk, medan andre yrkesgrupper eller utdanningar utgjorde 50 årsverk. Ein gjennomgang av kva kommunane har oppgitt under andre årsverk syner at det mellom anna er

folkehelsekoordinator, helsesøster, psykolog, pedagog, barnevernspedagog, psykiatrisk sjukepleiar, aktivitør, fysisk aktivitet- og helserådgivar, treningsinstruktør, personell utdanna ved idrettshøgskule, team for psykisk helse i kommunen, miljøterapeut og coach.

Tala viser at sjølv om fysioterapeutar utgjer den største delen av årsverka ved frisklivssentralar, er det mykje ulikt personell med ulike utdanningar innanfor helse, ernæring, trening og pedagogikk som jobbar ved frisklivssentralar. Det er grunn til å anta at fleire av gruppene er involverte i bestemte kurs som pasientane får tilbod om ved frisklivssentralane og at samansetnaden difor varierer etter behov.

Som tidlegare nemnd, kan personelldekninga ved frisklivssentralar i ulike kommunar variere. Faktorar som spelar inn kan vere befolkningsgrunnlaget i kommunen generelt og i målgruppa spesielt, økonomiske ressursar, tilgang til relevant personell og omfanget av tilbod ved frisklivssentralen. Det vil vere rimeleg å anta at større kommunar har fleire tilsette årsverk der fleire folk nyttar seg av tilbodet.

Tabell 5.1 viser talet på årsverk i alt ved frisklivssentralar, talet på årsverk per kommune med frisklivssentral og talet på årsverk per 10 000 innbyggjarar i kommunar med frisklivssentral for heile landet og i dei ulike fylka i 2013.

Tabell 5.1 Avtalte årsverk i alt ved frisklivssentralar, talet på kommunar med frisklivssentralar og talet på årsverk per kommune med frisklivssentralar. Fylke. 2013

	Avtalte årsverk i alt	Talet på årsverk per kommune med frisklivssentral	Talet på årsverk per 10 000 innbyggjarar i kommunar med frisklivssentral
Heile landet	190	0,9	0,6
Østfold	2	1,2	0,4
Akershus	18	1,3	0,5
Oslo	12	1,5	0,4
Hedmark	10	1,0	0,9
Oppland	11	0,6	0,9
Buskerud	24	1,4	1,0
Vestfold	7	1,1	0,5
Telemark	9	1,0	0,9
Aust-Agder	4	0,5	0,5
Vest-Agder	3	0,3	0,2
Rogaland	17	1,7	0,5
Hordaland	11	1,0	0,3
Sogn og Fjordane	7	0,7	1,4
Møre og Romsdal	9	0,7	0,8
Sør-Trøndelag	10	0,9	0,4
Nord-Trøndelag	10	0,8	1,3
Nordland	16	0,9	1,2
1900 Troms Romsa	7	0,5	0,5
Finnmark Finnmarku	1	0,4	1,0

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.1 viser at det er i underkant av eitt årsverk per frisklivssentral i 2013. Samstundes er dekningsgrada 0,6 årsverk per 10 000 innbyggjarar i kommunar med frisklivssentralar. Samstundes viser tala fylkesvise skilnader både når det gjeld årsverk per frisklivssentral og årsverk per 10 000 innbyggjarar.

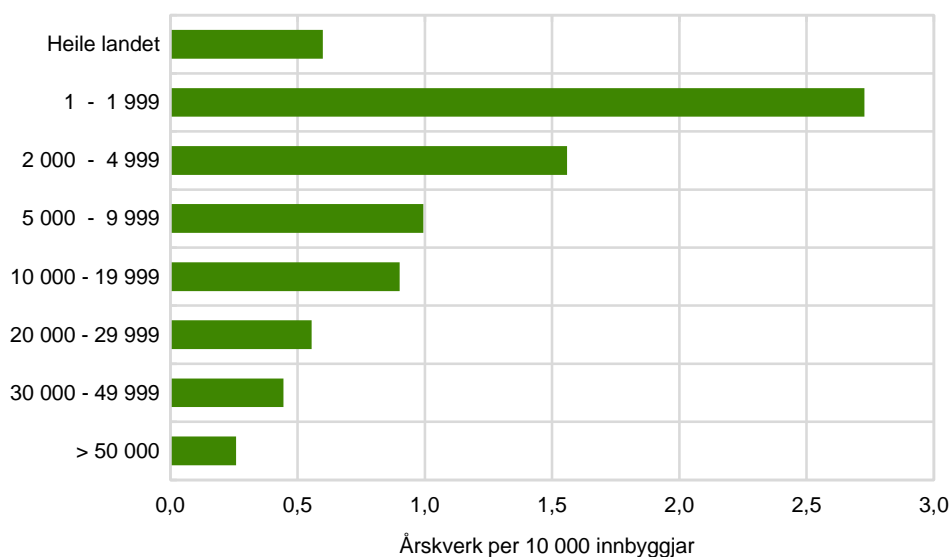
Buskerud var fylket som hadde flest årsverk knytt til frisklivssentralar i 2013 med 24, medan Finnmark hadde færrest med eitt årsverk. Dette kan i stor grad forklarast med at det er dei to fylka med høvesvis flest og færrest kommunar med etablerte frisklivssentralar. Dersom ein ser på årsverk per frisklivssentral viser tabellen at Rogaland er fylket der kommunane har flest årsverk per frisklivssentral med 1,7, medan tilsvarende tal var 0,3 årsverk for Vest-Agder, som var fylket med færrest årsverk per frisklivssentral.

Tabellen viser at det for heile landet var 0,6 årsverk per 10 000 innbyggjarar i kommunar med frisklivssentralar i 2013. Tala viser elles skilnader mellom fylka i personelldekninga til kommunar med frisklivssentralar. Sogn og Fjordane var fylket med høgast dekningsgrad med 1,4 årsverk per 10 000 innbyggjarar, medan Vest-Agder har lågast dekningsgrad med 0,2 årsverk. Det kan elles vere grunn til å tru at variasjonane kan forklarast med kor omfattande tilbodet er og kor mange som nyttar seg av tenestene ved frisklivssentralane i dei ulike kommunane.

Det vil elles vere interessant å sjå korleis dekningsgrada av årsverk fordeler seg etter storleiken til kommunane. Er det slik at dekningsgrada er høgast i små kommunar som har etablert frisklivssentralar, eller er ho høgast i større kommunar der det er grunn til å tru at tilbodet er meir omfattande og talet på deltakarar er fleire?

Figur 5.2 viser talet på avtalte årsverk i frisklivssentralar per 10 000 innbyggjarar i kommunar med frisklivssentralar fordelt etter ulike kommunestorleik.

Figur 5.2 Avtalte årsverk i frisklivssentralar per 10 000 innbyggjarar i kommunar med frisklivssentral, etter kommunestorleik, 2013



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 5.2 viser at dekningsgrada er høgast i små kommunar og lågast i dei største kommunane. Figuren viser elles at dekningsgrada fell eintydig med aukande kommunestorleik.

Det er høgast dekningsgrad i kommunane med under 2 000 innbyggjarar og lågast i kommunar med over 50 000 innbyggjarar. Medan talet på avtalte årsverk per 10 000 innbyggjarar var 2,7 i kommunar med under 2 000 innbyggjar, var tilsvarande tal 0,3 årsverk i kommunar med over 50 000 innbyggjarar. Elles så viser tala at dekningsgrada fell jo større storleik kommunane har. Det er viktig å understreke at delen kommunar som har etablert frisklivssentralar er minst i kommunane med færrest innbyggjarar. Samstundes kan resultatane tyde på at når ein først etablerer frisklivssentralar i dei minste kommunane blir det sett av relativt mange årsverksressursar samanlikna med i større kommunar.

Skilnadene i dekningsgrad mellom små og store kommunar er elles i tråd med dekningsgrada av årsverk for helse- og omsorgstenestene i kommunane generelt og for dei innanfor førebyggjande helsearbeid spesielt. Det er høgast dekningsgrad i små kommunar og lågast i dei største. Det kan tyde på at kommunar med mange innbyggjarar oppnår nokre stordriftfordelar, som gjer det mogleg å tilby dei same tenestene med færre årsverk samanlikna med i mindre kommunar.

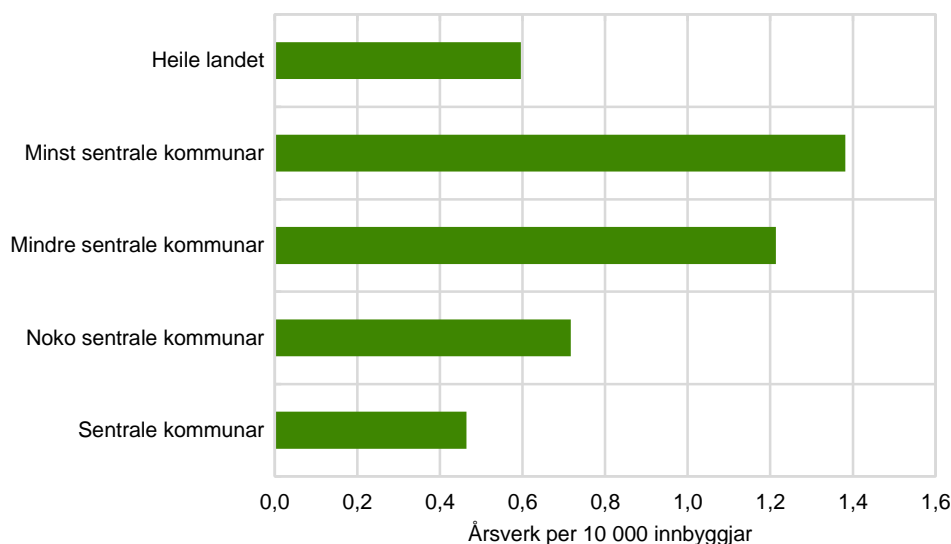
Det bør elles nemnast at fleire av gruppetilboda ved frisklivssentralane ikkje blir haldne av tilsette ved frisklivssentralane. Ofte blir tilboda gitt av andre aktørar eller i samarbeid. Det kan vere grunn til å anta at større kommunar har fleire moglegheiter for samarbeid enn i mindre kommunar. Det kan vere ein av grunnane til dekningsgrada minskar eintydig med kommunesentralitet. At dekningsgrada er høgast i dei minste kommunane kan blant anna forklarast ved at det uansett vil vere eit minimumsbehov for stillingsprosentar som må til for å etablere frisklivssentral som er i tråd med rettleiaren. Dette vil vere uavhengig kor mange innbyggjarar som er busett i kommunen.

At mange av kursa som blir tilbydd ved frisklivssentralar er gruppebaserte, gjer det kan hende mogleg for fleire folk å nytte seg av same tilboda utan at det er naudsynt med ekstra personell. Samstundes vil det vere ei grense for kor mange fleire ein kan ta inn på dei ulike gruppetilboda dersom kvar enkelt skal gjennomgå eit motiverande intervju ved start og slutt av tilboda. Dei motiverande intervjuane vil truleg vere tidkrevjande å gjennomføre, og tilgjengeleg personell ved ein frisklivssentral vil vere med å avgjere kor mange deltakarar dei kan ta inn.

Det er tidlegare vist at delen som har etablert frisklivssentralar er høgast i sentrale kommunar. Samstundes har resultatata for dekningsgrad fordelt etter kommunesentralitet vist at dei små kommunane med frisklivssentralar har høgast dekningsgrad. I og med at dei små kommunane i stor grad er samanfall med dei minst sentrale kommunane vil det vere grunn til å tru at dekningsgrada er høgast i dei minst sentrale kommunane.

Figur 5.3 viser avtalte årsverk per 10 000 innbyggjarar i kommunar som har frisklivssentral fordelt etter kommunesentralitet.

Figur 5.3 Talet på avtalte årsverk ved frisklivssentral per 10 000 innbyggjarar i kommunar med frisklivssentral. 2013



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 5.3 viser at dekningsgrada for årsverk er høgast i dei minst sentrale kommunane med frisklivssentralar, og lågast i dei mest sentrale kommunane. Figuren viser òg at dekningsgrada fell eintydig med aukande sentralitet.

Det er høgast dekningsgrad i dei minst sentrale kommunane og lågast i dei mest sentrale. Medan det var 1,4 avtalte årsverk per 10 000 innbyggjarar i dei minst sentrale kommunane, var tilsvarande tal 0,5 i dei mest sentrale kommunane. Figuren viser elles at dekningsgrada av årsverk ved frisklivssentralar fell jo meir sentrale kommunane er.

Som tidlegare nemnd, er det eit nokså stort samanfall mellom kommunesentralitet og kommunestorleik. Ei samanlikning av dekningsgrada fordelt etter kommunesentralitet og kommunestorleik underbyggjer dette. Det er tidlegare vist at delen kommunar som har etablert frisklivssentralar, er lågast i dei minst sentrale kommunane. Resultata i figuren kan tyde på at når mindre sentrale kommunar først vel å etablere frisklivssentralar, blir det sett av fleire ressursar og årsverk i forhold til innbyggjartal samanlikna med i meir sentrale kommunar.

Dekningsgrada av årsverk fordelt etter kommunesentralitet støttar elles opp om resultatane når det gjeld dekningsgrada for helse- og omsorgstenester generelt og for anna førebyggjande helsearbeid spesielt. Resultata frå KOSTRA viser at det er i dei minst sentrale kommunane at årsverksdekninga for kommunale helse- og omsorgstenester er høgast, medan den er lågast i dei mest sentrale kommunane (SSB 2015). Det same gjeld for dekningsgrada for årsverk innanfor anna førebyggjande helsearbeid. At dei mest sentrale kommunane har lågare dekningsgrad, kan tyde på at dei dreg nytte av visse stordriftsfordelar. Som tidlegare nemnd vil gruppetilboda vere moglege å gjennomføre med fleire deltakarar utan at det er naudsynt med ekstra personell. Samstundes vil det vere ei grense for kor mange fleire deltakarar ein kan ta inn på eit kurs før det blir nødvendig å setje inn ekstra personell.

Det er samstundes viktig å understreke at det totale talet på årsverk for frisklivssentralar er relativt lågt samanlikna med det totale talet årsverk innanfor helse- og omsorgstenestene i kommunane. I små og lite sentrale kommunar er det snakk om svært få årsverk totalt knytt til frisklivssentralane. Sjølv om befolkningsgrunnlaget i desse kommunane er lite, vil det uansett krevje eit visst minimum av personell for å oppfylle minimumskravet om tilbod til hjelp til auka fysisk aktivitet, snus- og røykeslutt og sunnare kosthold, som Helsedirektoratet stiller til kommunar som skal etablere frisklivssentral. Dette kan nok vere med å forklare at dekningsgrada er ein del høgare i små og mindre sentrale kommunar samanlikna med i større kommunar.

5.1. Deltakarar ved frisklivssentralar

Målgruppa for frisklivssentralar er dei som har auka risiko for, eller som har utvikla sjukdom og treng oppfølging av helsepersonell til å endre levevaner og meistre sjukdom. På frisklivssentralen er det meininga at deltakarane skal få hjelp til dette gjennom metodar med dokumentert effekt (Helsedirektoratet 2013). Personar som nyttar seg av tilbodet kan anten bli tilvist av fastlege, anna helsepersonell og NAV, eller sjølv ta direkte kontakt med frisklivssentralen.

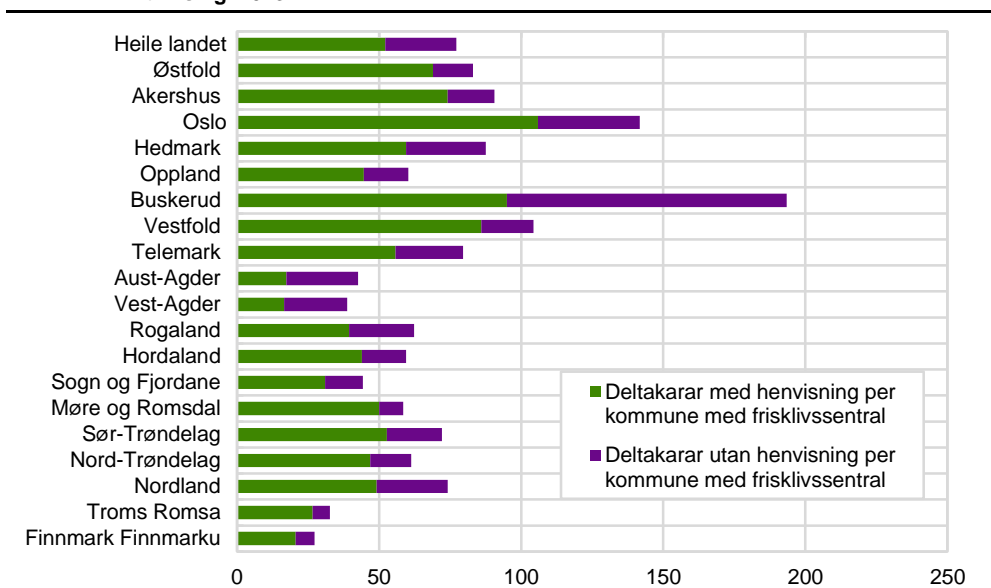
Det er tidlegare vist at det er store regionale variasjonar når det gjeld delen kommunar som har etablert frisklivssentralar. Dette gjeld både mellom fylka, mellom små og store kommunar og mellom mindre og meir sentrale kommunar. I tillegg har resultatane frå kartlegginga vist at dekningsgrada av årsverk ved frisklivssentralane varierer etter dei same regionale bakgrunnskjenneiteikna. I forhold til innbyggjarar er det i små og mindre sentrale kommunar at dekningsgrada er høgast ved frisklivssentralane, og i større sentrale kommunar at dekningsgrada er lågast.

Det er interessant å sjå kor mange deltakarar det er ved frisklivssentralar og korleis dei fordeler seg mellom ulike regionale bakgrunnskjenneiteikn. Vidare vil det vere interessant å sjå om det er skilnader i talet på årsverk per deltakar mellom fylka, mellom små og store kommunar og mellom sentrale og mindre sentrale kommunar.

Grunnlagstala viser at det var om lag 16 000 personar som deltok ved eitt eller fleire av tilboda i kommunar med frisklivssentralar i 2013. Om lag to av tre deltakarar var tilvist til frisklivssentralen, medan éin av tre som deltok gjorde det

utan tilvising. Elles viser tala at Buskerud er fylket der det var flest deltakarar ved frisklivssentralane, medan Finnmark var fylket med færrest (høvesvis 1 615 og 62). Figur 5.4 viser talet på deltakarar med og utan tilvising per kommune med frisklivssentral, fordelt etter fylke.

Figur 5.4 Personar som har nytta tilbodet ved kommunen sin frisklivssentral, etter fylke og tilvising. 2013



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren 5.4 viser at det i gjennomsnitt var 77 deltakarar som deltok på eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralar i 2013. Tala viser elles at det er store fylkesvise skilnader når det gjeld kor mange som har deltatt på frisklivssentralar.

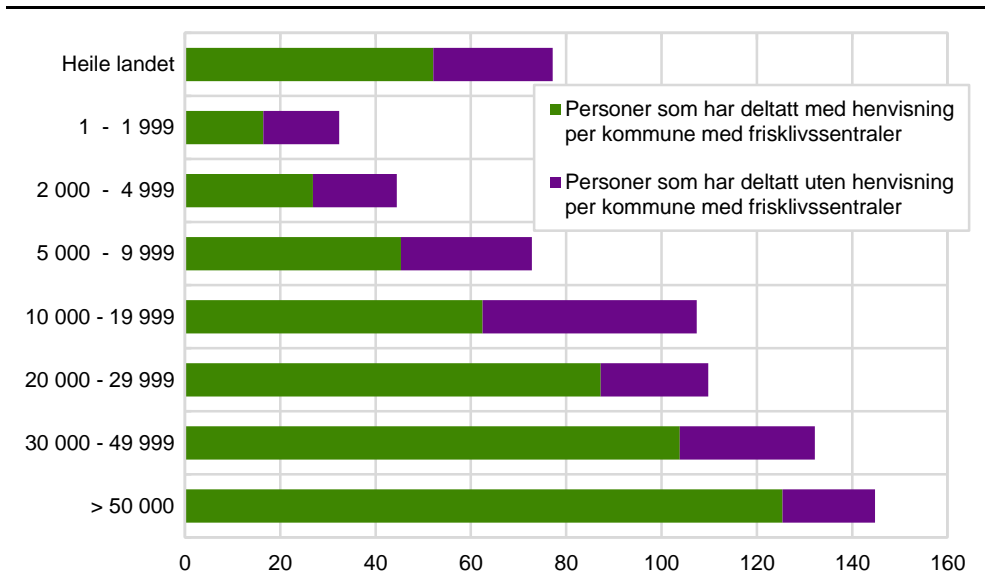
Finnmark er det fylket der færrest personar har delteke per kommune som har frisklivssentral. Tilsvarande er Buskerud det fylket som har flest personar per kommune med frisklivssentralar har delteke. Medan det i gjennomsnitt var 27 personar per kommune som hadde tilbodet som deltok ved frisklivssentralar i Finnmark, var det tilsvarande talet 193 personar i Buskerud. Figuren viser elles at det er flest personar med tilvising som har deltatt på tilboda ved frisklivssentralane i dei aller fleste fylka. Unntaka er Buskerud, Aust-Agder og Vest-Agder der fleirtalet som deltok var utan tilvising.

Figur 5.5 viser talet på deltakarar med og utan tilvising per kommune med frisklivssentral fordelt etter kommunestorleik.

Figur 5.5 viser at det er flest deltakarar per kommune med frisklivssentral i dei største kommunane. Vidare er det færrest personar som deltek i dei minste kommunane. Figuren viser elles at talet på deltakarar per frisklivssentral aukar med stigande kommunestorleik.

Det var flest deltakarar per frisklivssentral i kommunar med over 50 000 innbyggjarar, og færrest i kommunar med under 2000 innbyggjarar. Medan det var 145 deltakarar per frisklivssentral i kommunar med over 50 000 innbyggjarar, var det tilsvarande talet 32 deltakarar blant kommunar med under 2 000 innbyggjarar. Figuren viser elles at det flest personar med tilvising som deltek på tilbod ved frisklivssentral uavhengig av storleik på kommunen. Samstundes er tendensen at delen som deltek utan tilvising fell med aukande kommunestorleik.

Figur 5.5 Talet på personar som har deltatt med og utan tilvising per kommune med frisklivssentral. Kommunestorleik. 2013



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Ei årsak til dette kan vere at tilbodet er betre kjent i små kommunar samanlikna med større kommunar. Det at ein ikkje naudsynt treng å gå via fastlege eller andre instansar med tilvising for å nytte seg av tilboda ved frisklivssentralen. I større kommunar er det kan henda ein lågare del av befolkninga som kjenner til tilbodet, og blir gjort merksam på tilbodet i kontakt med instansar som tilviser, t.d. fastlegen. I større kommunar kan det òg, av kapasitetsomsyn, i større grad vere slik at ein berre kan ta inn pasientar med tilvising.

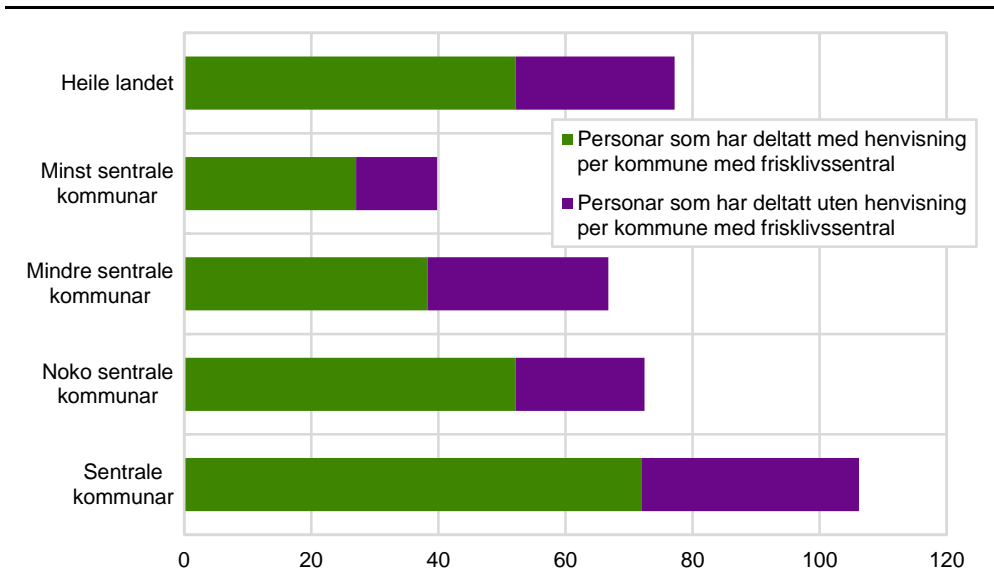
At talet på deltakarar per frisklivssentral aukar nokså eintydig med stigande kommunestorleik kan skuldast fleire forhold. Ei av forklaringane kan vere at større kommunar oppnår nokre stordriftfordelar og driv såleis meir effektivt enn små kommunar. Samstundes kan ulikt kompetansenivå på tilsette ved frisklivssentralar og innsatsen til kommunane når det gjeld informasjon og marknadsføring av tilbodet spele inne. I tillegg er det kjent at enkelte kommunar har avgrensingar når det gjeld målgruppa for frisklivssentralane. Dette er t.d. tilfelle i for frisklivssentralar i Hordaland. Datagrunnlaget i kartlegginga gir derimot ikkje moglegheit til å avkrefte eller stadfeste desse hypotesene.

Det er tidlegare vist at det er samanfall mellom delen kommunar som har etablert frisklivssentralar i store kommunar og dei mest sentrale kommunane. Det vil vere grunn til å tru at talet på deltakarar per frisklivssentral er høgast i dei mest sentrale kommunane.

Figur 5.6 viser talet på deltakarar med og utan tilvising per kommune med frisklivssentral, fordelt etter kommunesentralitet.

Figur 5.6 viser at det er færrest deltakarar per kommune med frisklivssentral i dei minst sentrale kommunane. Det er samstundes flest deltakarar per kommune med frisklivssentralar i dei mest sentrale kommunane. Figuren viser elles at talet på deltakarar stig med aukande sentralitet.

Figur 5.6 Talet på personar som har deltatt med og utan tilvising per kommune med frisklivssentral. Kommunesentralitet. 2013



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Talet på deltakarar er lågast i dei minst sentrale kommunane og høgast i dei mest sentrale. Medan det var 40 deltakarar per kommune med frisklivssentral i dei minst sentrale kommunane, var det tilsvarende talet 106 i dei mest sentrale kommunane. Elles viser figuren at talet på deltakarar stig jamt dess meir sentrale kommunane er. Vidare er det flest personar med tilvising som deltek ved eitt eller fleire at tilboda ved frisklivssentralane i alle sentralitetsgruppene.

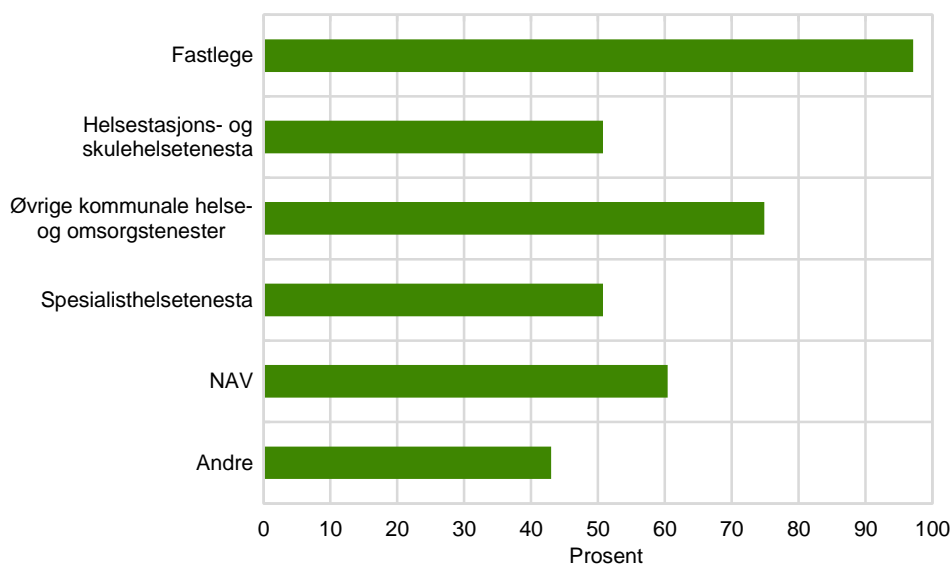
Samstundes er det særleg i dei mindre sentrale kommunane at delen deltakarar utan tilvising er høgast. Dette er til ein viss grad i tråd med resultatata fordelt etter kommunestorleik, og moglegheita for at det i mindre sentrale kommunar med få innbyggjarar er forholdsvis fleire som kjenner til tilboda samanlikna med i større kommunar og meir sentrale kommunar. Det gjer at det personar i mindre kommunar kan ha større tilbøyelegheit til å oppsøke ein frisklivssentral på eige initiativ samanlikna med i større kommunar.

5.2. Flest deltakarar blir tilvist av fastlege til frisklivssentralar

Når det gjeld tilvisingar, kan personar bli tilvist av fastlege, anna helsepersonell og NAV, eller ta direkte kontakt med frisklivssentralen. Figur 5.7 viser ein oversikt over kommunar med frisklivssentralar som har fått tilvist personar frå ulike tenester

Figur 5.7 viser at nær alle kommunar med frisklivssentralar har fått tilvist personar frå fastlegetenesta. Vidare viser figuren at andre kommunale helse- og omsorgstenester og NAV, er dei to andre tenestene der flest kommunar har fått tilvist deltakarar frå.

Fastlegen er tenesta som flest kommunar har fått tilvist deltakarar frå. Medan 97 prosent av kommunane hadde fått tilvist personar frå fastlege, var det 75 prosent som hadde fått tilvist personar frå andre kommunale helse- og omsorgstenester og 60 prosent frå NAV. Halvparten av kommunane med frisklivssentralar hadde fått tilvist personar frå helsestasjons- og skulehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

Figur 5.7 Ulike tenester som har tilvist personar i kommunar med frisklivssentralar. 2013

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser elles at 43 prosent av kommunane rapporterte å ha fått personar frå andre etatar eller tenester. Ein gjennomgang av svara frå kommunane som har rapportert «Andre» viser at det er mange andre etatar og tenester som også har tilvist deltakarar. Mellom anna blir følgjande andre tenester/etatar nemnd: privatpraktiserande fysioterapeutar, privatpraktiserande psykologar, aktiv på dagtid, rehabiliteringssenter, DPS, kiropraktor, barnevernstenesta, friviljugsentralen, attføringscenter, Fretex, bedriftshelsetenesta, personalavdelinga i kommunen, rustenesta, pårørande, senter for sjukeleg overvekt. I tillegg er det fleire kommunar som svarer at andre deltakarar har introdusert personar for tilboda ved frisklivssentralane.

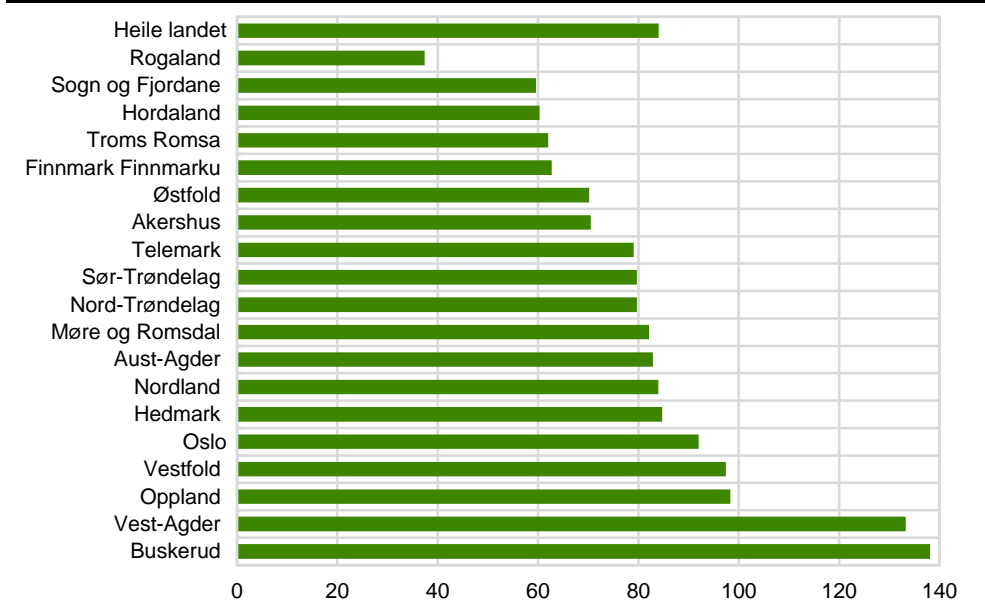
Fordelt etter regionale kjenneteikn viser grunnlagstala at fastlege er den tenesta flest får tilvisingar frå både fordelt etter fylke, kommunestorleik og kommunesentralitet. Det er elles ein tendens til at delen kommunar som får tilvisingar frå andre kommunale helse- og omsorgstenester, er høgare blant dei mest sentrale og store kommunane. Den same tendensen ser òg ut til å vere gjeldande for tilvisingar frå NAV og helsestasjons- og skulehelsetenesta. For dei andre etatane og tenestene som har tilvist, er det små variasjonar etter kommunestorleik og kommunesentralitet. Grunnlagstala viser samstundes nokre fylkesvise skilnader når det gjeld delen tilvisingar frå dei ulike tenestene eller etatane.

5.3. Årsverksdekning per deltakarar som nyttar frisklivssentralar

Medan årsverk per 10 000 innbyggjarar seier noko om personelldekninga for alle busette i ein kommune, indikerer talet på deltakarar per årsverk kor god personelldekning dei som faktisk nyttar seg av tilboda har tilgjengeleg.

Figur 5.8 viser kor mange deltakarar det er per årsverk ved frisklivssentralar for heile landet og fordelt etter fylke.

Figur 5.8 viser at det er om lag 84 deltakarar per årsverk ved frisklivssentralar i heile landet totalt. Figuren viser elles at det er fylkesvise skilnader i deltakarar per årsverk.

Figur 5.8 Deltakarar på frisklivssentral per årsverk. Heile landet og fylkesvis. 2013

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Rogaland er fylket der det er færrest deltakarar per årsverk og Buskerud er fylke med flest deltakarar per årsverk. Medan Rogaland hadde om lag 37 deltakarar per årsverk, var det tilsvarande talet 138 deltakarar per årsverk i Buskerud. Blant andre fylke der det er relativt få deltakarar per årsverk finn ein Sogn og Fjordane, Hordaland, Troms og Finnmark. Når det gjeld andre fylke som har relativt mange deltakarar per årsverk, finn ein Vest-Agder med 133 deltakarar per årsverk.

Fylkesvise forskjellar i talet på deltakarar per årsverk mellom fylka kan skuldast fleire årsaker. For det første kan det vere reelle skilnader i tilbødet som blir gitt på frisklivssentralane i dei ulike fylka. Dersom det blir tilbydd forholdsvis fleire kurs i enkelte fylke samanlikna med andre, vil det vere grunn til å anta at fleire deltakarar vil nytte seg av frisklivssentralane her samanlikna med i andre fylke. Dersom frisklivssentralar i enkelte fylke tilbyr fleire gruppetilbod enn andre, kan det òg vere grunn til tru at det vil vere fleire deltakarar per årsverk enn i fylke der gruppetilboda er færre.

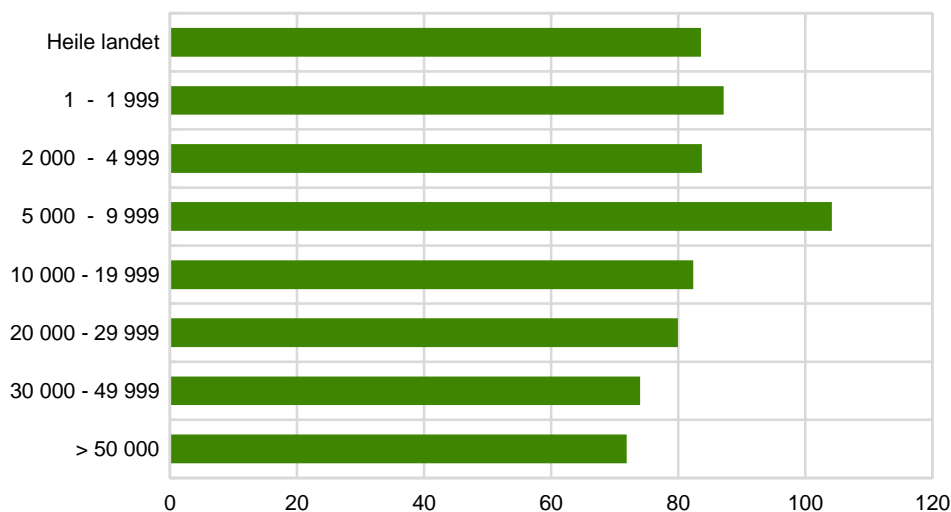
For det andre kan storleiken på målgruppene, som kan nytte seg av tilboda ved frisklivssentralane i fylka, vere ulike. Dersom målgruppa er særleg stor i enkelte fylker, er det grunn til å anta at det er fleire deltakarar her per årsverk samanlikna med i andre fylke. Når det gjeld Buskerud, er dei fylket med flest kommunar med frisklivssentral. Dei har elles kome lengre i arbeidet med etablering og tilbod ved sentralane samanlikna med fleire andre fylke. Det kan tyde på at Buskerud har betre kompetanse når det gjeld å inkludere fleire deltakarar per årsverk enn andre fylke.

Deltakarar per årsverk bør òg sjåast i samanheng med personelldekninga i forhold til heile befolkninga i fylka. Ei samanlikning av figur 4.17 og tabell 4.1 viser at det ikkje naudsynt er samanfall mellom personelldekninga i befolkninga totalt og personelldekninga for deltakarane ved frisklivssentralane i dei ulike fylka. I enkelte fylke er det høg dekningsgrad i befolkninga totalt, men låg dekningsgrad blant dei som deltar. I andre fylke er det motsett med låg dekningsgrad i befolkninga totalt og høg dekningsgrad blant dei som deltar. Det kan vere fleire mekanismar som spelar inn og bidreg til dette. Mellom anna er det truleg eit uttrykk for at delen av befolkninga som deltek ved tilbod ved frisklivssentralar varierer mellom fylka.

Ein gjennomgang av grunnlagstala viser at det er store variasjonar mellom fylka når det gjeld delen av befolkninga som deltar på eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralane. Medan deltakarane utgjer 1,4 prosent av heile befolkninga i Buskerud, utgjer dei under 0,2 prosent i Hordaland. Det er lite som tyder på at det er så store skilnader storleiken i målgruppene på tvers av fylka. Samstundes kan det vere eit uttrykk for at enkelte fylke vel å organisere førebyggjande helsearbeid på andre måtar enn etter «Veileder for kommunale frisklivssentraler».

Figur 5.9 viser kor mange deltakarar det er per årsverk ved frisklivssentralar, fordelt etter kommunestorleik.

Figur 5.9 Deltakarar på frisklivssentral per årsverk. Heile landet og kommunestorleik. 2013



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

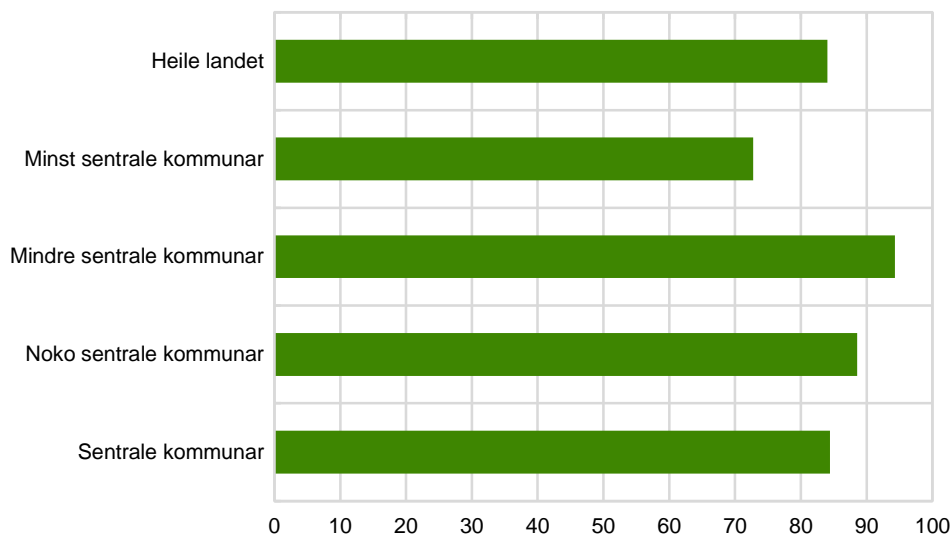
Figur 5.9 viser at det er flest deltakarar blant kommunar med 5 000 – 9 999 innbyggjarar. Elles er det nokså små skilnader i deltakarar per kommune uavhengig av kommunestorleik.

Det er flest deltakarar per årsverk i kommunar under 10 000 innbyggjarar og færrest deltakarar per årsverk i dei største kommunane med meir enn 50 000 innbyggjarar. Samstundes viser figuren at det er relativt små skilnader mellom ulike kommunestorleikar. Dette tyder på at kommunane justerer ressursinnsatsen i forhold til talet på deltakarar ved frisklivssentralane.

Det er elles interessant å sjå om det er skilnader i talet på deltakarar per årsverk etter kor sentrale kommunane er. Figur 5.10 viser kor mange deltakarar det er per årsverk ved frisklivssentralar fordelt etter kommunesentralitet.

Figur 5.10 viser at det er færrest deltakarar per årsverk i dei minst sentrale kommunane. Samstundes viser tala at det er nokså små skilnader mellom dei ulike sentralitetsinndelingane.

Det er i dei minst sentrale kommunane at det er færrest årsverk per deltakar og i dei mindre sentrale kommunane det er flest. Medan det var 73 deltakarar per årsverk blant dei minst sentrale kommunane, var tilsvarende tal 94 i mindre sentrale kommunar. For noko sentrale kommunar og sentrale kommunar, er det høvesvis 89 og 84 deltakarar per årsverk. Ser ein vekk frå gruppa mindre sentrale kommunar er det relativt små skilnader mellom dei ulike sentralitetsinndelingane når det gjeld deltakarar per årsverk. Resultata i figuren tyder på at kommunar, uavhengig av storleik eller sentralitet justerer ressursinnsatsen etter deltakarar. Omvendt er det også grunn til å tru at tilgjengelege ressursar er med og sett grenser for kor mange deltakarar kvar frisklivssentral kan ta inn.

Figur 5.10 Deltakarar per årsverk i kommunar med frisklivssentral. Heile landet og kommunesentralitet. 2013

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

5.4. Oppsummering – Tilsette og deltakarar ved frisklivssentralar

Det var i alt 191 avtalte årsverk tilsett ved frisklivssentralar i 2013. Dette er utgjert i gjennomsnitt 0,9 årsverk per kommune som har etablert tilbodet. Fysioterapeutar utgjert den klart største yrkesgruppa med over halvparten av årsverka. Sjølv om fysioterapeutar utgjert den største delen av årsverka ved frisklivssentralar, er det mykje ulikt personell med ulike utdanningar innanfor helse, ernæring, trening og pedagogikk som jobbar ved frisklivssentralar. Det er grunn til å anta at fleire av dei ulike yrkesgruppene er involverte i bestemte kurs som pasientane får tilbod om ved frisklivssentralane og at samansetnaden difor varierer etter behov.

Dekningsgrada for personell ved frisklivssentralar i forhold til innbyggjartal varierer mellom fylka. Vidare er det høgast i små kommunar og lågast i dei store kommunane. Dekningsgrada fell elles eintydig med aukande kommunestorleik. Kartlegginga viser samstundes at dekningsgrada er høgast i dei minst sentrale kommunane og lågast i dei mest sentrale kommunane. Det er fleire forhold som spelar inn og kan bidra til å forklare skilnadene mellom kommunane på tvers av ulike regionale kjenneteikn, som til dømes ulik tilgang på økonomiske ressursar, personell og befolkningsgrunnlag i målgruppa.

Ei av forklaringane på at større og meir sentrale kommunar har lågare dekningsgrad enn mindre og lite sentrale kommunar kan vere at det finst fleire andre tilbod i større kommunar, som gjer at det ikkje er naudsynt å ha eit så omfattande frisklivstilbodet som i mindre kommunar der kan hende frisklivssentralane er hovudtilbodet.

Om lag 16 000 personar deltok på eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralane i kommunane i 2013. Dette utgjert i gjennomsnitt 77 deltakarar per kommune som etablert frisklivstilbodet. Tala viser elles forskjellar etter regionale bakgrunnskjenneteikn. Mellom anna viser resultatata at det er fylkesvise skilnader når det gjeld kor mange deltakarar som har nytta tilboda ved sentralane. Medan det var flest deltakarar per kommune med frisklivssentral i Buskerud var det færrest i Finnmark. Vidare viser resultatata at det det flest deltakarar per kommune med frisklivssentral i dei største og mest sentrale kommunane og færrest i dei minste sentrale kommunane med færrest innbyggjarar.

Resultata viser elles at nær alle kommunar med frisklivssentralar har fått tilvist personar frå fastlegetenesta. I tillegg får frisklivssentralane tilvist personar frå andre aktørarar. Kommunale helse- og omsorgstenester og NAV, er dei to andre tenestene der flest kommunar har fått tilvist deltakarar frå.

Dersom ein ser på dekningsgrada for personell ved frisklivssentral per deltakar viser resultata at det var 84 deltakarar per årsverk ved frisklivssentralar i heile landet totalt. Samstundes er det også nokre forskjellar langs ulike regionale bakgrunnskjeneteikn. Mellom anna er det flest deltakarar per årsverk i kommunar med 5 000 – 9 999 innbyggjarar. Elles er det nokså små skilnader i deltakarar per kommune fordelt både etter kommunestorleik og kommunesentralitet. Resultata tyder på at kommunar, uavhengig av storleik eller sentralitet justerer ressursinnsatsen etter deltakarar. Omvendt er det også grunn til å tru at tilgjengelege ressursar er med og set grenser for kor mange deltakarar kvar frisklivssentral har kapasitet til å ta inn.

6. Er det regionale forskjellar i tilbod og kurs ved frisklivssentralane?

Om lag to av tre kommunar hadde etablert eigen frisklivssentral eller frisklivssentral i samarbeid med andre kommunar i 2014. Resultata for 2013 og 2014 viste at det er store fylkesvise skilnader i delen kommunar som har etablert tenesta. I tillegg er det ein tendens til at det fleire større kommunar og kommunar i sentrale strok har etablert tilbodet. Det er også flest deltakarar per kommune med frisklivssentralar i dei større og sentrale kommunane. Vidare viser resultata frå 2013 at talet på deltakarar per årsverk varierer mellom fylka. Dersom ein ser på deltakarar per årsverk fordelt etter kommunestørleik og kommunesentralitet, er det nokså jamt fordelt. Sjølv om to av tre kommunar har etablert tilbodet, kan innhald og omfanget ved kvar frisklivssentral variere. Det vil difor vere interessant å sjå kva tilbod kommunane tilbyr ved sentralane, og korleis tilboda fordeler seg etter regionale bakgrunnskjenne-teikn.

I rettleiaren for kommunale frisklivssentralar anbefaler Helsedirektoratet at kommunane som eit minimum prioriterer ressursar til det tidsavgrensa, strukturert rettleiings- og oppfølgingstilbod over 12 veker. Oppfølgingstilbodet startar og blir avslutta med ein helsesamtale som er basert på motiverande intervju (Helsedirektoratet 2013). Frisklivssentralane skal gi tilbod om individuell og grupperatta rettleiing knytt til fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt. Plan for oppfølgingsperioden skal bli tilpassa den enkelte deltakar. Undervegs skal deltakarane bli informert om, introdusert til og få moglegheit til eventuelt å prøve ut lokale tilbod og aktivitetar som dei kan halda fram med på eiga hand etter dei 12 vekene er over. Som tidlegare nemnd kan gruppetilbod og kurs bli gitt i eigen regi og/eller i samarbeid med andre aktørar eller nabokommunar (Helsedirektoratet 2013).

I kartlegginga som blei gjennomført av SSB for 2013 blei kommunane bedne om å svare på om dei hadde gjennomført følgjande tilbod ved frisklivssentralen og kor mange deltakarar som eventuelt hadde deltatt på dei ulike tilboda (sjå meir vedheng A):

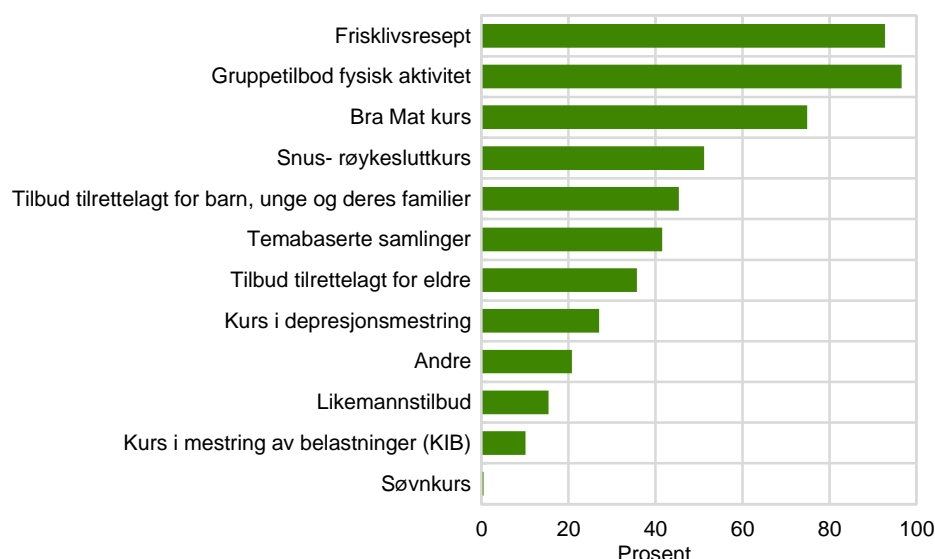
- Frisklivsresept - *er ein tilvisingsblankett som gir tilgang til eit tidsavgrensa, strukturert rettleiings- og oppfølgingstiltak som startar og avsluttast med ein helsesamtale.*
- Bra mat kurs
- Snus – og røykesluttkurs
- Kurs i depresjonsmestring (KID)
- Kurs i mestring av belastningar (KIB)
- Søvnkurs
- Gruppetilbod fysisk aktivitet
- Temabaserte samlingar
- Tilbod tilrettelagt for barn, unge og familiane deira
- Tilbod tilrettelagt for eldre
- Likemannstilbod
- Andre kurs

I rettleiaren for frisklivssentralar er dei ulike tilboda og kursa nærmare omtala når det gjeld innhald, tekniske prosedyrar og framgangsmåtar. Helsedirektoratet tilbyr i tillegg kompetansegejevande kurs for personell ved frisklivssentralane knytt til dei ulike tilboda/kursa. På nettsidene til Helsedirektoratet kan ein finne relevant informasjon som gjeld dei ulike tilboda og kursa. Nettsidene har mellom anna rikholdig med materiell om gjennomføring av helsesamtalen med deltakarane ved start og avslutning av «oppaldet» ved frisklivssentralen. I rettleiaren er dei ulike tilboda grundig omtala, og det er òg lenkjer til andre nettstader som har meir informasjon om dei ulike kursa og tilboda.

Det er interessant å sjå kor stor utbreiing dei ulike type kursa har i kommunar med frisklivssentralar. Samstundes er det interessant å sjå omfanget av bruken av dei ulike kursa i kommunane. Det vil vere grunn til å anta at det vil vere ulikt behov for ulike kurs og tilbod i befolkninga. Det er t.d. fleire personar som potensielt er i målgruppa for eit gruppetilbod for fysisk aktivitet samanlikna med snus- og røykesluttkurs.

Figur 6.1 viser ein oversikt over delen kommunar som har gjennomført ulike tilbod ved frisklivssentralar.

Figur 6.1 Kommunar med frisklivssentralar som har gjennomført ulike tilbod og kurs. 2013



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 6.1 viser at det er skilnader i kor stor grad kommunar med frisklivssentralar tilbyr dei ulike kursa og tilboda. Nær alle kommunar med frisklivssentralar har frisklivsresept (93 prosent) som ein del av tenesta. Vidare viser figuren at nær alle kommunane òg tilbyr gruppetilbod for fysisk aktivitet (97 prosent). Om lag tre av fire kommunar tilbyr Bra Mat kurs ved frisklivssentralane sine, medan halvparten av kommunane med frisklivssentralar som tilbyr Snus- og røykesluttkurs.

Figuren viser elles at det var 42 prosent av kommunane med frisklivssentralar som hadde temabaserte samlingar, 45 prosent som hadde tilbod tilrettelagt for barn og unge med deira familiar, 36 prosent som hadde tilbod tilrettelagt for eldre og 15 prosent hadde likemannstilbud. Om lag 21 prosent av kommunane med frisklivssentral rapporterer òg å tilby andre typar kurs og tilbod. Ein gjennomgang av svara til kommunane som har rapportert at dei har andre tilbod, viser at døme på dette kan vere aktiv på dagtid, diabeteskurs, alkoholkuttkurs, strukturkurs, individuell rettleiing til dømes på kosthold, bassengtrening, avspenningskurs m.m.

Figur 6.2 viser ein oversikt over talet på personar som har deltatt på dei ulike tilboda og kursa ved frisklivssentralane. Det er moglegheit for personar å delta på fleire tilbod og kurs som frisklivssentralen held. Desse personane vil bli talde begge stader.

Figur 6.2 viser at det er store skilnader i talet på personar som har deltatt på dei ulike kursa og tilboda på landsnivå. Det er i overkant av 9 000 personar som hadde frisklivsresept. Det var i underkant av 9 300 som deltok på gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet. Vidare viser figuren at det var vel 1 700 som deltok på Bra Mat kurs, vel 600 som deltok på snus- og røykesluttkurs, i underkant av 500 som deltok på kurs i depresjonsmestring (KIB), vel 150 som deltok på kurs i mestring av

belastningar (KIB). Det var elles om lag 2 300 som deltok på temabaserte samlingar, om lag 1 650 som deltok på tilbod tilrettelagt for barn og deira familiar, 1 600 som deltok på tilbod tilrettelagt for eldre og i underkant av 800 som deltok på likemannstilbod.

Figur 6.2 Personar som har delteke på ulike tilbod og kurs ved frisklivssentralane. Heile landet. Absolutte tal. 2013



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Det er interessant å sjå nærmare på nokre av dei ulike tilboda som blir gitt ved frisklivssentralane, og særleg om det er regionale skilnader blant kommunane når det gjeld tilbod som blir gitt ved frisklivssentralane.

6.1. Ni av ti frisklivssentralar har frisklivsresept

Det er om lag 93 prosent av alle kommunane som rapporterer at dei har frisklivsresept, som ein del av tilbodet ved frisklivssentralane i 2013. Vidare var det om lag 9 100 deltakarar ved frisklivssentralane som hadde resepten. Frisklivsresept er ein tilvisingsblankett som gir tilgang til eit tidsavgrensa, strukturert rettleiings- og oppfølgingstiltak som startar og avsluttast med ein helsesamtale (Helsedirektoratet 2013). Det er tydeleg at dei fleste kommunane har dette som ei grunnleggjande ordning ved frisklivssentralane. Dette viser elles at dei fleste kommunane samarbeider med andre etatar og tenester som kan tilvise og gi frisklivsresept.

Grunnlagstala viser elles at det er små forskjellar etter ulike regionale bakgrunnskjenne-teikn. Fordelt etter fylke viser tala at 100 prosent av kommunane med frisklivssentral i tolv fylke har frisklivsresept. Sør-Trøndelag (55 prosent), Aust-Agder (63 prosent) og Hordaland (64 prosent) er dei tre fylka med lågast del kommunar som har frisklivsresept. Fordelt etter kommunestorleik er det særleg i kommunar under 5 000 innbyggjarar og over 50 000 innbyggjarar at ikkje alle kommunar med frisklivssentral har frisklivsresept. Fordelt etter kommunesentralitet er det små skilnader når det gjeld prosentdelen som har frisklivsresept.

Dataa viser elles at talet på personar med frisklivsresept i forhold til innbyggjartalet i kommunane med frisklivssentral varierer etter regionale bakgrunnskjenne-teikn. Det er i kommunar med frisklivssentral i Sogn og Fjordane at flest personar i forhold til innbyggjartalet har frisklivsresept. Kommunar med frisklivssentral i Østfold og Finnmark er der kor færrest har frisklivsresept i forhold til innbyggjartalet. Fordelt etter kommunestorleik er det nokre skilnader i delen kommunar med frisklivssentralar som har frisklivsresept, som ein etablert del av tilbodet. Grunnlagstala viser at det er i dei aller minste og aller største kommunane at delen kommunar som har frisklivsresept er lågast. Når det gjeld talet på personar som har

frisklivsresept i forhold til innbyggjartalet i kommunar med frisklivssentralar, er det i dei små kommunar at delen personar med resept er høgast.

Fordelt etter kommunesentralitet viser grunnlagstala at det ikkje er særleg store skilnader i delen kommunar med frisklivssentral som har frisklivsresept. Samstundes viser tala at personar med resept sett i forhold til innbyggjartal er høgast i dei minst sentrale kommunane med frisklivssentralar.

6.2. Flest deltakarar på gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet

Gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet er tilbodet som flest kommunar gir ved frisklivssentralane sine i 2013. Om lag 97 prosent av kommunane rapporterte å ha tilbodet, og i underkant av 9 300 personar deltok på tilbodet. Gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet skal vere ein sentral del av tilbodet ved frisklivssentralane. Gruppetrening er kostnadseffektivt og sosialt og kan bidra til å gi auka mestringskjensle. Fysisk aktivitet ved frisklivssentralen skal vere kjenneteikna av at personar med ulike risikofaktorar og/eller diagnoser, alder, fysisk form og kjønn deltar i same gruppe. Treningsøktene skal leggast til rette slik at alle, uansett fysisk form, får utbytte av treninga. Dette gjer at det er mogleg å inkludere mange deltakarar på tilbodet samstundes, utan at ein nødvendigvis treng å auke personellinnsatsen like mykje.

I frisklivsretteleiaren anbefaler Helsedirektoratet at det blir lagt opp til at aktivitetane i størst mogleg grad skal kunne overførast til dei moglegheitene deltakarane har etter at reseptperioden på 12 veker er over. Døme på aktivitet kan vere leikinspirert kondisjonstrening og styrketrening med kroppen som belastning. Aktiviteten kan gjerne gjennomførast utandørs. Det er elles fokus på at deltakarane skal bli gjort kjent med turmoglegheiter og aktuelle lokale aktivitetstilbod. Samstundes skal dei lære viktigeitane av kvardagsaktivitet, som å gå eller sykle i staden for å køyre bil. Det elles er ein fordel om deltakarane i løpet av reseptperioden får erfaring med ulike aktivitetar, som dei kan utøve på eiga hand etter at reseptperioden er over.

Grunnlagstala viser at det er skilnader i kor stor del av befolkninga som har deltatt på gruppetilbodet, fordelt etter ulike regionale bakgrunnskjenneiteikn. Det er mellom anna store variasjonar mellom fylka når det gjeld delen av befolkninga som nyttar tilbodet. Medan Nordland er fylket der størst del i befolkninga i kommunar med frisklivssentral deltar, er Hordaland fylket der færrest deltar i forhold til innbyggjartal. Det er lite som tyder på at dei reelle skilnadene i målgruppene dette tilbodet er meint å vere for, er så stor som dei rapporterte tala viser. Her må ein ta høgde for at det i fylke der delen som nyttar tilbodet er låg sett i forhold til befolkninga, heller vel å organisere det førebyggjande helsearbeidet på ein annan måte, og vil difor ikkje bli fanga opp i denne kartlegginga. Det kan også vere tilfelle at enkelte kommunar har avgrensa kven som inngår i målgruppa for frisklivssentralane.

Grunnlagstala viser elles at det er skilnader i talet på deltakarar etter kommune- storleik og kommunesentralitet. Tendensen er at det er flest deltakarar i forhold til innbyggjartalet som deltar på gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet i mindre kommunar. Fordelt etter sentralitet er tendensen at det er i dei mindre sentrale kommunane med frisklivssentralar at talet på deltakarar er høgast i forhold til innbyggjartalet. Dersom ein ser på folkehelse-utfordringar, er det ikkje noko som tyder på at små kommunar har eit større behov for denne type kurs enn større og meir sentrale kommunar. Det er ikkje noko som skulle tilseie at små kommunar har ein mykje høgare del av befolkninga i målgruppa for dette tilbodet enn i større kommunar. Ei av årsakene til at delen som nyttar tilbodet er noko mindre i større

kommunar, kan vere at det her finst fleire andre liknande tilbod eller alternativ som potensielle personar i målgruppa nyttar. Døme på dette kan vere enkelte tilbod gitt av idrettslag eller andre friviljuge organisasjonar.

6.3. Flest små kommunar som tilbyr Kurs i depresjonsmestring (KiD)

Kurs i mestring av depresjon (KiD) er eit forskingsbasert førebyggjande og behandlande tiltak. Metoden er utprøvd og evaluert i fleire land. Kursa er lagt opp som undervisning der deltakarane lærer ein kognitiv forståingsmodell knytt til depresjon. Deltakarane lærer teknikkar og metodar retta mot å endre tanke- og handlingsmønstre som held ved like og forsterkar det å vere nedstemt eller å ha ein depresjon. Deltakarane blir trena i å engasjere seg i lystbetonte aktivitetar og å utvikle sosiale relasjonar. Når det gjeld kurs i mestring av belastning (KiB) er dette for deltakarar som strevar med ulike grader av livsbelastningar, men som fell utanfor målgruppa for KiD-kurs (Helsedirektoratet 2013).

Figur 6.1 (sjå side 38) viser at det var 27 prosent av kommunane med frisklivssentralar som tilbydde kurs i depresjonsmestring i 2013. Vidare er det 10 prosent av kommunane som tilbydde kurs i mestring av belastningar. Figur 6.2 viser at det var i overkant av 450 deltakarar på KiD-kurs og vel 150 som hadde deltatt på KiB-kurs.

Grunnlagstala viser elles at det er regionale skilnader når det gjeld delen kommunar som tilbyr dei to kursa, og kor stor del av befolkninga i kommunane med frisklivssentralar som har deltatt på kurset. Finnmark er det einaste fylke der ingen av kommunane med frisklivssentralar har tilbydd kurs i depresjonsmestring. Når det gjeld kurs i mestring av belastning, er det 12 av fylka der ein eller fleire av kommunane har gjennomført denne type kurs. Fordelt etter kommunestorleik er tendensen at delen kommunar med frisklivssentralar som har gjennomført kurs i depresjonsmestring, er høgast i små kommunar. Vidare ser ein derimot at delen kommunar som har tilbod om kurs i mestring av belastningar, er høgast i større kommunar. Grunnlagstala viser elles at delen deltakarar i forhold til innbyggjartal er høgast i mindre kommunar, medan det er mindre skilnader i delen deltakarar etter kommunestorleik på kurs i mestring av belastningar. Fleire liknande tilbod i større kommunar kan vere årsaka til at delen deltakarar er lågare, samanlikna med i mindre kommunar.

Fordelt etter kommunesentralitet viser grunnlagstala at det er flest kommunar som har etablert både Kurs i depresjonsmestring og Kurs i mestring av belastningar i sentrale kommunar. Samstundes er delen deltakarar i forhold til innbyggjartal i kommunar med frisklivssentral høgast i dei mindre sentrale kommunane for kurs i depresjonsmestring. For kurs i mestring av belastningar er tendensen motsett, der delen deltakarar i forhold til innbyggjartal er høgast i dei mest sentrale kommunane.

Forskjellen mellom kommunar som tilbyr KiD og KiB-kurs vil også vere avhengig av kor mange frisklivssentralar som har den naudsynte rettleiar kompetansen. Helsedirektoratet omtalar desse to kursa som eit utviklingsområde for frisklivssentralar, og det kan vere grunn til å anta at delen kommunar som tilbyr desse kursa og talet på deltakarar vil auke i tida som kjem.

I samband med dei gjennomførte case-studiane ved to frisklivssentralar kom det fram at kan hende det mest effektive kurset mot depresjon er gruppetilbod for fysisk aktivitet. I samband med desse gruppetreningane blei det òg arrangert temabaserte samlingar som gjerne kunne innehalde element av kurs i depresjonsmestring eller kurs i mestring av belastningar.

6.4. Størst utbreiing av tilbod tilrettelagt for barn og unge og deira familiar i små kommunar

Kommunen har i henhold til helse- og omsorgstenestelova (1), jf. § 3-3, ei viktig rolle når det gjeld å leggje til rette for tilbod til barn og unge og deira føresette. Frisklivssentralen kan vere ein samarbeidspartnar med omsyn til tilbod til barn og unge og deira føresette. Dette fordrar tett samarbeid med helsestasjon, skulehelseteneste og andre aktuelle aktørar. Fleire frisklivssentralar gir tilbod om frisklivsresept til personar under 18 år, føresette og familiar (Helsedirektoratet 2013).

Figur 6.1 viser at 45 prosent av kommunane som hadde frisklivssentralar, tilbydde kurs for barn og unge og deira familiar. Figur 6.2 viser at om lag 1 650 personar deltok på desse kursa i løpet av 2013. Grunnlagstala viser at det er regionale skilnader når det gjeld delen kommunar med frisklivssentralar som har denne type tilbod. Medan det var om lag 27 prosent av kommunane med frisklivssentralar som hadde tilbod for barn og unge og deira familiar i Hordaland, var tilsvarande tal om lag 77 prosent i Sør-Trøndelag. Dei fylkesvise forskjellane kan like mykje vere ei uttrykk for enkelte kommunar har liknande lågterskeltilbod utanfor ramma av frisklivssentralen i kommunen. Til dømes kan det vere tilbod som blir gitt ved helsestasjon i kommunen. Ein av dei utvalte kommunane for casestudia hadde til dømes etablert frisklivssentral for barn og unge, som ikkje var ein del av den ordinære frisklivssentralen.

Fordelt etter kommunestorleik viser grunnlagstala frå kartlegginga at delen som har tilbod for barn og unge med familie, er høgast i dei minste kommunane. Når det gjeld delen deltakarar i forhold til innbyggjartal, viser tala at det er i dei minste kommunane at flest deltar, og i dei største kommunane at færrest deltar. Det at utbreiinga av frisklivstilbod for barn og unge og deira familie er størst i små kommunar, kan vere eit uttrykk for at ein i større kommunar har liknande lågterskeltilbod i regi av andre aktørar i kommunal, private eller friviljug sektor.

Fordelt etter sentralitet viser grunnlagstala at delen som har tilbod til barn og unge og deira familie er høgast i mindre sentrale kommunar. Når det gjeld delen deltakarar i forhold til innbyggjartal, viser tala at det er i dei minst sentrale kommunane at deltakinga er høgast, og tilsvarande lågast i dei mest sentrale kommunane. For sentralitet vil truleg årsaksforklaringane vere dei same som for kommunestorleik. I dei meir sentrale kommunane kan det vere andre liknande tilbod utanfor ramma av ein frisklivssentral som dekkjer behovet til denne målgruppa.

6.5. Oppsummering - Tilbod ved frisklivssentralane

Ein gjennomgang av alle dei ulike kursa og tilboda viser at det er regionale skilnader både når det gjeld delen kommunar med frisklivssentralar som har dei ulike tilboda, og deltakarar på dei ulike kursa sett i forhold til innbyggjartal. Når det gjeld bra mat-kurs er det ein høgare del av kommunane med frisklivssentralar som tilbyr kursa i dei minst sentrale kommunane. I tillegg er det flest deltakarar i forhold til innbyggjartal som nyttar tilbodet i dei minst sentrale kommunane. For likemannstilbod viser tala at det delen som tilbyr dette kurset er høgast i dei mest sentrale kommunane.

Når det gjeld snus- og røykesluttkurs viser tala at det er høgast del som gjennomførte dette blant dei mest sentrale kommunane med frisklivssentralar. Samstundes viser tala for dette tilbodet òg at det er flest deltakarar i forhold til innbyggjartal i dei minst sentrale kommunane. At det berre er om lag halvparten av frisklivssentralane som tilbyr dette kurset kan koma av at det finst andre tilbod utanfor ramma av frisklivssentralen som til dømes røykslutttelefon og nettsider som

skal hjelpe med å slutt. Det er elles kjent at enkelte frisklivssentralar tilbyr individuell oppfølging av røykeslutt som ikkje er omfatta av kartlegginga frå 2013. Det kan elles vere grunn til å nemne at det har vore ein jamn nedgang i delen som røyker i den norske befolkninga dei siste har gått ned dei siste ti åra (SSB 2016). Dette gjeld også i meir utsette grupper i samfunnet som særleg er i målgruppa for frisklivssentralane

Dei aller fleste kommunane med frisklivssentralar har frisklivsresept som ein etablert del av tenesta. Det er elles små regionale skilnader når det gjeld å ha dette. Sjølv om ein er busett i ein liten eller stor kommune, ein sentral eller mindre sentral kommune, er det stor sjanse for at frisklivsresept er eit etablert tilbod som innbyggjarane kan nytta seg av. Samstundes viser tala at delen deltakarar i forhold til innbyggjarar er høgast i dei minst sentrale kommunane.

Det er forskjellar når det gjeld kor mange kommunar som tilbyr dei ulike kursa og tilboda. Gruppetilbod for fysisk aktivitet er det mest vanlege tilbodet på frisklivssentralane. 97 prosent av alle kommunane med frisklivssentralar rapporterer å ha tilbodet, og over 9 000 personar deltok på landsbasis. Resultata viser elles at ein stor del av kommunane som held Bra Mat-kurs og snus- og røykesluttkurs. I tillegg er det over 40 prosent av kommunane med frisklivssentral som har tilbod tilrettelagt for barn og unge og deira familiar.

Det er regionale forskjellar når det gjeld talet på deltakarar som nyttar dei ulike tilboda. Sett i forhold til innbyggjartalet i kommunar med frisklivssentral, er det likevel ein tendens til at det er flest deltakarar i små og mindre sentrale kommunar samanlikna med større og meir sentrale kommunar. Ei av årsakene til dette kan vere at små kommunar med frisklivssentral vel dette som hovudtilbodet for det førebyggjande helsearbeid i kommunen, og slik inkluderer ein større del av innbyggjarane. I større kommunar kan det vere at innbyggjarane i større grad nyttar seg av andre eksisterande og fullgode tilbod i kommunal, privat eller friviljug sektor. I slike tilfelle kan kommunane sjå på det som lite hensiktsmessig å tilby denne type kurs, men heller konsentrere ressursane om å tilby kurs det er ein reell etterspurnad etter.

7. Er det regionale forskjellar i samarbeid med andre aktørar ved frisklivssentralane?

I rettleiaren for frisklivssentral anbefaler Helsedirektoratet at tenesta skal forankrast i kommunale planar og budsjett og bli organisert slik at det kan leggjast til rette for samarbeid med andre førebyggjande tenester (Helsedirektoratet 2013). At frisklivssentralane samarbeider med andre aktørar innanfor kommunale helse- og omsorgstenester, andre aktuelle kommunale, fylkeskommunale og offentlege tilbod er viktig. Samarbeid med spesialisthelsetenesta, aktuelle friviljuge og private aktørar er avgjerande for ein tidleg innsats. Samarbeidet bør elles vere gjensidig forpliktande og elles formaliserast gjennom skriftlege avtalar.

I etableringsfasen av frisklivssentralar blir kommunane oppmoda til å kartleggje og kontakte aktuelle samarbeidspartnarar. I tillegg bør ein kartleggje og få ein oversikt over andre lågterskeltilbod. I mange tilfelle kan det vere like hensiktsmessig å tilvise personar som møter opp på frisklivssentral vidare til andre tilbod i kommunal, privat eller friviljug sektor. Dette blir ei vurdering dei tilsette ved frisklivssentralane gjer i samråd med deltakarane og dei aktuelle samarbeidspartnarane. Døme på samarbeidspartnarar kan vere:

- Helse- og omsorgstenesta i kommunen, som til dømes fastlegar og fysioterapeutar
- Kommunale, fylkeskommunale og offentlege tilbod, som til dømes NAV
- Spesialisthelsetenesta
- Friviljuge og private organisasjonar, som til dømes pasientorganisasjonar og treningssenter.

I kartlegginga for 2013-årgangen blei kommunane bedne om å rapportere kva aktørar dei hadde inngått samarbeid med. Det vil vere interessant å sjå kva for aktørar frisklivssentralane samarbeider med, og om det er regionale skilnader når det gjeld kommunar og kva aktørar sentralane vel å samarbeide med.

Figur 7.1 viser delen kommunar som har inngått samarbeid med ulike aktørar.

Figur 7.1 Kommunar med frisklivssentralar som har samarbeida med ulike aktørar. 2013



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 7.1 viser at nær alle kommunar med frisklivssentralar samarbeider med fastlegetenesta. Vidare viser figuren at det òg er vanleg å inngå samarbeid med andre kommunale verksemdar. Det er elles mange som har samarbeid med NAV og friviljuge lag og organisasjonar.

7.1. Nær alle frisklivssentralar har inngått samarbeid med fastlegetenesta

Nær alle kommunane med frisklivssentralar hadde inngått samarbeid med fastlegetenesta i 2013. Fastlegar kan tilvise deltakarar til frisklivsresept, og skal i følge fastlegeforskrifta §20, basert på ei medisinsk vurdering, tilby førebyggjande tiltak til pasientar. Om lag 96 prosent av alle kommunane med frisklivssentralar hadde inngått samarbeid med fastlegetenesta. Dette underbyggjer òg resultatata om tilvisingar, som viser at det er mest vanleg å få tilvist personar frå fastlegar.

Grunnlagstala viser elles at det er små skilnader fordelt etter regionale bakgrunnskjenneteikn. Fordelt etter fylke viser resultatata at alle kommunar med frisklivssentralar i 12 av 19 fylke hadde inngått samarbeid med fastlegetenesta. I dei sju resterande fylka var delen kommunar med samarbeid med fastlegetenesta alle på over 80 prosent. Fordelt etter kommunestorleik viser resultatata at det er særleg i kommunar med 2 000 – 4 999 og over 50 000 innbyggjarar (94 prosent i begge gruppene) at delen som har inngått samarbeid ikkje gjeld for alle kommunar med frisklivssentralar. Fordelt etter kommunesentralitet er det så å seie ingen skilnader mellom dei mindre sentrale kommunane og dei meir sentrale kommunane.

7.2. Halvparten av frisklivssentralane har inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta

Om lag 50 prosent av kommunane med frisklivssentral rapporterer å ha inngått eit samarbeid med spesialisthelsetenesta. I likskap med fastlegetenesta kan spesialisthelsetenesta tilvise deltakarar til frisklivsresept. Samarbeidet kan vere formalisert gjennom samarbeidsavtalar, jf. helse- og omsorgstenestelova og spesialisthelsetenestelova. Disse samarbeidsavtalane skal mellom anna omhandla gjensidig kunnskapsoverføring og samarbeid om førebygging (Helsedirektoratet 2013). Tilboda ved frisklivssentralen skal kunne inngå som ein del av løpet til ein pasient både før og etter sjukehusinnlegging.

Grunnlagstala viser at det er store regionale skilnader når det gjeld delen kommunar som har inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta. Medan 88 prosent av bydelane i Oslo med frisklivssentral hadde inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta, var det ingen kommunar med frisklivssentral i Finnmark som samarbeidde med spesialisthelsetenesta. Vidare viser grunnlagstala at 7 av 10 kommunar med frisklivssentralar hadde inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta i både Buskerud og Hedmark. Blant fylka som i liten grad har inngått samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og frisklivssentralane, er det utanom Finnmark kommunar med frisklivssentral i Troms (14 prosent), Oppland (33 prosent) og Vest-Agder (33 prosent) som har minst samarbeid.

Fordelt etter kommunestorleik viser resultatata at det er delen kommunar som har inngått samarbeid aukar jo større kommunane er. Det er særleg i dei aller minste kommunane at delen som har inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta er liten. Fordelt etter kommunesentralitet viser grunnlagstala at det er i dei mest sentrale kommunane at delen kommunar som har inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta er høgast. Dette kan vere eit uttrykk for at det generelt er meir vanleg med formaliserte samarbeidsavtalar med spesialisthelsetenesta i sentrale kommunar samanlikna med mindre sentrale kommunar. Elles underbyggjer det resultatata om talet på tilviste deltakarar frå spesialisthelsetenesta som viser at delen kommunar som får slike tilvisingar er høgast blant dei mest sentrale kommunane.

7.3. Fire av fem frisklivssentralar har inngått samarbeid med andre kommunale verksemdar

Om lag 80 prosent av kommunane med frisklivssentralar hadde inngått samarbeid med andre kommunale verksemdar. I kategorien andre kommunale verksemdar inngår blant anna andre kommunale helse- og omsorgstenester. Desse kan, i likskap med fastlegetenesta, tilvise deltakarar til frisklivsresept. I tillegg skal dei samarbeide med frisklivssentralane om oppfølging av enkeltbrukarar. Dei skal elles bidra til utviklingsarbeid knytt til førebyggjande helsetenester i kommunen.

Grunnlagstala viser at det nokre skilnader fordelt etter regionale bakgrunnskjenne-teikn. Fordelt etter fylke viser resultatata at Oslo og Hedmark var fylke der flest bydelar/kommunar med frisklivssentralar hadde inngått samarbeid med andre kommunale verksemdar (100 prosent). Tilsvarande var Finnmark fylket med færrest (33 prosent). Fordelt etter kommunestorleik viser resultatata at det er særleg i kommunane med flest innbyggjarar det er høgast del kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunale verksemdar. Fordelt etter kommunestorleik viser resultatata at det er i dei mest sentrale kommunane at delen kommunar med frisklivssentralar har inngått samarbeid med andre kommunale verksemdar. Resultatet kan vere eit uttrykk for at det er ei større behov i større kommunar for å samarbeide på tvers av sektorar.

7.4. Sju av ti frisklivssentralar har inngått samarbeid med NAV

I underkant av 70 prosent av kommunane med frisklivssentral hadde inngått samarbeid med kommunale verksemdar. NAV kan, i likskap med fastlegetenesta m.fl., tilvise personar til frisklivsresept. I tillegg samarbeider dei med frisklivssentralane om oppfølging av enkeltbrukarar.

Grunnlagstala viser at det er nokre skilnader når det gjeld samarbeid med NAV fordelt etter regionale bakgrunnskjenne-teikn. Fordelt etter fylke viser resultatata nokså store skilnader. Mellom anna har alle kommunar/bydelar med frisklivssentralar i Østfold og Oslo inngått samarbeid med NAV, medan ingen av kommunane i Finnmark. Fordelt etter kommunestorleik viser resultatata at det er særleg i små kommunar med under 2 000 innbyggjarar at delen som har inngått samarbeid med NAV er lågast. Samstundes er delen som har inngått samarbeid er høgast i større kommunar. Fordelt etter sentralitet viser tala at delen som har inngått samarbeide med NAV er høgast dei mest sentrale kommunane, og tilsvarande lågast i dei minst sentrale kommunane.

7.5. Tre av fire frisklivssentralar samarbeider med friviljuge lag og organisasjonar

74 prosent av kommunane med frisklivssentralar har inngått samarbeid med friviljuge lag og organisasjonar. Frisklivssentralane blir oppmoda i rettleiaren til å samarbeide med friviljuge lag og organisasjonar. Mellom anna kan dei samarbeide om deltakarar før, undervegs og når deltakarar er ferdige med dei tolv vekene og skal visast vidare til andre tilbod. Innvandrar- og brukarorganisasjonar kan bli brukt til å nå enkelte målgrupper, til å spreie informasjon om frisklivstilbodet og til å delta i fokusgrupper (Helsedirektoratet 2013).

Grunnlagstala viser at det er regionale skilnader blant kommunane med frisklivssentralar når det gjeld samarbeid med friviljuge lag og organisasjonar. Fordelt etter fylke viser tala at alle bydelane med frisklivssentral i Oslo har inngått samarbeid med friviljuge lag og organisasjonar. Møre og Romsdal og Østfold er dei fylka der delen kommunar med frisklivssentral som har inngått samarbeid er lågast (høvesvis 46 og 50 prosent). Fordelt etter kommunestorleik viser

grunnlagstala at delen kommunar som har inngått samarbeid med friviljuge lag og organisasjonar er høgast i dei store kommunane. Vidare er det i dei aller minste kommunane at færrest frisklivssentralar har inngått samarbeid med friviljuge lag og organisasjonar. Fordelt etter kommunesentralitet viser tala at det er i dei mest sentrale kommunar flest kommunar har inngått slikt samarbeid.

7.6. Tre av fire frisklivssentralar samarbeider med helsestasjons- og skulehelsetenesta

75 prosent av kommunane med frisklivssentralar har inngått samarbeid med helsestasjons- og skulehelsetenesta. Helsestasjons- og skulehelsetenesta kan tilvise til frisklivsresept og tilvise barn og unge med foreldre til tilbod spesielt retta mot dei. Dersom barn og unge t.d. slit med overvekt kan tilbod ved frisklivssentral knytt til kosthold og fysisk aktivitet vere relevant.

Grunnlagstala viser at det er regionale skilnader når det gjeld kommunar som har inngått samarbeid med helsestasjons- og skulehelsetenesta. Fordelt etter fylke viser tala at det er høgast del kommunar som har inngått samarbeid med helsestasjons- og skulehelsetenesta i Sør-Trøndelag og Hedmark (høvesvis 91 prosent og 90 prosent), medan Østfold og Hordaland er dei to fylka der lågast del av kommunane har inngått samarbeid (høvesvis 50 prosent og 55 prosent). Fordelt etter kommune-storleik viser tala delen som har inngått samarbeid er høgast blant små kommunar. Fordelt etter kommunesentralitet viser tala at det er i dei minst sentrale kommunane at delen kommunar som har inngått samarbeid er høgast.

7.7. Tre av fem frisklivssentralar samarbeider med private aktørar

Vel 57 prosent av kommunane med frisklivssentralar hadde inngått samarbeid med private aktørar. I frisklivsrettleiaren blir kommunane oppmoda til å avklare samarbeidsmoglegheiter og avtale samarbeide med relevante private aktørar. Samarbeide kan omhandle deltakarar i forkant, undervegs og som eit viktig ledd etter at dei tolv vekene med frisklivssentralane er over. Døme på private aktørar kan vere private treningssenter og relevante tilbod som blir gitt ved desse.

Grunnlagstala viser at det er regionale skilnader når det gjeld kommunar med frisklivssentral som har inngått samarbeid med private aktørar. Resultata viser at det er store fylkesvise forskjellar. I Vestfold hadde alle kommunar med frisklivssentral inngått samarbeid med private aktørar, medan tilsvarende tal var 25 prosent av kommunane som hadde gjort det same i Aust-Agder. Når det gjeld andre fylke der det er ein høg grad av samarbeid med private aktørar, viser resultata at Oppland og Akershus er dei to fylka bak Vestfold med høvesvis 89 prosent og 79 prosent. Av andre fylke der kommunar samarbeider med private aktørar er Nord-Trøndelag (31 prosent), Vest-Agder (33 prosent) og Hordaland (36 prosent).

Fordelt etter kommune-storleik viser grunnlagstala at den delen kommunar som samarbeider med private aktørar er høgast i kommunane med mange innbyggjarar. Når det gjeld delen kommunar som samarbeider med private fordelt etter sentralitet, viser resultata at det er i dei mest sentrale kommunar at delen kommunar med samarbeid er høgast. Resultata som viser at det er i dei største og mest sentrale kommunane at delen samarbeid med private er høgast, kan tyde på at det finst fleire relevante private tilbod i større kommunar samanlikna med små kommunar for målgruppa som deltar ved frisklivssentralar. Det er elles grunn til å tru at nærleiken til spesialisthelsetenesta i større og sentrale kommunar bidreg til at fleire kommunar med frisklivssentral vel å samarbeide i desse kommunane.

7.8. Andre samarbeid

Figur 7.1 (sjå side 44) viser at kommunar med frisklivssentralar samarbeider med fleire andre aktørar enn dei som er omtala ovanfor. Mellom anna viser tala at 33 prosent av kommunane samarbeider med universitet, høgskular eller andre forskingsinstitusjonar. Denne type samarbeid kan handle om evaluering av tilbodet ved sentralen. Grunnlagstala viser at det er særleg store kommunar med frisklivssentral i sentrale strom som har inngått denne type samarbeid. Vidare er det 22 prosent av kommunane som har inngått samarbeid med bedriftshelsetenesta, 21 prosent med kommunalt lærings- og mestringscenter og 11 prosent som rapporterer å ha inngått samarbeid med tannhelsetenesta.

Tala viser elles at 22 prosent av kommunar rapporterer å ha inngått samarbeid med såkalla andre aktørar. Ein gjennomgang av kva kommunane svarer innanfor andre aktørar viser mellom anna at det er Aktiv på dagtid, arbeidsmarknadsbedrifter, vidaregåande skule, bassentrening, friluftsrådet, friviljugsentral, fylkeskommunar, fylkesmannen, koordinerande einingar, Kreftforeininga, psykologar, psykiatrisk sjukepleiarar, Statens naturoppsyn og støttekontaktar med fleire. Resultata viser elles at det er i kommunar i meir sentrale strom at samarbeid med andre aktørar er mest vanleg. Dette kan vere eit uttrykk for at det i større og meir sentrale kommunar finst eit større mangfald av ulike aktørar som det kan vere relevant for frisklivssentralar å inngå samarbeid med. Samstundes kan det tyde på at kommunar i meir sentrale strom er flinke til å kartleggje og få oversikt over moglege samarbeidspartnarar i nærmiljøet, som deltakarane ved frisklivssentralane kan nytte godt av.

7.9. Oppsummering - Frisklivssentralen sitt samarbeid med andre aktørar

Ein gjennomgang av inngåtte samarbeid viser at nær alle kommunane med frisklivssentralar har inngått eitt eller fleire samarbeid med andre aktørar. Resultata viser elles at det er eit stort mangfald av ulike aktørar sentralane har valt å inngå samarbeid med. Samstundes ser ein at nær alle frisklivssentralar har inngått samarbeid med fastlegetenesta. Tilvisingar frå fastlege til frisklivsresept verkar å vere eit grunnleggjande del av frisklivstilbodet i alle kommunar med frisklivssentral. I case-studiane kjem det samstundes fram at det er store skilnader blant fastlegar når det gjeld å nytte seg av moglegheita til tilvise til frisklivsresept. Resultata viser samstundes at åtte av ti kommunar har inngått samarbeid med andre kommunale tenester om frisklivstilbodet, halvparten har inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta, sju av ti har inngått samarbeid med friviljuge lag og organisasjonar og tre av fem har inngått samarbeid med private aktørar.

Gjennomgangen viser samstundes at det er regionale skilnader blant kommunane når det gjeld å inngå samarbeid. Det er ein klar tendens til at dei største og mest sentrale kommunane samarbeider meir med andre aktørar samanlikna med små kommunar i mindre sentrale strom. Unntaket er samarbeid med helsestasjons- og skulehelsetenesta der skilnadene er mindre mellom små og store kommunar. Ei av årsakene til at det er meir samarbeid i større kommunar i sentrale strom kan vere at desse kommunane i større grad har kartlagt og fått oversikt og promotert ovanfor potensielle samarbeidspartnarar i nærområdet. Samstundes er det rimeleg å anta at det er fleire moglege samarbeidspartnarar i større kommunar i sentrale strom. Det er samstundes ein stor auke i etablerte frisklivssentralar i mindre sentrale kommunar mellom 2013 og 2014. Det vil vere interessant å sjå om dette vil resultere i at fleire mindre sentrale kommunar også vil inngå fleire samarbeid med andre aktørar i tida som kjem.

8. Er det regionale forskjellar i utgifter brukt på førebyggjande helsearbeid i kommunane?

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats retta mot påverknadsfaktorar som fremjar helse, utjamnar sosiale helseforskjellar og førebyggjer sjukdom. Fleire av dei store folkesjukdomane har samheng med livsstil og kan førebyggast. Folkehelselova frå 2012 gir kommunane eit klarare ansvar for folkehelse på tvers av sektorer og skal sikre at folkehelsearbeidet blir kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig. Dei statlege aktørane har viktige oppgåver med å understøtte folkehelsearbeid til kommunane og fylkeskommunane.

Helseutfordringane i Noreg er dominert av sjukdomar som kreft, diabetes, kroniske lungesjukdomar, hjarte- og karsjukdommar, muskel- og skjelettlidingar, og psykiske plager og lidingar. Dette er sjukdomar som har samheng med den enkeltes levevanar, sosiale forhold og det samfunnet me lever i. Mange av desse sjukdomane kan i stor grad kan førebyggast. I tillegg kan ein lære å mestre dei ved hjelp av tiltak som fremjar sunne levevanar. Muskel- og skjelettlidingar og psykiske lidingar dei vanlegaste årsakene til sjukefråvere, trygdeytningar og manglande arbeidstilknytning (Helsedirektoratet 2013).

I stor grad er det dei same faktorane som gir auka risiko for dei vanlegaste helseplagene og sjukdomane i befolkninga: Tobakksbruk, for lite fysisk aktivitet, usunt kosthold, overvekt og feite, risikofylt alkoholbruk og svevnnvanskar. Reduksjon av ein eller fleire av desse faktorane kan bidra til å redusere og førebygge desse helseplagene og sjukdomane.

Delen av befolkninga som rapporterer om god eigenvurdert helse, aukar med høgare utdanning og inntekt. Dette gjeld både for somatiske sjukdomar og psykiske lidingar. Faktorar som røyking, fysisk aktivitet, kostvanar, alkoholforbruk, overvekt og feite er sosialt skeivt fordelt. Det er vanleg å snakke om ein sosial gradient i fordelinga av helse i befolkninga. Det er også sosiale skilnader når det gjeld bruken av helsetenester (Jensen 2009). Tidlegare analysar viser relativt klare indikasjonar på at det eksisterer sosiale skilnader både med omsyn til bruken av primærhelsetenester og spesialisthelsetenester. Resultata viser at delen som bruker tenestene aukar med stigande sosial status (utdanning, inntekt og sosioøkonomisk status). Elles viser resultata at dei sosiale skilnadene også varer over tid.

Riksrevisjonens undersøking av offentleg folkehelsearbeid frå 2015 konkluderer med at dei fleste kommunane foreløpig ikkje har etablert eit systematisk folkehelsearbeid. Vidare er folkehelsearbeidet og folkehelseiltaka ikkje tilstrekkeleg kunnskapsbaserte. I tillegg peikar Riksrevisjonen på at folkehelsearbeidet i kommunane ikkje i stor nok grad er forankra i sektorar utanfor helse. Det blir konkludert med at det er behov for å styrke oppfølginga av det kommunale folkehelsearbeidet (Riksrevisjonen 2015).

I «Veileder for kommunale frisklivssentraler» understreker Helsedirektoratet at frisklivssentralar er eit konkret og effektivt tiltak for å styrke det systematiske folkehelsearbeidet på tvers av sektorar i kommunane (Helsedirektoratet 2013). Basert på undersøkingar som viser at det er lønsamt å gi hjelp til endring av levevanar, meiner Helsedirektoratet at etablering av frisklivssentralar er eit konkret tiltak som vil vere lønsamt for kommunane med færre tilfelle av sjukdom som har samheng med levevanar. Helsedirektoratet anbefaler alle kommunar å etablere frisklivssentralar i eigen kommune eller i samarbeid med andre kommunar (Helsedirektoratet 2013).

Gjennomgangen av resultata frå kartlegginga av frisklivssentralane viser at det er stadig fleire kommunar som vel å etablere frisklivssentralar. Samstundes er det

regionale skilnader når det gjeld delen kommunar som ved å etablere tilbodet mellom fylka, mellom små og store kommunar og mellom mindre sentrale kommunar og meir sentrale kommunar. Det kan vere grunn til å reise spørsmålet om det er skilnader i folkehelseutfordringar som gjer at ein kommune vel å etablere ein frisklivssentral eller ikkje. Er det slik at kommunar som ikkje har etablert tenesta ikkje har dei same folkehelse-utfordringane som kommunar med frisklivssentralar, eller har dei andre tilbod utanfor ramma av frisklivssentralar? Det vil elles vere interessant å sjå om det er skilnader i utgifter brukt til førebyggjande helsearbeid i kommunar med frisklivssentralar samanlikna med dei som ikkje har etablert tilbodet. Er det slik at kommunar med frisklivssentralar bruker meir pengar på førebyggjande helsearbeid enn dei som ikkje har etablert tilbodet?

8.1. Utgifter til folkehelsearbeid og førebyggjande helsearbeid i kommunane

KOSTRA kommunerekneskapen gir informasjon om utgifter kommunane har brukt på ulike kommunale oppgåver generelt og oppgåver innanfor dei ulike helse- og omsorgstenestene spesielt. I KOSTRA er utgangspunktet at kommunane sine oppgåver og ressursbruk skal relaterast til behova til innbyggjarane. Dette knyter oppgåver og ressursbruk til omgrepa funksjonar og brukargrupper. Omgrepet funksjon fokuserer på kva type behov tenestene skal dekke og kva grupper desse tenestene er retta mot. Funksjonsomgrepet er derfor uavhengig kva type tenester kommunane har etablert og korleis tenestene er organisert. Utgifter knytt til frisklivssentralar skal først på KOSTRA funksjon 233 anna førebyggjande helsearbeid. Funksjonen inkluderer òg miljøretta helsevern, helsestasjon for eldre, helsestasjon for innvandrarar og den kommunale bedriftshelsetenesta.

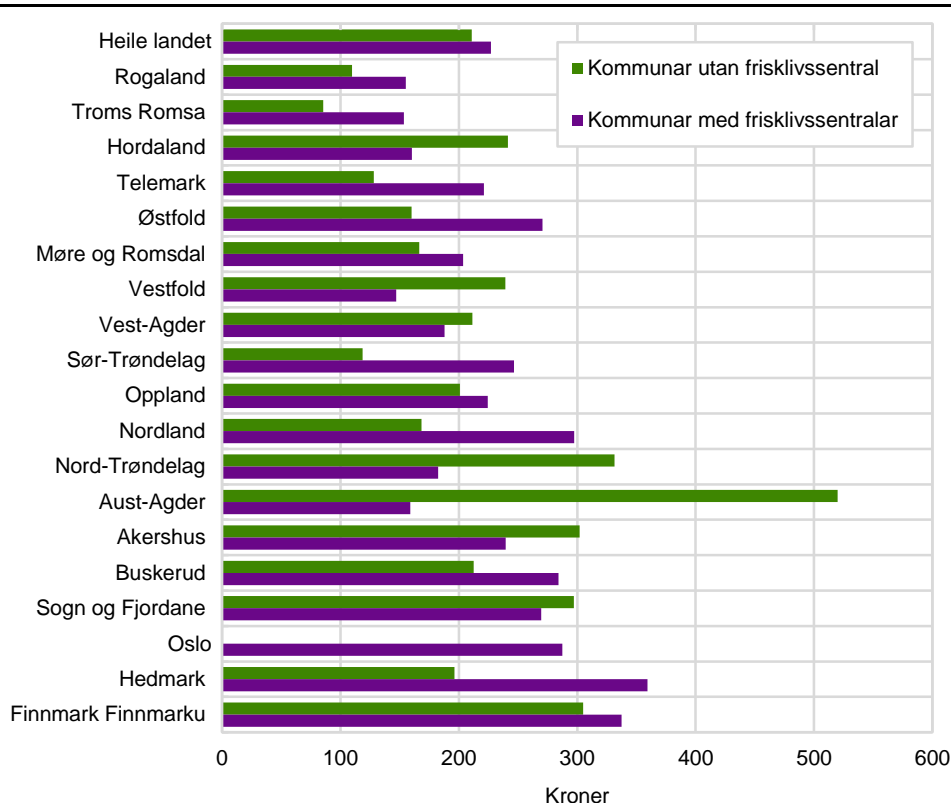
Når det gjeld utgifter knytt til folkehelsearbeid i kommunane er det ikkje mogleg å skilje ut dette i kommunerekneskapen. Utgifter til folkehelsearbeid i kommunane inkluderer oppgåver som blir utført på tvers av og på fleire kommunale tenesteområde. Folkehelsearbeid blir likevel utført innanfor enkelte avgrensa tenesteområde, og utgifter knytt til arbeidet skal derfor først på den aktuelle tenestefunksjonen. Eit døme kan vere dersom ein folkehelsekoordinator utfører arbeidsoppgåver i samband med det overordna planarbeid i kommunen (budsjett og økonomiplan), skal dette først på funksjon 120 administrasjon (ev. funksjon 301 for arbeid med kommuneplanens arealdel eller samfunnsdel). Målsetnaden om at folkehelsearbeidet skal vere tverrsektorielt gjer det difor ikkje mogleg å synleggjere kor mykje pengar kommunane bruker på denne oppgåva.

Figur 8.1 viser utgifter per innbyggjar brukt på anna førebyggjande helsearbeid i kommunar som har etablert frisklivssentral og kommunar som ikkje har etablert tilbodet for heile landet og fordelt etter fylke.

Figur 8.1 viser at kommunar med frisklivssentralar bruker noko meir pengar på førebyggjande helsearbeid per innbyggjar samanlikna med kommunar utan frisklivssentral. Vidare viser figuren at det er fylkesvise forskjellar når det gjeld utgifter som går med til førebyggjande helsearbeid.

Grunnlagstala viser at det blei brukt om lag 1,3 milliardar kroner til anna førebyggjande helsearbeid i kommunane i 2013. Om lag 30 prosent av desse utgiftene blei brukt i kommunar utan frisklivssentral, medan dei resterande 70 prosentane blei brukt i kommunar med frisklivssentralar. Målt i brutto driftsutgifter per innbyggjar viser figuren at det blei brukt om lag 227 kroner per innbyggjar i kommunar med frisklivssentral på anna førebyggjande arbeid, medan det tilsvarande talet var 211 kroner i kroner i kommunar utan frisklivssentral.

Figur 8.1 Brutto driftsutgifter til førebyggjande helsearbeid (funksjon 233) per innbyggjar i kommunar med og utan frisklivssentralar. Kroner. Heile landet og fylke. 2013



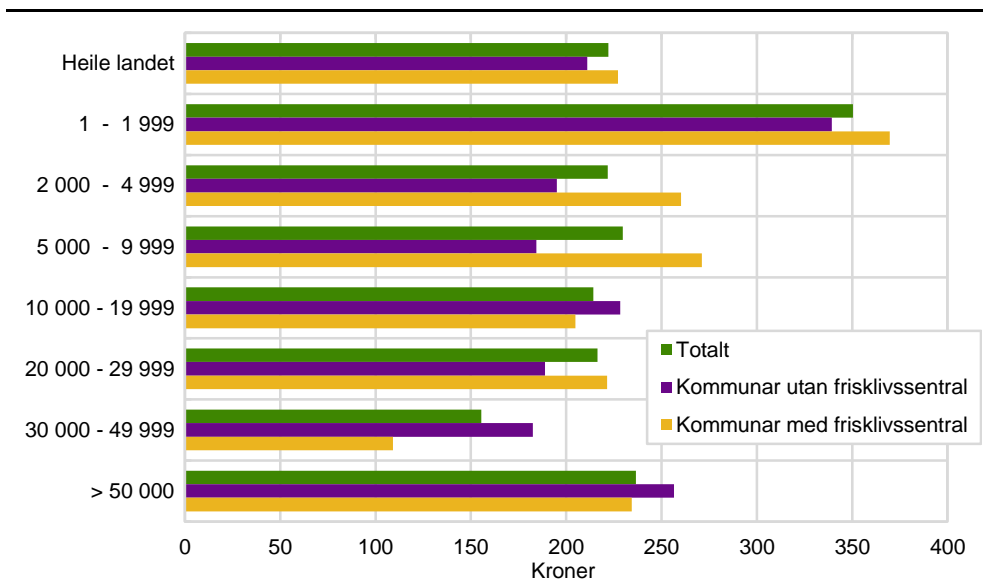
Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser elles at det er fylkesvise skilnader når det gjeld om det er kommunar med eller utan frisklivssentralar som bruker mest pengar på førebyggjande helsearbeid per innbyggjar. Det er elles flest fylke der kommunar med frisklivssentralar bruker mest pengar på førebyggjande helsearbeid per innbyggjar. Medan det var 13 fylke der kommunar med frisklivssentralar brukte mest pengar per innbyggjar på førebyggjande arbeid, var det seks fylke der kommunane utan frisklivssentral brukte mest pengar på førebyggjande helsearbeid. Resultata kan tyde på at kommunar med frisklivssentralar prioriterer førebygging i større grad enn kommunar utan denne tenesta. Tendensen er likevel ikkje eintydig og viser at det er store skilnader på tvers av fylka. Samstundes er det viktig å understreke at fleire andre utgifter til førebygging også inngår i denne utgiftsfunksjonen, og kan difor dekke over skilnader i bruken på frisklivssentralar i kommunar med tilbodet.

Når det gjeld Oslo, er dei i denne samanheng definert som ein kommune med tilbodet. Det er tidlegare vist at om lag halvparten av bydelane i Oslo har etablert frisklivssentralar. Vidare er det fleire bydelar som har samarbeid med andre bydelar, og det vil difor vere grunn til å tru at alle innbyggjarane i Oslo i utgangspunktet kan nytte seg av tilbodet i ein bydel med tilbodet. Det vil vere interessant å sjå om det er skilnader i utgifter per innbyggjar på førebyggjande arbeid i kommunar med og utan frisklivssentral etter dei regionale bakgrunnskjenneteikna kommunestorleik og kommunesentralitet.

Figur 8.2 viser utgifter per innbyggjar brukt på anna førebyggjande helsearbeid i kommunar som har etablert frisklivssentral og kommunar som ikkje har etablert tilbodet for heile landet og fordelt kommunestorleik.

Figur 8.2 Brutto driftsutgifter til førebyggjande helsearbeid (funksjon 233) per innbyggjar totalt og i kommunar med og utan frisklivssentralar. Kroner. Heile landet og kommunestorleik. 2013



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

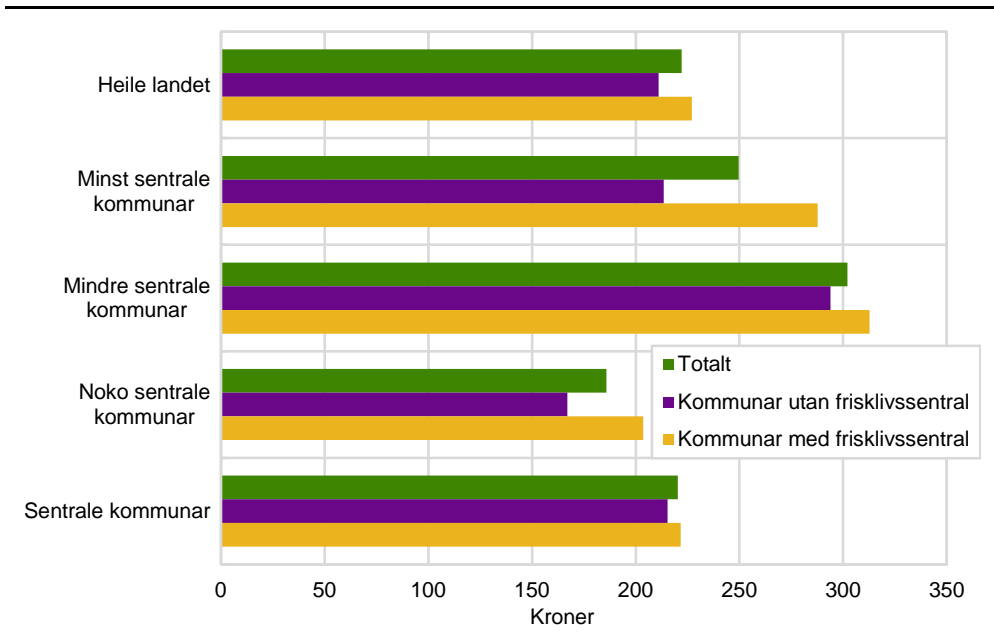
Figur 8.2 viser at det er dei minste kommunane at det blir brukt mest pengar per innbyggjar på førebyggjande helsearbeid. Figuren viser elles at det er skilnader etter kommunestorleik om det er kommunar med eller utan frisklivssentralar som bruker mest pengar per innbyggjar på førebyggjande arbeid.

Medan det var kommunar med frisklivssentralar som brukte mest pengar på førebyggjande arbeid i kommunar for alle gruppene under 10 000 innbyggjarar, var det ein tendens til at kommunar utan frisklivstilbod brukte mest pengar på førebyggjande arbeid i dei større kommunane. Unntaket er i kommunegruppa med 20 000 – 29 999 innbyggjarar der kommunar med frisklivssentralar brukte mest pengar på førebygging per innbyggjar. Tendensen til at det i større kommunar er kommunar utan frisklivssentralar som bruker mest pengar på førebygging kan skuldast at det i store kommunar generelt har større utgifter til andre førebyggjande tenester som inngår i denne utgiftsfunksjonen, som t.d. helsestasjon for eldre og innvandrarar, samanlikna med mindre kommunar.

At det ikkje er ein klar tendens til at kommunar med frisklivssentral bruker meir pengar på førebygging enn dei som ikkje har tilbodet, kan òg vere eit uttrykk for at frisklivssentral ikkje er ei veldig kostnadskrevjande teneste i utgangspunktet. Det er tidlegare vist at det er i underkant av 190 årsverk som jobba ved frisklivssentralar i landet totalt i 2013. Målt i årsverk er dette ei svært lita helseteneste samanlikna med dei andre helsetenestene kommunane tilbyr. Det kan tyde på at det er små utgifter knytt til denne tenesta samanlikna med andre helsetenester. Fordi den er lite kostnadskrevjande er det ikkje naudsynt at ein finn systematiske skilnader i utgifter per innbyggjar mellom dei som har etablert og dei som ikkje har etablert tilbodet.

Det vil samstundes vere interessant å sjå om det er skilnader i utgifter brukt på førebyggjande arbeid i kommunar med og utan frisklivssentral fordelt etter kommunesentralitet. Figur 8.3 viser utgifter per innbyggjar brukt på anna førebyggjande helsearbeid i kommunar som har etablert frisklivssentral og kommunar som ikkje har etablert tilbodet for heile landet og fordelt kommunesentralitet.

Figur 8.3 Brutto driftsutgifter til førebyggjande helsearbeid (funksjon 233) per innbyggjar totalt og i kommunar med og utan frisklivssentralar. Kroner. Heile landet og kommunesentralitet. 2013



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 8.3 viser at det blir brukt mest pengar på førebyggjande helsearbeid per innbyggjar i dei mindre sentrale kommunane. Figuren viser elles at det blir brukt flest kroner per innbyggjar i kommunar med frisklivssentralar for alle sentralitetsinndelingane.

Det blir brukt mest pengar per innbyggjar på førebyggjande helsearbeid i dei minst sentrale kommunane. Vidare viser tala at det i så vel som mindre sentrale og meir sentrale kommunar blir brukt flest kroner per innbyggjar i kommunar som har etablert frisklivssentralar. Skilnadene i utgifter er størst mellom kommunar som har etablert frisklivssentral og ikkje i dei minst sentrale kommunane. Dette resultatet kan tyde på at kommunar som har tilbodet i mindre sentrale kommunar prioriterer førebyggjande arbeid meir enn mindre sentrale kommunar utan tilbodet. Samstundes kan det vere eit uttrykk for at mindre sentrale kommunar som først har etablert frisklivsstilbodet vel at tenesta skal omfatte ein større del av det førebyggjande tilbodet enn i mindre sentrale kommunar utan tilbodet.

Blant dei sentrale kommunane viser figuren at det er i kommunar med frisklivssentralar at det blir brukt flest kroner per innbyggjar på førebyggjande helsearbeid. Samstundes er det små skilnader i utgifter mellom kommunane som har tilbodet og dei som ikkje har det. Dette gjeld særleg for dei mest sentrale kommunane. Dette kan vere eit uttrykk for at sentrale kommunar som ikkje har frisklivssentralar prioriterer førebyggjande helsetenester, men vel å organisere det utanfor ramma av frisklivssentral. I tillegg er det viktig å understreke at det er andre førebyggjande utgifter som også inngår i KOSTRA funksjon 233 anna førebyggjande helsearbeid. Utgiftene til dei andre førebyggjande tenestene kan vere relativt større, og slik jamne ut forskjellane i dei større og meir sentrale kommunane.

8.2. Oppsummering - utgifter til førebyggjande helsearbeid i kommunane

Kommunane i Noreg brukte totalt om lag 1,3 milliardar på anna førebyggjande arbeid i 2013. Per innbyggjar utgjorde dette 222 kroner. Grunnlagstala viser elles at det har vore ein auke i utgifter per innbyggjar på førebyggjande helsearbeid i perioden 2009-2013. Tala viser elles at det blei brukt noko meir per innbyggjarar i

kommunar med frisklivssentral samanlikna med i kommunar som ikkje hadde etablert tilbodet (høvesvis 227 kroner og 211 kroner). Fordelt etter fylke viser resultatata at det i 13 av 19 fylke er kommunar med frisklivssentral som bruker mest per innbyggjar på førebyggjande arbeid. Det er elles store skilnader mellom fylka når det gjeld kor mykje som blir brukt per innbyggjar på førebygging.

Fordelt etter kommunestorleik og kommunesentralitet er det ein tendens til at det blir brukt mest på førebygging per innbyggjar i små kommunar i mindre sentrale strok. I tillegg er det ein tendens til at det i små kommunar i mindre sentrale strok blir brukt meir på førebygging i kommunar med frisklivssentralar samanlikna med kommunar utan. Dette kan vere eit uttrykk for at fokus på førebygging er særleg stort i dei små kommunane som har etablert frisklivssentralar, og at dette blir synleg i utgiftstala. I større og meir sentrale kommunar viser resultatata at skilnadene i utgifter per innbyggjar brukt på førebygging er mindre mellom kommunar med og utan frisklivssentral. Det kan tyde på at store kommunar utan frisklivssentral også prioriterer førebygging, men i form av andre tilbod og tenester enn frisklivssentralar.

Det er viktig å understreke at funksjon 233 også inkluderer utgifter til andre førebyggjande tiltak, som t.d. helsestasjon for innvandrarar og helsestasjon for eldre. Det er rimeleg å anta at kostnadene til desse tenestene er høgare i større og meir sentrale kommunar, og slik jamnar ut skilnadene i utgifter mellom dei kommunane som har frisklivssentral og dei som ikkje har tilbodet. I tillegg er det viktig å hugse på at det er nokså få årsverk som totalt var knytt til tenesta i kommunane i 2013. Dette bør i dei fleste tilfella innebere ein låg terskel for å etablere tilbodet for kommunane med tanke på personell og utgifter.

Når det gjeld utgifter til kommunale folkehelsearbeid skjer dette på tvers av sektorar, og skal førast på dei aktuelle funksjonane. Det inneber at KOSTRA kommunerekneskapen ikkje har moglegheit til å synleggjere kor myke pengar som har gått med til dette arbeidet.

9. Er det forskjellar i folkehelseutfordringane i kommunar med og utan frisklivssentralar?

9.1. Bakgrunn

Kommunane skal ha oversikt over faktorar som kan vere med å påverke folkehelsa. Det blir særleg lagt vekt på at kommunane skal arbeide for å redusere sosiale skilnader innanfor helse. Dette er òg eit av føremåla med arbeidet ved frisklivssentralar. I samband med dette er det naudsynt å ha oversikt over faktorar som særleg kan føre til sosiale skilnader innanfor helse. Ei opphoping av sosiale levekårproblem og talet på personar med auka risiko for sjukdom knytt til levevanar, gjer det rimeleg å anta at behovet for frisklivssentralar kan vere større samanlikna med i kommunar som ikkje har like store levekårutfordringar. Faktorar som vil vere særleg relevante å ha oversikt over er delen innbyggjarar i kommunen med låg utdanning, låg inntekt. I tillegg vil det å ha oversikt over delen stønadsmottakarar i kommunen vere viktig. Ein høg førekost av innbyggjarar med låg utdanning, låg inntekt, og som er stønadsmottakarar indikerer at folkehelseutfordringane er særleg store i desse kommunane, og kan bidra til å skape store sosiale helseforskjellar.

Riksrevisjonen sin gjennomgang av offentleg helsearbeid konkluderte med at dei fleste kommunane enno ikkje har etablert systematisk folkehelsearbeid i kommunane. Undersøkinga viste at 16 prosent av kommunane ikkje hadde påbyrja arbeidet med å lage oversikt over helsetilstanden til innbyggjarane og faktorar som påverkar denne. 59 prosent av kommunane er i gang med arbeidet. Om lag ein fjerdedel av kommunane har utarbeidd slik oversikt. Det ser elles ut til at små kommunar har kome noko kortare med oversiktsarbeidet enn større kommunar (Riksrevisjonen 2015). Funna underbyggjer resultatane frå kartlegginga om frisklivssentralar, som viser at det er særleg i små kommunar at delen som har etablert frisklivstilbod er låg.

Vidare konkluderer Riksrevisjonen med at arbeidet med folkehelsearbeid i kommunane ikkje er tilstrekkeleg kunnskapsbasert. Ein stor del av kommunane opplyser om at dei bruker folkehelseprofilane for å skaffe seg oversikt, men samstundes rapporterer fleire kommunar at dei er usikre på kva verkemiddel og tiltak som er effektive for å betre folkehelsa, særleg når det gjeld utjamning av sosiale helseforskjellar (Riksrevisjonen 2015).

Folkehelsearbeid i kommunane skal gjennomførast på tvers av sektorar. Det er ei målsetjing om å tenkje «helse i alt ein gjer». Samarbeid på tvers gjeld også for frisklivssentralar der kommunane blir oppmoda av Helsedirektoratet til å skaffe seg oversikt over moglege aktørar dei kan samarbeide med, både innanfor eigen kommuneorganisasjon og i elles i lokalmiljøet. Kartlegginga til Riksrevisjonen viser at folkehelsearbeidet ikkje er godt nok forankra i tenester utanfor helsesektoren. Resultata frå kartlegginga av frisklivssentralar viser rett nok at kommunar med frisklivssentralar har inngått samarbeid med fleire aktørar utanfor helsesektoren. Samstundes er det mindre samarbeid med andre aktørar i små kommunar med frisklivssentralar samanlikna med i større kommunar.

Riksrevisjonen konkluderer at det er eit behov å styrke oppfølginga av det kommunale folkehelsearbeidet. Det kan vere grunn til å anta at kommunar som har etablert frisklivssentralar har kome lenger i arbeidet med å skaffe seg systematisk oversikt over helsetilstanden i befolkninga og særlege utfordringar knytt til folkehelsa i eigen kommune. I tillegg kan det vere grunn til å anta at folkehelseutfordringane er særleg store i kommunar som har valt å etablere frisklivssentralar. Det vil difor vere interessant å sjå korleis ulike faktorar som er med og påverkar folkehelsa i befolkninga fordeler seg mellom kommunar med og utan frisklivssentralar.

9.2. Faktorar som påverkar sosial ulikskap i helse i kommunar med og utan frisklivssentral

Kommunane skal ha oversikt over faktorar som kan vere med å påverke folkehelsa. Det blir særleg lagt vekt på at kommunane skal arbeide for å redusere sosiale skilnader innanfor helse. Dette er òg eit av føremåla med arbeidet ved frisklivssentralar. I samband med dette er det naudsynt å ha oversikt over faktorar som særleg kan føre til sosiale skilnader innanfor helse. Ei opphoping av sosiale levekårproblem og talet på personar med auka risiko for sjukdom knytt til levevanar, gjer det rimeleg å anta at behovet for frisklivssentralar kan vere større samanlikna med i kommunar som ikkje har like store levekårutfordringar. Faktorar som vil vere særleg relevante å ha oversikt over er delen innbyggjarar i kommunen med låg utdanning, låg inntekt. I tillegg vil det å ha oversikt over delen stønadsmottakarar i kommunen vere viktig. Ein høg førekomst av innbyggjarar med låg utdanning, låg inntekt, og som er stønadsmottakarar indikerer at folkehelse-utfordringane er særleg store i desse kommunane, og kan bidra til å skape store sosiale helseforskjellar.

Studiar har vist at dei hyppigaste årsakene for at personar blir tilvist til frisklivssentralen er muskel- og skjelettsjukdomar og overvekt, fysisk inaktivitet og psykiske plagar. Gjennomsnittleg kroppsmasseindeks (KMI) på deltakarane er på om lag 30 kg/m². Om lag 70 prosent av deltakarane ved frisklivssentralar har låg utdanning (grunnskule, eller vidaregåande som høgaste fullførte utdanning), og over halvparten er heilt eller delvis sjukmeldte, eller på ei form for stønadsordning. Målingar av fysisk form viser elles at deltakarane i gjennomsnitt har dårlegare kondisjon enn friske personar på same alder (Blom, EE 2008), (Helgerud, J. og Eithun, G. (2010)) (Lerdal A, Celius EH, Pedersen G.). Dette viser at deltakarar ved frisklivssentralar i er i grupper med større førekomst av levekår og helseutfordringar enn resten av befolkninga.

Når det gjeld utdanningsnivået i kommunen, er det tidlegare vist at både helsetilstand og bruken av helsetenester aukar med utdanningsnivå (Jensen 2009). Den same tendensen gjeld for inntekt. Delen som rapporterer å ha god helse og bruker helsetenestene jamleg aukar med høgare inntekt. Det same gjeld for stønadsmottakarar. Delen som rapporterer å ha dårleg helse er høgare blant stønadsmottakarar samanlikna med resten av befolkninga. Det vil vere interessant å sjå om det er skilnader i levekårutfordringar mellom mindre sentrale og meir sentrale kommunar. Vidare vil det vere interessant å sjå om det skilnader i levekårutfordringar mellom kommunar som har etablert frisklivssentral og dei kommunane som ikkje har etablert tilbodet. Er det slik at det er i kommunar med frisklivssentralar at levekårproblema er høgast?

Tabell 9.1 viser utvalde indikatorar som i meir eller mindre grad måler levekårproblem kommunane. Det er rimeleg å anta at ein høg verdi på indikatorane vil tyde på større folkehelseutfordringar samanlikna med kommunar med låg verdi på dei tilsvarande verdiane. Tabellen viser førekomsten av arbeidsledige, uførepensjonistar, sosialhjelpsmottakarar 18- 24 år og 25-66 år, delen personar med fråfall frå vidaregåande, delen med grunnskuleutdanning som høgaste utdanning for personar 25 år og eldre, grunnskuleutdanning som høgaste utdanning for personar 25-44 år og delen innbyggjarar med låg inntekt (EU 60). Tabellen er viser tal for heile landet, kommunesentralitet og fordelt etter om kommunane hadde etablert frisklivssentralar eller ikkje. Det er viktig å understreke at levekårproblem er samansett med mange dimensjonar. Indikatorane i tabellen gir ikkje ei fullstendig dekning av levekårproblem i ein kommune og må også sjåast i samanheng andre indikatorar knytt til levekårproblematikken. For definisjonar av omgrepa i tabellen, sjå vedlegg B.

Tabell 9.1 Indikatorar for faktorar som påverkar sosial ulikskap i helse. Heile landet og kommunesentralitet. Prosent. 2013.

	Kommunar med og utan frisklivssentral (Ja/Nei)	Delen arbeidsledige 18-66 år	Delen uføretrygdde 18-66 år	Delen sosialhjelpsmottakere 18-24 år	Delen sosialhjelpsmottakarar 25-66 år	Antall personer med frafall vgs 2011-2013	Antall med grunn.-skoleutd 25 år +	Grunnskole 25-44 år +	Delen innbyggjarar med låg inntekt (EU60)
Heile landet	Ja	2,1	3,2	5,4	3,2	0,3	21,4	16,4	10,5
	Nei	2,4	4,3	6,9	3,6	0,4	28,5	21,4	9,5
Minst sentrale kommunar	Ja	2,0	4,2	5,4	2,9	0,2	27,3	18,6	10,1
	Nei	3,7	7,7	12,0	6,2	0,4	50,3	36,1	10,4
Mindre sentrale kommunar	Ja	1,9	4,1	6,6	3,1	0,2	24,4	18,3	9,2
	Nei	1,8	3,8	6,3	3,2	0,2	24,0	17,8	8,7
Noko sentrale kommunar	Ja	2,1	4,4	7,3	3,4	0,2	26,0	19,7	10,4
	Nei	2,1	3,7	5,8	2,9	0,2	24,4	18,5	9,4
Sentrale kommunar	Ja	2,1	2,9	5,0	3,2	0,2	20,0	15,7	10,6
	Nei	2,2	3,6	6,0	3,2	0,2	24,7	19,7	9,4

Kjelde: Statistisk sentralbyrå, NAV og FHI

Tabell 9.1 viser at førekomsten av levekårproblema ser ut til å vere høgast i kommunar som ikkje har etablert frisklivssentralar. Vidare ser det òg ut til at levekårutfordringane er noko større i dei minst sentrale kommunane.

Det er små skilnader i delen arbeidsledige mellom kommunar som har etablert frisklivssentralar og dei som ikkje har tilbodet. Medan 2,1 prosent var arbeidsledige på landsbasis blant kommunar med frisklivssentralar, var tilsvarande tal 2,4 prosent blant kommunar utan frisklivssentralar. Fordelt etter kommunesentralitet er det små skilnader i arbeidsledige blant kommunar med og utan frisklivssentralar. Unntaket er blant dei minst sentrale kommunane der delen arbeidsledige er høgast blant kommunane som ikkje har etablert frisklivssentralar.

Delen uførepensjonistar er høgast blant kommunar som ikkje har etablert frisklivssentralar. Skilnadene er elles størst blant dei minst sentrale kommunane. Medan det var 3,2 prosent uførepensjonistar i kommunar som har etablert frisklivssentralar, var tilsvarande tal 4,3 prosent blant kommunane som ikkje hadde frisklivssentral. Fordelt etter kommunesentralitet viser figuren at delen uførepensjonistar er høgast i kommunar utan frisklivssentral, både i dei minst sentrale kommunane og dei mest sentrale kommunane. I dei mindre sentrale og noko sentrale kommunane er delen uførepensjonistar høgast blant kommunane som har etablert tilbodet. Det bør nemnast at skilnadene er relativt små i desse gruppene mellom kommunar med og utan frisklivssentral.

Delen sosialhjelpsmottakarar er høgast i kommunane som ikkje har etablert frisklivssentral. Dette gjeld for både yngre og eldre sosialhjelpsmottakarar. Medan det var 5,4 prosent sosialhjelpsmottakarar 18-24 år i kommunar med frisklivssentralar på landsbasis, var tilsvarande tal 6,9 prosent blant kommunane som ikkje hadde etablert tilbodet. Delen unge sosialhjelpsmottakarar er høgast i dei minst sentrale kommunane som ikkje har etablert frisklivssentralar. Resultata for sosialhjelpsmottakarar 25-66 år viser òg at delen mottakarar er høgast i kommunar som ikkje har etablert frisklivssentralar. Resultata viser samstundes at skilnadene her noko mindre enn for unge mottakarar.

Delen med grunnskuleutdanning som høgaste fullførte utdanning er høgast i dei minst sentrale kommunane. Samstundes er delen er høgare i kommunar som ikkje har etablert frisklivssentralar. Medan det var 21,4 prosent av befolkninga hadde grunnskuleutdanning for personar 25 år og eldre i kommunar med frisklivssentral, var tilsvarande tal 28,5 prosent i kommunar som ikkje hadde etablert tilbodet. Skilnadene er elles størst i dei minst sentrale kommunane mellom kommunar med og utan frisklivssentral. Tabellen viser elles at det er i kommunar med frisklivssentralar at delen personar med fråfall frå vidaregåande er lågast. Samstundes er skilnadene nokså små mellom mindre sentrale og meir sentrale kommunar, og mellom kommunar med og utan frisklivssentralar.

Delen innbyggjarar med låg inntekt er høgast i kommunane som har etablert frisklivssentral. Det er elles små skilnader i delen med låg inntekt fordelt etter kommunesentralitet. Medan 10,5 prosent av personar i kommunar med frisklivssentral hadde låg inntekt, var tilsvarande tal 9,5 prosent i kommunar som ikkje hadde etablert frisklivssentralar. Fordelt etter sentralitet er tendensen den same. Unntaket er blant dei minst sentrale kommunane der førekomsten av personar med låg inntekt er høgast i kommunane som ikkje har etablert frisklivssentralar. Resultata for låginntekt er dei einaste som går i motsett retning når ein samanliknar kommunar med og utan frisklivssentral. For alle dei andre indikatorane er tendensen at førekomsten av utfordringar med levekår er høgast i kommunar som ikkje har etablert frisklivssentralar.

9.3. Oppsummering - Faktorar som påverkar sosial ulikskap i helse

Ein gjennomgang av faktorar som kan vere med å påverke folkehelsa i kommunar viser at det for nær alle av dei utvalde indikatorane er høgast førekomst av utfordringar i kommunar som ikkje har etablert frisklivssentralar. Tendensen er stort sett gjeldande uavhengig av kor sentrale kommunane er. Samstundes ser levekårutfordringane ut til å jamt over å vere størst i dei minst sentrale kommunane som ikkje har etablert frisklivssentral. Unntaket er førekomsten av låg inntekt der resultata viser ein høgare førekomst av låg inntekt i kommunar som har etablert frisklivssentralar.

Resultata tyder ikkje på at det er kommunar med særlege levekårutfordringar som har etablert frisklivssentralar. Ein gjennomgang av tala for 2013 viser at utfordringane er vel så høge i kommunar som ikkje har etablert tilbodet. Her må ein ta atterhald om at kommunar som har hatt frisklivssentralar ei god stund har bidrege til å redusere delen personar med levekårproblem. I tillegg viser utviklinga mellom 2013 og 2014 at fleire kommunar har etablert frisklivssentral, og det kan hende resultata vil endre seg i tida som kjem. Det er likevel grunn til å spørje seg om kommunar etablerer frisklivssentral basert på kartlegging av faktorar som kan føre til sosial ulikskap i helsa i befolkninga. Resultata kan vere med å underbygge funna frå undersøkinga til Riksrevisjonen, som viser at få kommunar har etablert systematisk folkehelsearbeid i kommunane. Resultata knytt til levekårproblem i kommunane kan om ikkje anna tyde på at fleire kommunar kunne hatt nytte av å etablere frisklivssentralar.

10. Case-studie

For å supplere resultatane frå kartlegginga av frisklivssentralar i KOSTRA skjema 1, har det blitt gjennomført djupneintervju med fire utvalde case. Dei fire case-intervjua har blitt gjennomført med to utvalde kommunar som har etablert frisklivssentral, og to utvalde fylkesmenn som har ansvaret for å følgje opp frisklivssentralar i sine respektive fylke. Intervjuguide og spørjeliste blei utvikla i framkant av intervjua i samarbeid med Helsedirektoratet.

Målsetjinga med case-intervjua for dei to utvalde kommunane har vore å supplere informasjonen frå kartlegginga når det gjaldt bakgrunn for etableringa av frisklivssentralane, organisering, frisklivssentralen si rolle når det gjeld folkehelsearbeid og anna førebyggjande arbeid i kommunen. I tillegg var det ønskeleg å få meir informasjon om kven brukarane ved frisklivssentralane er, og om frisklivssentralen fungerer etter hensikten. Det var også ønskeleg å finne ut om respondentane frå kommunane hadde tankar om kva kriterium som må oppfyllest for at frisklivssentralane skal bli vellukka. Intervjua blei haldne med personar som jobba ved frisklivssentralar i kommunen og nærmaste einingsleiar i kommunen.

Målsetjinga med case-intervjua for dei to utvalde fylkesmannsembeta har vore å få informasjon om korleis dei jobbar med oppfølging av folkehelsearbeid og førebyggjande arbeid i kommunane generelt og frisklivssentralar spesielt. I tillegg var det ønskeleg å få informasjon om korleis arbeidet med frisklivssentralar var organisert i fylkesmannsembetet og korleis dei eventuelt samarbeider med andre aktørar om arbeidet. Det var også ønskeleg å finne ut kva respondentane ved fylkesmannsembeta meiner er viktige kriterium for at frisklivssentralar må oppfylle for å lukkast. Intervjua blei haldne med personar i fylkesmannsembete som hadde det ansvaret for å følgje opp folkehelsearbeid og frisklivssentralar.

Dei to kommunane og dei to fylkesmannsembeta som har blitt intervjuet vil bli haldne anonyme i presentasjonen av resultatane. Dette er i samråd med respondentane, og vil i det det følgjande bli omtala som høvesvis kommune A, kommune B, Fylkesmannembete A og Fylkesmannembete B. Resultatane vil bli presentert som deskriptiv omtale, supplert med direkte sitat frå intervjuobjekta. Alle dei fire intervjuet blei gjennomført hausten 2015.

10.1. Hovudresultat og funn frå studiane av dei to utvalde kommunane

Kommunane står fritt til å velje om dei ønskjer å etablere og organisere førebyggjande helsetenester i form av ein frisklivssentral eller ta i vare dette på ein annan måte. I case-studien har me valt å intervjuet to kommunar som har frisklivssentral for å få mest mogleg informasjon om organiseringa, samarbeidspartar, brukarane, tilbodet ved sentralane og kva dei meiner skal til for å lukkast med ein frisklivssentral.

I den første delen av case-studien blei det gjennomført intervju i ein mellomstor kommune (A) som samarbeida med ei anna kommune om frisklivssentralen, og der tilbodet var under utvikling. I den andre delen blei det halde intervju i ein stor kommune (B) med ein velfungerande frisklivssentral som hadde eksistert lenge.

Case-studie av frisklivssentralen i ein mellomstor kommune (A)

Kva var bakgrunnen for etableringa av frisklivssentral i kommunen?

Fysioterapeutane i kommune A syntest tanken om å ta tak i ting på eit tidlegare tidspunkt var spennande, så det var det som var starten på at frisklivssentralen blei etablert i 2012. Dei hadde fått nokre fastlønstilskott, og ein fysioterapeut tenkte det kunne vere interessant å begynne og jobbe med frisklivssatsing. Ho fekk ei 20 %

stilling som ho kunne bruke til det. Ho begynte så smått å samle litteratur og finne ut kva eit slik tiltak kunne brukast til. Så var det ein av dei andre fysioterapeutane i kommunen som greip tak i det og hadde høyrd om motiverande intervju. Det var ei dame dei fekk høyre om som heldt kurs om dette i kommunar. Dei fekk invitert ho til seg og samla ganske mange frå heile fylket til eit 2-dagarskurs om motiverande intervju hausten 2011.

Styrke- og balansegruppa som dei lenge hadde hatt, hadde vore meir sekundærførebygging, sidan dei som deltok var over 80 år og særst dårlege av til dømes slag. Dei fann ut at dei no ville gå under det nivået og satsa meir på primærførebygging og livsstilsrelaterte tiltak.

Kommune A søkte midlar til frisklivssentral frå fylkesmannen i 2012. Dei fekk ein mindre sum det første og andre året og starta i det små. Då dei i 2014 fekk ein stor sum, var det moglegheiter for å setje i gong litt større. Då tok det jo litt tid før hjula begynte å rulle. Det var mykje fokus på å marknadsføre tilbodet til mellom anna fastlegane, aviser og på nettsider. Dei merka absolutt ein auke i talet på tilvisingane, og det blei òg fleire folk på gruppene etter kvart.

Kor kom initiativet til etablering frå?

I følgje intervjuobjekta kom initiativet både litt utanfrå og litt innanfrå. Det hadde lege litt i heile atmosfæren, om at det kom til å skje noko, særleg med tanke på meir fokusering på friskliv. Samhandlingsreforma som kom i 2012, var også med på å bidra til at noko måtte gjerast..

Korleis har samarbeidet om frisklivssentral med andre kommunar vore?

Kommune A blei samd med to av grannekommunane som òg hadde delteke på kurset om motiverande intervju, om å søkje midlar til frisklivssentral i lag. I 2012 fekk dei vel 50 000 kr på deling. Ein av kommunane var berre med det første året, då dei ikkje såg seg i stand til å supplere med kommunale midlar grunna dårleg økonomi. Dei kom aldri skikkeleg i gong, og dei nytta midlane til å kurse tilsette i dei tre kommunane. Difor var det dei neste tre åra berre to kommunar som søkte midlar i lag og hadde eit felles frisklivstilbod.

Dei to grannekommunane fordelte potten på eit vis. Så har det vore mogleg for deltakarar frå den eine kommunen å vera med på det som er av tilbod i den andre kommunen, og omvendt. Kommune A er mest folkerik og har hatt størst aktivitet, i alle fall fram til no. Tidlegare år så har det vore meir fokus på barn i grannekommunen, og har i samband med det hatt med ei helsesystem. Tilbodet i grannekommunen har snudd litt no der dei no vender seg meir mot vaksne. Dei har organisert seg på ein litt annan måte etter at dei fekk ein svært engasjert folkehelsekoordinator.

«Grannekommunen har fått ein folkehelsekoordinator som er veldig på. Ho er heilt dratt inn i frisklivsarbeidet, så det er ho som har teke over koordineringa av det. For ho har tidlegare vore med å starte opp ein frisklivssentral i ein by, så ho har vel hjarte for det. Ja, det hendar at det er ein person som kjem inn og gjer ein skilnad»

Det har elles generelt vore svært få tilvisingar til kvarandre sitt tilbod. Ei årsak kan vere reiseveg og at enkelte gjerne vil kjenne nokon andre av deltakarane. Nokre frå grannekommunen har delteke på treningsgruppene i kommune A, og det same gjeld for røykjesluttkurs. Sidan grannekommunen har ein fysioterapeut og ein ernæringsfysiolog tilsett, så har nokre foreldre frå kommune A vore der på tilbod retta mot born.

Når det gjeld praktisk arbeid, så har det stort sett vore kommune A som utarbeider brosjyrar til begge kommunar etter ein felles mal, i tillegg har dei laga felles logo. Kommunane har òg hatt interne møte kor dei har blitt einige om ein plan for kva kurs dei skal halde og når. På administrativt nivå har leiarane møtt kvarandre, og på eit praktisk nivå har dei som jobbar meir fagleg hatt rundar med erfaringsutvekslingar.

Alt i alt har samarbeidet vore godt, og dessutan aukande særleg siste halvår. Det at ein kan delta på tilboda til kvarandre, blir opplevd som ein fordel. Dersom ikkje kommune A skulle utvikle sin frisklivssentral, så trur dei at eit framleis samarbeid kunne ha vore svært bra.

Kor er frisklivssentralen organisert i kommunen?

Frisklivssentralen i kommune A har ikkje hatt eit fast fysisk lokale med gitte opningstider. Tilbodet har ikkje vore stadbunde, men dei har hatt treningsgrupper ute og i ein av kommunen sine gymsalar, matkurs på skulekjøkken og diabeteskurs på kursrom på sjukeheimen. Kontor i kommunens lokalar har vore i bruk til helsesamtaler, og det har vore utfordrande ikkje å ha ein fast tilhaldsstad. Dei har måtte byte treningslokale for innandørstrening frå ein skule til ein annan, fordi det ikkje har vore ledige lokalar på dei tidspunkta det har passa med kursa.

Frisklivssentralen ligg administrativt under ei koordinerande eining. Eininga koordinerer alle søknadene om helse- og omsorgstenester i kommunen, og dei har mellom anna ergoterapeutar og fysioterapeutar tilsett. Både leiaren for eininga og koordinator for frisklivssentralen er fysioterapeutar. Sistnemnde har hatt helsesamtalane, Bra Mat kurs og ei treningsgruppe.

Dei hadde fått midlar frå Fylkesmannen til frisklivssentralen utover dei tre åra som er vanleg. I 2015 fekk dei vidareført stønaden, av di dei starta eit prosjekt om kvardagsrehabilitering. Frå 2016 får dei ingen fleire midlar, og sentralen kjem til å bli lagt ned.

I 2015 har det vore tre personar involvert i arbeidet ved frisklivssentralen i tillegg til at leiaren gjer ein del. Dei hadde òg ein turnusfysioterapeut, men denne stillinga har blitt fjerna. I heile perioden har det berre vore fysioterapeutar som har jobba med tilbodet. I resten av stillinga til fysioterapeutane arbeider dei mellom anna på sjukeheimen, med bassenggruppe og med rehabilitering i heimen.

Korleis er frisklivssentralen forankra i kommunale planar?

Kommune A har baa ein kommunedelplan for idrett og fysisk aktivitet for 2009-2020 og ein revidert omsorgsplan for 2011-2020 der frisklivssentralen er nemnd. Siste år er tiltaket òg nemnd i IA-avtalen, av di ein skal bruke sentralen med tanke på sjukemelde arbeidstakarar.

I følgje dei intervjuar har det vore lita interesse for frisklivssentral blant politikarane i kommunen. Leiaren for frisklivssentralen har halde orienteringar for politikarane ved fleire høve. Ved starten i 2012 gjekk politikarane med på å etablere sentralen, men kravde ei evaluering året etter. Då blei det ikkje sett av nokon kommunale midlar, men dei involverte fekk lov til å halde fram med tilbodet, men måtte sjølve søkje midlar frå Fylkesmannen. Då ein fekk frisklivsstilbodet inn i IA-avtalen, var det særleg tillitsvalde som fekk overttydd politikarane. Men frå 1. januar 2016, er likevel frisklivstilbodet vekk.

Når det gjeld rådmannen med stab i kommunen, så har dei ei satsing på førebygging i den betydning at kommunen har ein folkehelsekoordinator som har fått auka stillinga si til 50 %. Koordinatoren var med på å skrive Folkehelseplanen. Sentralen har ikkje så veldig mykje plass i den, men var litt involvert i arbeidet.

Kommunen oppretta omkring 2013 ein friviljugsentral, som eit tilbod på eit lågt kostnadsnivå. Det er som ein type dagsenter, men for litt meir spreke folk som sjølv kan kome seg dit. På friviljugsentralen er det både mykje fokus på det sosiale, men det finst også treningsgrupper.

Samarbeid med andre delar av kommuneorganisasjonen?

Sentralen samarbeider med helsestasjonen, som har eit frisklivstilbod for barn. Det er eit prosjekt for barn mellom to og tolv år som får oppfølging ved helsestasjonen med foreldra sine. Foreldra har tilbod om å snakke med ernæringsfysiolog, i tillegg til treningsgruppe for overvektige barn. Frisklivssentralen har lagt til rette for at den eine treningsgruppa deira har same treningstidspunkt som barnas, slik at foreldra kan trene der samtidig som barna trener.

Frisklivssentralen samarbeider elles med skulen for å låne deira lokale. Og når det gjeld fastlegene, har sentralen årlege eller hyppigare møter med dei. Fastlegane tek imot brosjyrar frå sentralen og blir informert om tilbodet. Det har, i følgje dei intervjuar, ikkje vore like enkelt å kome i kontakt med fastlegane.

«Alle fastlegane sine lunsjpausar er blokkerte med eit eller anna, dei har nesten alltid nokon som skal kome og halde foredrag ... Det er nesten kav umogleg å kome inn. I alle fall var det ein stad eg var kor eg kom for å booke eit møte, og fekk beskjed om å kome attende i oktober, for det er då dei bookar lunsjmøta for neste år.»

Likevel har ein nådd fram til mange av fastlegane, og det kjem fleire tilvisingar enn før. Kontorpersonellet til fastlegane er ei god hjelp. Sentralen har sendt dei e-post der dei enkelt kan få opp skjermbilete for tilvising, i staden for at dei skal ha det liggande på skrivebordet, for då blir det sjeldan nytta. Frisklivsresepten skal vera henta frå Helsedirektoratet sine nettsider.

Dei som arbeider med frisklivssentralen, meiner det er veldig mykje positivt som skjer på friviljugsentralen, og det er ein stad å tilvise nokre av deltakarane deira til. Utover det sosiale er det tilbod om trening, og tilsette ved frisklivssentralen har hatt ei styrketreningsgruppe der. Ein har òg hatt nokre møte med vedkommande som driv friviljugsentralen.

Sentralen har ikkje hatt samarbeid med folkehelsekoordinatoren i kommunen. Koordinatoren har vore involvert i skulen og har vore med på planarbeid i den samanheng. Vidare har stillinga vore knytt til «Min helse», som er ei eigenkartlegging på nett som har blitt utvikla i Noreg og testa ut på 8. trinn. Føremålet med kartlegginga er å få tilbakemelding på korleis det står til med eigen livsstil; fysisk aktivitet, kosthald, dataspeling osv. Eleven som er med på kartlegginga og tek ein ny test etter eitt år.

Samarbeid med andre utanfor kommuneorganisasjonen?

Frisklivssentralen nyttar mykje av materiellet dei finn på Helsedirektoratet sine nettsider, og er godt nøgde med det (www.helsedir.no/folkehelse/frisklivssentraler). Dei har vore på fleire kurs i regi av direktoratet, slik som korleis halde Bra Mat kurs og røykjesluttkurs. Kursa er ikkje veldig omfattande, så for seinare sjølv å halde kurs må ein lese seg opp og gjerne ha litt kjennskap til emnet frå før.

Kontakten med fylkesmannen er ikkje berre det å søkje pengestøtte. Det er ein representant frå fylkesmannen som deltek på nettverksmøta for frisklivssentralane i fylket. Terskelen er låg for å ta kontakt med denne representanten om det skulle vere noko. Vedkommande deltek på alle møta, og dei blir haldne om lag kvar tredje måned. Det aktuelle fylket har få frisklivssentralar, så det er ikkje så mange i

nettverket. På desse møta er det informasjon frå fylkesmannen om kva som kan vere mogleg å søkje på av midlar, kva som kjem av planar og kva som rører seg på frisklivsfronten. Så tek ein gjerne ein runde der alle kommunane fortel korleis stoda er, og deretter noko fagleg.

«Ein gong var det ein mann som fortalde om sin veg til det å gå ned i vekt, frå det å vere sett opp til kirurgi til å klare å gå ned i vekt på eiga hand. Det var inspirerende å høyre om.»

Det finst òg eit anna nettverk der leiaren for avdelinga med ansvar for frisklivssentralen deltek, som same representant frå fylkesmannen held. Det er ei lærings- og meistringsgruppe. Der blir frisklivssentralar nemnd i same andedrag som læring og meistring. Eit par større kommunar i fylket har samla fleire slike førebyggjande helsetenester i store helsehus. I nettverket deltek òg fleire av kommunane i fylket som ikkje har ein frisklivssentral. Slik føregår det informasjonsutveksling på fleire plan.

Når det gjeld samarbeidet med NAV, så veit dei om frisklivssentralen og partane har hatt kontakt. Det hender dei tilviser brukarar, men ikkje like mykje som legane. Sjølv om NAV gav uttrykk for å vere interessert, så blir det ikkje så mykje resultat som det kunne ha vore.

Det friviljug organiserte mosjonstiltaket «Tjukkasgjengen», som har blitt landsomfattande, er ikkje ein direkte samarbeidspart for frisklivssentralen. Det er likevel eit lågterskeltilbod som sentralen har anbefalt nokre av sine deltakarar.

Korleis blir tilbodet fästsett?

Det har over tid skjedd ei endring med omsyn til tilvisingar til frisklivssentralen. Først tok dei fleste kontakt på eige initiativ, medan få blei tilvist med frisklivsresept av legene. Situasjonen no er nesten omvendt.

Når det gjeld kva for tilbod sentralen har, er dei i hovudsak fastsett på førehand. Om det viser seg å bli for få påmelde på eit kurs, så utsett dei oppstarten og set til dømes inn annonse i avisa for å få fleire deltakarar. Andre informasjonskanalar dei nyttar for å gjere folk merksame på tilbodet, er Facebook og kommunen sine heimesider.

Ei helsesamtale ved frisklivssentralen kjem som oftast før brukaren får eit konkret tilbod. Med dei som berre deltek på kurs, rekk ein ikkje alltid å ha helsesamtale på førehand, sjølv om det er målsetjinga. Ved treningsgrupper er det alltid ei helsesamtale og ein fysisk test først. Ei helsesamtale avdekkjer kva som er behovet til den einskilde, og om det finst eit tilbod som brukaren finn interessant. Det kan hende dei må vente opptil fleire månader på eit høveleg tilbod, til dømes eit røykesluttkurs eller Bra Mat kurs.

På frisklivssentralen kan dei ofte sjå, allereie når folk møter opp til helsesamtale, kva ein skal anbefale av aktivitet. Det hender jo at folk har blitt sendt vidare til andre tilbod som balansegruppe, når dei til dømes er svært dårlege til beins. Målet er at deltakarane skal kjenne meistring. Det har òg vore eit par framsmøtte dei ikkje har funne tilbod til, som til dømes personar som er sterkt overvektige og har dårlege kne.

Når det gjeld fysisk testing ved deltaking i treningsgrupper, så er det fordi deltakarane må ha eit minste funksjonsnivå for å kunne oppleve meistring. Det skal òg vere testing ved avslutning av tilbodet om fysisk aktivitet. Det hender nokon fell i frå undervegs, mellom anna fordi sentralen ikkje har nok ressursar til å følgje dei opp. Difor har kursleiaren innført testing kvar månad, slik at både dei og brukaren

har resultat å vise til. Inntrykket er at testinga blir oppfatta som positiv av brukarane. På éi treningsgruppe er testen ein gangtest på to kilometer, som blir utført i samband med oppvarming.

Kurs med fysisk aktivitet har blitt gjennomført to gongar i veka, med ei innandørsgruppe og ei utegruppe. Ein kan velje å berre ta del i ei av gruppene, men det ideelle for å oppleve framsteg er å vere med på begge.

«Det er mange som synest det er vanskeleg å møte opp. Diverre er det mange som ikkje har møtt opp på det dei sa dei skulle etter samtala, eller som har ringt og sagt at dei har ombestemt seg eller at det passa ikkje så godt no likevel, eller det passa ikkje så godt med jobben eller med barnebarna, ja det er alt mogleg, mange årsaker da.»

Sidan frisklivssentralen skal vere kompetansesenteret til kommunen for det som gjeld livsstil, har dei drifta eit par tilbod på dagsenteret og frivilligheitssentralen. Begge stader har dei hatt treningsopplegg som styrke- og balansegrupper, som turnusfysioterapeuten hadde ansvaret for før stillinga fall bort. Ein utveg på dette er å rettleie dei tilsette ved dagsenteret til sjølv å gi dei eldre eit treningsopplegg. Elles er dei mange aktivitetane på frisklivssentralen, som stavgruppe, noko ein tipsar somme av sentralen sine deltakarar om.

Bruken av statistikk som verktøy

Frisklivssentralen har nytta statistikk frå folkehelseprofilane dei gongane dei skulle søkje midlar frå Fylkesmannen. Då har dei vist til at dei har ein stor del innbyggjarar med diabetes, psykiske lidingar og hjarte- karsjukdom. Det kan ha vore litt av årsaken til at dei fekk mykje midlar, og at ein del av midlane var øyremerka diabetes.

Dei har nytta KOSTRA-systemet til å samanlikne mellom anna talet på fysioterapiårsverk i kommune A med andre kommunar i fylket og landet. Dei ligg ikkje så mykje dårlegare an enn andre, men dei meiner at fysioterapidekninga generelt ligg relativt lågt i statistikken. Om ein ser på avtalte årsverk for fysioterapeutar per innbyggjar på landsplan, så har det knapt vore endring på ei årrekkje.

«Det har lege om lag på same nivå, til trass for at ein seier det skal satsast på førebygging, ein seier det skal satsast på rehabilitering, likevel så ligg det nesten flatt. Det er ganske tragisk å sjå på. Den stigninga ein har snakka så mykje om, den finst ikkje, me opplever den i alle fall ikkje. Ergoterapeutane får heller ikkje noko auke»

Ulik organisering av folkehelsearbeid og anna førebyggande helsearbeid

60 prosent av landets kommunar har frisklivssentral, og delen varierer kraftig frå fylke til fylke. I nokre fylke er det nær 100 prosent som har etablert tilbodet, medan i fylket til kommune A er delen under landsgjennomsnittet. Det er trass i at levekårproblem og helseutfordringar er større enn i dei fleste andre fylke i landet. Det kan likevel vere slik at dei kommunane som ikkje har ein sentral, tek i vare dei same omsyna til førebyggande helsearbeid på anna vis.

I kommune A har dei kjennskap til nokre kommunar i grannefylket som har ein «frisklivsallianse» utan at det er definert som ein sentral. I sitt eige fylke har dei nærare kjennskap til to kommunar som har lagt ned sine frisklivssentralar. Den eine kom aldri heilt i gong grunna dårleg økonomi, men dei har ein folkehelsekoordinator. Den andre har ein friviljugsentral og dessutan ein aktiv demensorganisering med utegruppe og kafé. Dei har også nokre andre tiltak som friviljuge organiserer.

I kommune A vurderte dei å ha stavgangsgruppe i regi av sentralen, men dette tilbodet var allereie dekt av friviljugsentralen. Elles skjer det òg liknande førebyggjande helsearbeid ved helsestasjon, ved meir satsing på fysisk aktivitet i skular og gjennom idrettslag. Det er dessutan mange kommunar som no satsar på kvardagsrehabilitering, som det har vore mykje i fokus på den seinare tida.

Kven er brukarane?

Det er absolutt mest kvinner som kjem til frisklivssentralen. Dei fleste brukarane er over 50 år, og mange av dei er over 60 år. Det er klart færrest yngre, men samstundes har dei som blir tilviste frå fastlegane den siste tida vore yngre folk mellom 30 og 40 år. For den yngre gruppa er det nokon gonger utfordringar med at det passer dårleg med jobb og anna, sidan treningsgruppene er på dagtid på kvardagar. Røykjesluttkurs og Bra Mat kurs har stort sett blitt gjennomført på ettermiddag og kveld. Helseutfordringane brukarane har gjeld særleg overvekt og muskel-skjelettplager.

«Og når me då har helsesamtala, merkar me at folk har veldig mykje med seg. At det er veldig mange som strever med angst til dømes. Einsemd, det gjeld jo særleg dei eldste, og kanskje dei som bur aleine og har lite nettverk.»

Det har vore veldig få deltakarar med innvandrarbakgrunn, færre enn delen innvandrar i befolkninga i kommunen skulle tilseie. Det har vore nokre få som har spela tennis eller vore med på andre tilbod.

«På lærings- og meistringssenteret i ein stor kommune i fylket, der hadde dei i lang tid jobba med å få til to kosthaldsgrupper for innvandrarar kvinner, og dei har tolk klar på arabisk og urdu, og dei har verkeleg jobba hardt for det. Og då dei endeleg kjem fram til dagen etter å ha annonsert breitt: på skular, i områda der dei fleste bur med innvandrarbakgrunn, hos legar og i aviser, så kom det 2 på den eine og 5 på den andre gruppa. Dei som kom, var veldig interessert. 2 var arabisktalande, og dei 5 andre var frå Somalia. Dei somaliske damene var veldig «på» og veldig sterke damer, som såg problema ved at dei var for kraftige og åt feil mat. Dei hadde ikkje lyst til å bli dosert for, dei ville gjerne snakke om og vite, men ein skulle ikkje seie du skal gjere sånn og slik, dei var sjølvstendige damer.»

På frisklivssentralen tenkjer dei at det sikkert kunne vore greitt å sette i gong grupper for ulike delar av befolkninga, men då måtte ein ha kunnskap om kva ein kan forvente seg og korleis ein når fram med informasjon. Dei ser føre seg at det måtte ha vore eit interkommunalt samarbeid for å få ressursar nok til å leige tolkar og lage eit godt opplegg.

Fungerer frisklivssentralen etter intensjonen?

Dei intervjuar meiner at frisklivssentralen sine tilbod i mange tilfelle fungerer etter føremålet. Det er ein intensjon om at folk skal finne litt ut av kva dei likar av aktivitetar og gjere nokon endringar på område dei sjølv ønskjer. Dei ser i tillegg at det kan vere vanskeleg å få folk til å begynne med noka anna trening, om dei likar godt treninga i regi av sentralen.

«Det har med å gjere at det er ein sosial møteplass, det er hyggeleg å kome, det er inkluderande og så er det trening, då. At det er ei lita gruppe trur eg passer dei, og det er ikkje noko stress med påkledning. Ikkje nokon fancy drakter... Det å gå på store treningsentre er ofte ein terskel for mange, inn i eit stort miljø. Det er opplagt ei gruppe menneske som ikkje får eit tilbod no. Og så er det opplagt at fleire burde ha kome. Og så er det bestemt å leggje oss ned, for kommunen har sagt at me må ha 30 på venteliste, men det har me ikkje. Så det er litt tøft å leggje det ned.»

Enkelte brukarar har sklidd litt ut undervegs og møter ikkje lenger opp, og det kan vere mange årsaker til det. Frisklivssentralen har gjennomført sluttsamtalar med dei som har vore med på ein aktivitet. Dei som er med og følgjer opp heile vegen, dei gjev stort sett uttrykk for under sluttsamtala at dei er veldig godt nøgde.

«Det er litt sånn at: kvifor får me ikkje fleire hit, sjølv om dei som kjem er nøgde? Det er ikkje alltid det er så lett å seie sånn spesifikt kva som har skjedd i løpet av siste perioden. Men for nokon er det veldig tydeleg at dei har blitt i betre form, dei har gått ned litt i vekt og har mindre søvnapné. For nokon er det veldig spesifikt. Nokon kjem meir tilbake i jobb, har me sett. Det blir veldig frå person til person.»

Finst det eit system for oppfølging og kontroll av om frisklivssentralen fungerer?

Politikarane i kommune A ønskte ei evaluering av tenesta eitt år etter at frisklivssentralen hadde starta opp. Då evalueringa var klar, blei det ikkje noko meir diskusjon om det å halde fram, men det blei heller ikkje sett av nokre pengar til å gjere meir. Evalueringa var som ein årsrapport, om mellom anna kva slags aktivitet og kor mange som hadde nytta dei ulike tilboda. Det var ikkje så store resultat det første året. Det var ikkje så mange dei fekk tak i og som blei med på kursa då, sidan det tek litt tid å innarbeide eit nytt tilbod. Dei hadde til dømes ikkje røykjesluttkurs det første året. Då var det berre treningskursa, og så var det eit matkurs på slutten av året.

I 2013 blei det litt meir aktivitet, og særleg i 2014 då dei fekk ein god del midlar frå Fylkesmannen. Då skjedde det ekstra mykje, og dei fekk tid til å følgje opp folk i større grad. Mange treng meir enn samtale ved start og avslutting. Nokre har til dømes behov for hyppige møte og det hadde dei høve til då. Tilskotet frå fylkesmannen var brukt opp i juni 2015.

Leiaren ved den koordinerande eininga held oversikt over kva som skjer ved frisklivssentralen. I tillegg til talet på kurs og kor mange deltakarar det er, så har dei resultatata frå dei fysiske testane på treningsgrupper å syne til. Leiaren er av og til med på politiske møte i kommunen A sitt helseutval, og der hender det vedkommande får orientere litt om frisklivssentralen.

Kva fungerer eventuelt godt og dårleg ved frisklivssentralen?

Når ein søkjer midlar til frisklivssentralen frå Fylkesmannen, så får ein ikkje vite om eller kor mykje ein får før nærare sommaren same år.

«Det er det som er så «festleg» med dei der midla. Ein får dei så seint, og så er det på ein måte forventa at ein skal nytta dei same år, men det kan vera veldig vanskeleg å få satt eit system i gong og få nytta dei fornuftig. Me fekk ganske mykje pengar sist, og plutselig skulle ein anvende fleire hundre tusen kroner, og du skal ha folk, og for å gjere noko må du ha heile systemet i gong. Det er ein litehensiktsmessig måte.»

Samarbeidet med Fylkesmannen sin representant fungerer elles svært bra, og dei synest oppfølginga derifrå er upåklageleg.

Med unntak av det eine året då dei fekk mykje midlar, har dei hatt for få ressursar til å kunne følgje opp alle brukarane så tett som dei ønskjer. Likevel er dei nøgde med at dei har nådd personar dei ser har hatt behov for tilbodet, og som ikkje hadde andre alternativ å vende seg til. For mange av desse har deltakinga hjulpet dei på rett veg med omsyn til forandring av livsstil, og brakt fleire vidare til andre treningstilbod og nokre tilbake i jobb.

Samarbeidet med fastlegane har det vore nokre frustrasjonar omkring. Dei har fått tilvist ein del pasientar på frisklivsresept, men meiner det skulle vore grunnlag for å tilvise fleire. Det har vore litt vanskeleg å nå ut med informasjon til alle fastlegane.

«Det har me følt litt at me ikkje har fått veldig oppbakking frå legane. Det har vore ein eller to som har vore flinke til å tilvise, og ein av dei er relativt ny i kommunen. Sjølv om me har argumentert med at det har vore eit godt tilbod, eit lågterskeltilbod som dei kan bruke til blodtrykkspasientar, til diabetespasientar, folk som begynner å fallere litt. Legane får dei jo alle saman, men dei sender dei ikkje. Det har vore forsvinnande lite. Me har hatt veldig små grupper, det har vore enormt frustrerende. Sjølv om me har forsøkt å argumentere, ikkje berre med negative argument, men med at det er eit godt tilbod, så har me ikkje klart å få dei til å tru på det. Ja, eg forstår det eigentleg ikkje.»

Nokre pasientar har fått tilvising til overvektsklinikken ved sjukehuset for mogleg kirurgisk inngrep, utan at dei eller legen har vurdert eit tilbod ved sentralen om fysisk aktivitet og Bra Mat kurs først. Pasientane kunne elles ha nytta ventetida på sjukehusbehandling til å prøve dette lågterskeltilbodet. Det er òg ein del pasientar legane har freista å tilvise til sentralen, men som ikkje er motiverte for ei livsstilsending.

Dei tilsette ved frisklivssentralen er nøgde med rettleiaren og annan informasjon på Helsedirektoratet sin nettstad. Dei har òg delteke på kurs i direktoratets regi, og fått tilsendt materiale.

Det har vore eit sagn å ikkje ha eit fast lokale til frisklivssentralen. Der kunne dei hatt fast kontortid, slik at det var lettare for aktuelle brukarar å ta kontakt. I lokalet kunne det med fordel ha vore eit eige treningslokale. Det kunne òg ha vore ein kafé eller annan møteplass der. Då kunne deltakarane bli sitjande etter trening og snakke, så det blei enda hyggelegare og meir motiverande å kome. Dei treningslokala dei har nytta til no har dels vore så små og dårlege at det kan ha gått ut over treningsutbytte og rekruttering. Eit av lokala har i tillegg hatt ei lite sentral lokalisering, som har gjort det vanskeleg for deltakarar utan bil.

Frisklivssentralen ser at deltakarane deira i hovudsak er nøgde. Sentralen fyller ein funksjon som dei ikkje kan sjå at andre tilbod tek i vare. Dei ser at det kunne ha vore meir samarbeid med andre aktørar, slik som folkehelsekoordinatoren, NAV, spesialisthelsetenesta og friviljug organiserte aktivitetar, men det tek tid å byggje opp et tilbod og gjere det kjent i kommunen. Dei skulle så gjerne hatt høve til å byggje vidare på det dei så langt har oppnådd.

Kva er moglege konsekvensar av at frisklivssentralen blir nedlagt?

Frisklivssentralen i kommune A blir avvikla frå 1. januar 2016. Dei har ikkje lenger rett på pengar frå Fylkesmannen, og politikarane i kommunen har valt å ikkje gi pengeløyving til sentralen.

Det er standard at frisklivssentralar får tilskot frå Fylkesmannen i tre år, men kommune A fekk midlar eitt år ekstra etter søknad grunna nyutvikling av tilbodet. Siste året fekk dei ein mindre pott, slik at aktiviteten har vore liten no på hausten. Dei merker at det framleis kjem nokre tilvisingar frå legane, men at det dabbar av når dei ikkje har ressursar til å halde tilbodet varmt.

Det finst ei ordning som heiter «Innovasjon» der kommunar kan søkje statlege midlar til helseføremål. Sentralen peikar på at denne ordninga ikkje er uproblematisk:

«For å få midlar frå den nye ordninga må ein vere meir «innovativ» og finne på noko nytt. Til dømes fekk me litt ekstra til kvardagsrehabilitering, men det har me brukt opp no. Så no skal det vere innovasjon i forhold til noko eigna. Veit ikkje kva fylket trur at kommunane har høve til? Dei veit jo at me alle saman har dårleg økonomi. Så det er noko med at ein ikkje får støtte til det ein prøver å få til og som framleis fungerer. Men samstundes skal ein så finne på noko nytt, og då skal ein både drive det ein så vidt har fått i gong og dette nye. Og det nye får ein midlar til berre om kommunen og skyt til eigne midlar, og så drive alt saman for kommunen sin rekning til sist. Så det blir litt vanskelig det med pengar.»

Kommune A har søkt innovasjonsmidlar i samband med demens i regi av sjukeheimen. Her ber dei om ei 100 prosent stilling til å jobbe med friviljuge som skal avlaste dei heimebuande demente sine pårørande.

På personellsida blir det litt færre stillingar for fysioterapeutar. Dei har ikkje fått erstatta turnuskandidaten, som fekk ny jobb. Det er eit kritisk punkt når støtta frå staten trappast ned eller fell bort. Nokre av kommunane i fylket avvikla sin frisklivssentral då den 3-årige støtteordninga tok slutt. Det kan hende at større kommunar har fleire bein å stå på, som gjer det lettare å utvikle nye tilbod for å få innovasjonsstøtte.

Alle kommunar er i loven om helse- og omsorgstenester pålagte å ha førebyggjande helsearbeid. Sentralen er usikre på om kommunen har eit breitt nok tilbod no som frisklivssentralen forsvinn. Det blir i alle fall eit tomrom for ei gruppe menneske som ikkje har andre plassar å få hjelp til livsstilendringar. Kommunen har framleis helsestasjon, fysioterapeutar, ergoterapeutar og folkehelsekoordinator, men må anten auke ressursane eller vere avhengige av fleire tilbod organisert av friviljuge om dei skal satse på førebygging. Kommunen har til dømes ikkje eit lærings- og mestringscenter.

Det er ei ordning som heiter «Aktiv på dagtid» som legane framleis kan tilvise pasientar til. Det er eit samarbeid mellom fleire grannekommunar i regi av idrettskrinsen. Det er eit tilbod til personar som heilt eller delvis er utanfor arbeidslivet. Sjukemelde eller folk som har ein stønad via NAV kan då nytta seg av ulike treningstilbod innanfor gitte tidspunkt der «Aktiv på dagtid» har gjort avtale med treningssentre eller liknande. Det kan vere gruppetimar eller eigentrening i ein treningssal, og kostnaden for brukaren er låg. Frisklivssentralen har hatt kontakt med dei som driv tilbodet, og har anbefalt ordninga til nokon allereie på første helsesamtale. For dei fleste som kjem på sentralen, har det ikkje vore ein aktuelt stad å starte, fordi dei synest terskelen blir for høg.

Frisklivssentralen meiner tilbodet til innbyggjarane i kommune A blir dårlegare når tilbodet deira blir lagt ned. Dei har gjort seg nokre tankar om kva som kunne vore gjort annleis for at politikarane skulle satsa på å ha sentralen vidare. Kanskje kunne dei ha vore meir aktive i dialogen med politikarane, men det har vore få arenaer å få innsmett om budskapet hos politikarane på. Sentralen kunne òg ha vore meir aktive i samband med media, men dei har trass alt fått fleire avisoppslag og eit radiointervju om røykjeslutt. Dei kunne hatt meir samarbeid med andre partar, som til dømes folkehelsekoordinatoren, men dei tenkjer dei har gjort så godt dei kan med sine tilgjengelege ressursar.

Dei tilsette ved frisklivssentralen vonar primært at politikarane skal ombestemme seg med omsyn til nedlegginga. Viss ikkje, bør ein tenkje på måtar å vidareføre kompetansen og erfaringa på. Til dømes kunne fysioterapeutane prøve å gå med saman med folkehelsekoordinatoren, friviljugsentralen eller andre, og sjå om ein kunne stable noko på beina ut frå det ein har. Uansett blir dette eit dårlegare samla

tilbod enn ved vidareføring av frisklivssentralen. Særleg gjeld dette sosialt utsette grupper, som truleg vil ha vanskar med å nytte andre tilbod.

Nedlegginga i kommune A betyr at kommunen dei no har samarbeida med mister noko av tilbodet sitt. Det er førebels ikkje avklart om kommune A framleis skal kunne nytte tilbodet i nabokommunen, men det kan ein vel ikkje rekne med å få høve til. Det må i så fall vere KID-kurs, som dei tidlegare fekk tilskot til å drive saman.

Generelt, kva for kriterium må til for å oppnå suksess med ein frisklivssentral?

Det første som må vere på plass for å få til eit godt frisklivstilbod er å få tilstrekkeleg med midlar over tid. Ein føresetnad for å kunne planlegge aktivitetane på ein hensiktsmessig måte, er at ein på eit tidleg tidspunkt veit at ein får pengar, og kor mykje. Det administrative rundt det heile tida å skaffe fleire midlar til drifta, må ikkje vere for ressurskrevjande og ta fokus frå brukarane.

Ein annan føresetnad er oppslutning frå politisk hald og forankring i langsiktige planar. God forankring i den kommunale organisasjonen elles er òg naudsynt.

Det er viktig å ha eit fast og veileigna lokale, ein fysisk bygning der alle aktivitetane er samla. Det å ha gode treningsfasilitetar og fine turområde i nærleiken styrker motivasjonen. Eit fast lokale vil dessutan gjere det lettare å ha nokre små temaundervisningar i samband med treningar. Det kunne òg gitt høve til hyggeleg sosialt samvær i lokala. Det å ha ein bygning som er allment kjent som frisklivssentralen, kan gjere terskelen lågare for å ta kontakt.

Kor lokalet ligg, kan bety mykje for deltakinga. Ikkje alle brukarar disponerer bil, så det er viktig med god kollektivtransport i nærleiken.

Det er eit vilkår at samarbeidet med andre instansar er godt og ryddig. Desse må vere godt orientert om dei særskilte behov som frisklivssentralen er meint å dekke, og aktivt nytte tenestene deira. Dette gjeld til dømes Fylkesmannen, fastlegane, andre innanfor kommunen sine helsetenester, NAV og eventuelt spesialisthelsetenesta. Ein ser òg at det kan vere nyttig å samarbeide med frivilljuge organisasjonar.

Ein frisklivssentral må ha nok tid og ressursar til å byggje opp eit tilbod. Det tek tid å byggje opp dei tilsette sin kompetanse og marknadsføre sentralen sine tenester via media og andre kanalar. Det er raskt å rive ned det som det har teke mykje tid og ressursar å bygge opp.

10.1.2 Case-studie av frisklivssentralen i ein stor kommune (B)

Kva var bakgrunnen for etableringa av frisklivssentral i kommunen?

Intervjuobjekta seier at frisklivstilbodet blei etablert allereie for 10 år sidan i samband med at fylket blei føreslått som eit fyrtårnfylke for folkehelse. For at fylket skulle kunne bli eit fyrtårnfylke, måtte dei inngå samarbeid med byar og dei største kommunane i fylket. Frisklivssatsinga i kommune B starta som eit toårig prosjekt i 2005 mellom kommunen, idrettskrinsen, idrettsrådet og med nokre midlar frå fylkeskommunen.

Idrettskrinsen fekk då tippemidlar. Det var nokre kommunar i fylket som alt hadde gode røynsler med frisklivstilbod, og dei såg at å få folk i aktivitet hadde positiv effekt ved helseutfordringar. Det var viktig at ein hadde eit breitt samarbeid med fylket og andre kommunar rundt oppstarten. Fylket var eit av dei stadane i Noreg som kom tidleg i gang med frisklivssentralar, allereie tidleg på 2000-talet.

Då ein så skulle setje i gong i kommune B, så valde dei ein litt annan variant enn det dei andre kommunane hadde. Dei andre satsa på det som er frisklivsgongen per i dag, med ein innkomstsamtale, ei tre månaders deltaking og avsluttande samtale, slik det er anbefalt i rettleiaren frå Helsedirektoratet.

I kommune B skulle det vere to trappetrinn i «helsetrappa», ei trapp mellom sjuk og frisk - eller mellom helsetenesta og eigentrening. Tanken var at når aktivitet varte ved over lengre tid, så auka sjansen for at nye vanar blei etablerte. Det første trappetrinnet skulle vere frisklivsdelen i den kommunale helsetenesta, i tråd med tre månaders gongen i rettleiaren. Så skulle ein ha eit «utslusingstrinn» som òg var av tre månaders varigheit. På dette andre trinnet skulle dei i prosjektet sjå på korleis ein kunne få til eit samarbeid med lag, foreiningar og andre aktørar til å hjelpe brukarane over i annan aktivitet.

Då dei etter to års prosjekt summerte opp, hadde dei fått til den kommunale delen, medan det som handla om idrettslag, friviljuge lag og foreiningar blei veldig annleis enn planlagt. Den einaste positive responsen dei fekk frå idretten var frå symjeklubben, og dei fekk elles til eit utetilbod, litt dans og styrketrening. Det blei ikkje som dei hadde tenkt, men det var òg ei læring.

«Idrettslaga sa stort sett alle at: me har fokus på barn og unge, me driv ikkje folkehelse, våre friviljuge tenker ikkje at dei skal ha fokus på vaksne si helse. Me har ikkje hallkapasitet til å utvida tilbodet»

Prosjektmidla varte i to år. Deretter sa politikarane at det her tilbodet er så bra at dei ønskte at den kommunale satsinga skulle fortsette. Den kommunale delen av prosjektet endra seg då ikkje mykje. Det var same stillingprosent for dei som jobba ved sentralen, same form og samarbeid med legane. Det var meir at ein måtte sjå seg om etter andre vegar å «sluse ut» brukarane på.

Kor kom initiativet til etablering frå?

Det var både fylkeskommunen og fleire andre aktørar som tok initiativet til etableringa av frisklivssentralen i kommune B. Det hadde allereie vore eit samarbeid mellom idretten og kommunen på prosjektmidlar, der ein laga ein mosjonskatalog (no kalla aktivitetskatalog). Den omtalar kva som finst av aktivitetstilbod og mosjonstilbod for den vaksne befolkninga i kommunen. Deretter blei det dialog om korleis ein kunne få folk inn i desse tilboda, og så dukka frisklivsprosjektet opp. Det var då midlar som hørte med, slik at tilbodet fekk ei forankring.

«Det er ikkje unaturleg når det skal knytast opp til livsstilsending og aktivitet, at dialogen blei kopla opp til fysioterapeutane i kommunen, som er dei som driv den kommunale delen av å tenkje aktivitet. Så var dei òg engasjerte menneske som nappa på det. Det var ikkje unaturleg når ein tenkte på kor i kommunen det skulle forankrast at det skulle vere inn mot fysioterapeutane, som så grip sjansen.»

Kor i kommunen er frisklivssentralen organisert?

Frisklivssentralen er i dag organisert i avdeling med andre kommunale helsetenester, som igjen er under helse-, omsorgs- og sosialsektoren i kommunen. Dei rapporterer til helse- og omsorgsdirektøren og til rådmannsnivå, så frisklivssentralen er ein del av det tilbodet som helsetenesta i kommune B yt. Det har vore mange omorganiseringar, men akkurat no er frisklivssentralen i same avdeling som folkehelsearbeidet. Der er mellom anna Lærings- og meistringssenteret i kommunen òg.

Frisklivstilbodet har eige lokale plassert midt i eit område med idrettsanlegg, der det også er fint å gå turar i nærleiken. Sentralen ligg sentralt ved eit

trafikknutepunkt og med god plass til parkering. Tre fysioterapeutar arbeider ved sentralen. Dei held helsesamtalar og har grupper på dagtid.

Per i dag er det 3 årsverk ved frisklivssentralen, og alle tilsette er fysioterapeutar. Dei har òg innslag av andre yrkesgrupper ved behov.

Korleis er frisklivssentralen forankra i kommunale planar?

Frisklivssentralen er, i følgje dei intervjua, godt forankra i kommunale planar. Det er politisk vedteke at kommunen skal ha ein frisklivssentral og kor den skal drivast, og tilbodet er omtalt i kommunestrategi og –plan. Det blir elles jobba generelt med folkehelse i kommunen, og ein folkehelseplan er under utarbeiding.

Frisklivssentralen er involvert i arbeidet med strategi og planar.

Folkehelsekoordinatoren i kommunen ligg også under helsetenesteavdelinga.

«Tilbodet er veldig forankra i det politiske miljøet, og det er anerkjent, og det er ein aksept og ei forventning om at frisklivssentralen blomstrar og lever. At det har blitt så veldig mykje meir ressursar enn før, skal me ikkje seie. Men det er ein veldig stor merksemd om at me har det tilbodet. Så det er godt etablert sånn allment.»

Det er ikkje nokon diskusjon om ein får pengar til frisklivssentralen. Det er godt innarbeidd i budsjetttramma for helsetenesta. Diskusjonen går meir på korleis ein skal få auka pengeløyvinga noko etter kvart. Det gjeld midlar både til å utvide lokale, betre garderobetilhøve og auka ressursar på tilsettesida.

Heilt sidan 1980-talet har det vore arbeidd målmedvete i kommune B for å utvikle gode buområde og utemiljø. Dette var forankra i kommunen sitt strategiske planverk utan at dei den gongen nytta ord som folkehelse. Tilrettelegginga for grønne lungar, stiar for syklende og gåande og minskinga av forureining stod sentralt, og dette har auka livskvaliteten og betra folkehelsa for innbyggjarane.

Samarbeider dei med andre delar av kommuneorganisasjonen?

Frisklivssentralen samarbeider med dei andre fysioterapeutane. Inntil nyleg var dei organisert slik at frisklivsarbeidet var ein del av fysioterapeutavdelinga. Det er eit breitt samarbeid med ulike partar, til dømes med dei andre i helsetenesta, oppvekstetaten, flyktingtenesta og introduksjonssenteret. Arbeidet med aktivitetskatalogen blir gjort i lag med dei i kommunen som syslar med natur og idrett.

Sidan frisklivssentralen er ein del av kommunal helseteneste, så blir det samarbeid med dei i behandlingsapparatet. Dei har deltakarar som kjem til sentralen som ledd i ein rehabiliteringsprosess. Dei går kan hende til behandling hos fysioterapeut, psykolog eller liknande parallelt med at dei er i frisklivssentralen.

Når det gjeld tilvisingar, så er det absolutt flest fastlegar som tilviser personar til frisklivssentralen. Det hender òg at nokon ber fastlegen sin om ein frisklivsresept, etter å ha fått ideen frå anna hald.

«Etter kvart ser me at me får ein aukande del som tek kontakt sjølv, ikkje veldig mange, men det er nokon som fangar opp via «munn til munn-metoden». Dei som ikkje har blitt tilvist, har dei same rettane. Me skal vere ei kompetanseining for dei som anten har utvikla sjukdom eller står i risiko for å utvikle sjukdom, og det er eit ganske vidt omgrep, men om ein då kjem og har nokre klare ønske og mål for helse si, då får dei tilbod om ein samtale. I samtalen så avdekkjer me om det er behov. Me tek imot alle. Det er ikkje sånn at me ber nokon gå attende og skaffa tilvising frå fastlegen sin.»

Informasjon retta mot fastlegane skjer på fleire vis. Det er mange fastlegar i kommune B, så dei frå sentralen kjem aldri rundt og får snakka med alle. Dei informerer noko via kommuneoverlegen, og nokre gonger har dei sendt ut nyhendebrev. Elles har dei minst ein gong i året sendt ut reseptblokk og litt informasjonsmateriell til alle legane. Når nokon har avslutta aktiviteten sin på sentralen, går det alltid ein rapport tilbake til legen. Sidan fastlegane er organisert i same helsetenesteavdeling, så møter dei kvarandre òg i eit par utval. Før sentralen starta opp, blei legane spurd om kva som var viktig for dei for å tilvise til eit slikt tiltak.

«Me har òg snakka med legesekretærene, for dei er òg ein informasjonskanal. Dei er jo frontlinja. Når brukarane står og heng litt og skal prate om noko og ventar på doktoren, er det bra om flest mogleg av sekretærene veit om tilbodet og eventuelt har informasjonsmateriell og sånne ting.»

Samarbeid med andre utanfor kommuneorganisasjonen?

Fleire gonger årleg kallar fylkeskommunen inn til samling for kommunar med frisklivssentralar i dette fylket, der Fylkesmannsembete òg tek del. Då kan det takast opp ulike tema og erfaringsutvekslingar, og kommunane kan òg kome med innspel om behov.

Fylket har òg eit formalisert samarbeid med eit anna fylke, der dei har éin til to samlingar i året for frisklivskommunane sine. Det starta i si tid som eit prosjekt med midlar frå Helsedirektoratet. Kommunane i dei to fylka har ein del likskapar, og det same gjeld frisklivstilbodet dei har etablert. Dette samarbeidet har vore særskild viktig, også for heile satsinga på friskliv i Noreg, i følgje intervjuobjekta. Det er høg fagkunnskap og mange kompetente personar frå heile Norden som er på dei samlingane og legg fram siste nytt. Lokalt har sentralen kontakt med andre kommunar som har same journalsystem ved frisklivssentralane. Nabokommunane har òg eit godt samarbeid om kurs, og det er låg terskel for å ta kontakt.

Frisklivssentralen har mykje kontakt med spesialisthelsetenesta. Dei har hatt ei bytteordning med sjukehuset, der deltakarar er på sjukehuset på nokre typar kurs om mellom anna diabetes og hypotyreose. Nokre gonger kjem ein diabetessjukepleiar til sentralen. Enkelte pasientar blir tilvist frå avdelingar på sjukehuset, ein del frå rehabiliteringsinstitusjonar, vidare også frå psykisk helsevern, som Distriktpsikiatrisk senter (DPS).

Sentralen har òg samarbeid med tannhelsetenesta, som kjem til sentralen for å halde innlegg. Dei har òg møte med NAV og tek imot brukarar derifrå. Dei samarbeider dessutan med friviljug sektor, som Frelsesarméen, Raude Krossen, kyrkja og med innvandrorganisasjonar.

Bruken av statistikk som verktøy

Frisklivssentralen har nytta samanlikningar om sosioøkonomiske tilhøve i sitt fylke og i samarbeidsfylket. Folkehelseprofilane seier noko, men kan ikkje brukast direkte inn mot individnivå. Tala viser at kommune B har utfordringar på vekt, fråfall frå vidaregåande skule, høgare førekomst av diabetes og hjartekarsjukdomar, men alt dette visste dei allereie.

Sentralen har ikkje sjølv noko statistikkverktøy, men dei opererer med nokre regneark som blir innrapporterte til linjeleiar jamleg. Dei vurderer heile tida kva det er viktig å ha eigne tal for.

Finst det alternativ til frisklivssentralar, kva for tilbod var det tidligare?

På spørsmål om korleis tilbodet til desse brukargruppene var i kommune B før frisklivssentralen kom for 10 år sidan, svara intervjuobjekta:

«Ein kan seie at dei hadde ikkje noko særleg tilbod. Det var meir sånn at: klar deg som best du kan, om du får rettleiing av legen din om korleis du skal handtere dette her. Nokon gjekk kan hende til fysioterapeut over fleire år, kanskje både individuelt og i grupper. Og då såg ein at jammen, kanskje dei ikkje treng å ha så tett oppfølging, ein kan ha eit enklare tilbod med vel så god effekt. Nokon fekk nok eit for godt tilbod og andre fekk ikkje noko tilbod. Kan hende nokon av pasientforeiningane, som Astma- og allergiforeininga, hadde nokre samlingar med ulike tema. Det var i alle fall ikkje eit kommunalt tilbod.»

Helsestasjonen har nokre tilbod i same gate som frisklivssentralen. Dei to aktørane har litt samarbeid sjølv om aldersgruppene dei vender seg mot, er ulike. Skulehelsetenesta har òg førebyggjande helsetenester. Frisklivssentralen har gjort seg nokre tankar om tiltak for barn og unge:

«Det skal ikkje stikkast under ein stol at me slit litt med at no skal dei vege og måle barna, men kor er tiltaka? Så har sentralen fysioterapeutar som også jobbar med rettleiing opp mot barnehage og skule, om korleis ha aktivitet som inkluderer fleire, så me ikkje skapar utryggleik ved berre å trene dei «tjukke ungene». Det må me verkeleg unngå. Me må skape arenaer kor alle kan bli inkludert, som alle profitterer på og kanskje særleg dei som verkeleg treng det.»

Helsestasjonen kan tilvise til dømes ei mor som først kjem på helsestasjonen, har sove lite, er sliten, tiltakslaus og slit med helsa si:

«Då er det flott om helsesyster kan seie: kan du tenkje deg at eg skriv ut ein resept til deg på frisklivssentralen? Og det tenkjer eg er ein måte me kan samarbeide på. Det er ikkje barnet som er i fokus, men det er det å gi den forelderen eit tilbod. Det kan bli ringverknader for heile familien ved at ein samtalar med mor om kosthald, aktivitetar og klede.»

Gjennom nettverka kommune B deltek i, har dei fått med seg at det er litt ulike erfaringar og utfordringar med frisklivssentralar i små og store kommunar (målt i folketal). I små kommunar kan store avstandar gjere det vanskeleg for brukarane å oppsøkje tilbodet. Nokon vel å ha ein felles sentral for to kommunar, fordi tilbodet elles blir for lite og sårbart. I ein liten kommune bestod frisklivsarbeidet berre i å vise dei som kom, vidare til tilbod i regi av andre. Organisasjonslivet i ein by er veldig breitt. Dei kan ha Turistforeining, mange typar idrettslag og treningssenter, men bur ein i små kommunar, er kan hende fotball og langrenn alt dei har av idrett. Det er viktig ikkje å gå kvarandre i næringa, slik at ein unngår å etablere tilbod ved frisklivssentralen som allereie finst i kommunen.

Korleis blir tilbodet fastsett?

Folk med og utan tilvising tek kontakt med frisklivssentralen sjølve. Dei får då eit tilbod om ein helsesamtale innan svært kort tid. I den første samtalen blir det laga ein plan for brukaren. Då er slik at nokon begynner på sentralen og har eit tre månaders løp der. Nokon har aktivitet hos ein av sentralens samarbeidspartnarar, til dømes i symjehallen. Nokre andre får berre informasjon og sit og ser på aktivitetskatalogen og seier dette var nok, no veit eg kva eg skal gjere vidare, og ikkje ønskjer å kome attende. Så finst det fleire som treng mykje tettare oppfølging, eller må følgjast over litt lengre tid.

Nokre av dei som kjem til frisklivssentralen er for sjuke, så dei blir slusa litt lågare ned i behandlingsskjeda. Andre som kjem og får eit tilbod ved sentralen, vil på eit bestemt tidspunkt slusast vidare ut til friviljug organiserte tilbod eller andre aktørar.

Det er eit kontinuerleg arbeid. For at ein skal få sirkulasjon, for at dei som har behov for det skal få tilbodet, så er det eit poeng at ein ikkje blir i frisklivssentralen, men kjem seg vidare.

«Det er jo òg ei oppleving av mestring å sjå at: no har eg vore i ein sånn type tilbod, men kjem vidare og kan ta del i aktivitetar som folk flest gjer.»

Etter tre månader har dei ein samtale med brukaren på sentralen, anten dei har hatt tilbod der eller ein annan plass. Då må ein sjå korleis tilbodet har vore, og spørje deltakaren kva dei no tenkjer vidare. Kan hende har nokre starta på eit så lågt funksjonsnivå at dei faktisk treng ein runde til. Då må dei setje seg eit nytt mål og ha ein annan type plan. Kanskje ha eit tilbod på sentralen ein gong i veka i kombinasjon med noko anna, slik at ein gradvis meistrar å kome vidare. Det er òg andre aktørar som kjem til sentralen og presenterer sine tilbod.

«Så me skal freiste å la den overgangen bli så trygg og god som mogleg. Me veit at alle overgangar er sårbare. Blir den overgangen for stor, så fell dei tilbake til gamle vanar. Klarer me å laga ein god overgang, så er det mykje større sjanse for at ein fortsetter den jobben ein har starta på.»

Frisklivssentralen har eit kontinuerleg opptak av deltakarar. Ein kan begynne kort etter ei helsesamtale. Dei fleste gruppene har hatt ei blanding av trening og temaundervisning, for å inspirere til livsstilendring. Alt dei gjer når det gjeld kunnskapsoverføring eller formidling, er ein viktig del av aktivitetstilbodet. Dei følgjer ein plan for rullering av aktivitetar og tema som blir tekne opp, og då er det òg nokre eksterne aktørar som regelmessig kjem og snakkar om helseutfordringar (Til dømes tannlege og diabetessjukepleiar.).

Det er litt ulikt når det gjeld kor mange timar dei held på kvar gong og storleiken på gruppene:

«Den eine gruppa som er ei type mixgruppe, dei har trening og undervisning ein dag i veka i halvanna time. Når me har behov for tolk, treng me litt lengre tid. Då bruker me ein time på undervisning, dei bruker då dobbelt så lang tid som vanleg. Elles er treninga ein time eller ein time og femten minutt. Det er store forskjellar i talet på deltakarar, det meste me har hatt på ei gruppe, er 45. Det vanlege er rundt 20. Om ein er inne i treningslokala våre, er rommet i seg sjølv ei avgrensing. Det er passande for maks 22 personar, medan 40 blir for mykje.»

Det som er standard er at deltakarane kjem til sentralen to gonger i veka. I tillegg prøver dei å oppmode folk til at dei gjer noko på eiga hand, litt avhengig av kapasiteten til den enkelte. No er alle tilboda på dagtid. Dei har tidlegare hatt noko på ettermiddagar òg, men såg at det ikkje var aktuelt for så mange. Men dei har god oversikt over andre tilbod som finst på ettermiddag. Det å få til ein god overgang til eigenaktivitet og andre lokale tilbod etter at oppfølgingsperioden i frisklivssentralen er over, er ein viktig del av jobben:

«Ja, og finne ut kva den einskilde liker. Det er dumt å begynne på helsestudio om du har hatt passivt medlemskap i mange år, om du eigentleg liker å symje i staden. Eller om det er dans som gir deg glede, som gjer at du kjem deg i aktivitet, så er det å finne ut kva for erfaringar du har frå tidlegare. Kva er det som gjer deg glad, kva er det du tenner på?»

Veldig mykje av tilbodet ved sentralen har fokus på den fysiske aktiviteten, slik som Helsedirektoratet sin rettleiar legg opp til. Røykjesluttkurs har dei hatt en del av tidlegare. Dei har framleis tilbod om det, men etterspurnaden er fallande, så då blir det mindre av det. Elles legg dei opp til at same aktiviteten skal famne alle,

anten dei har overvekt, hjarte-karsjukdom eller muskel- skjelettplagar. Sentralen ser det slik at tiltaka for folk med desse helseproblema uansett er relativt like, til dømes å gå tur. Dei har rett nok hatt nokre eigne kvinnegrupper, men dei er utover dette like heterogene med omsyn til helseproblem og landbakgrunn.

Veldig mykje av aktivitetane er knytt til å vere ute, bruke nærmiljøet, venne folk til det. I og med at kommune B har mange innvandrarar, er det naudsynt å ha eit tilbod som også famnar dei som ikkje er så vante med norske tilhøve. Dette gjeld til dømes kulturoverføring som å lære å kjenne sunne, norske matvarer, korleis vi kler oss i Noreg på vinteren og at det er heilt greitt å gå ut sjølv om det er snø på bakken.

«Og så tenkjer eg at det me heile tida har fokus på, er ressursar og meistring til trass for sjukdom, til trass for helseutfordringar. Me har heterogene grupper og tenkjer at det er veldig klokt. Jo meir forskjellige, jo betre. Då klarer me faktisk å halde det fokuset. Er det mange som har hatt hjarteinfarkt, er det lett at det er det som er fokus. Det same gjeld om det er psykisk helse, vonde ryggar, muskel-skjelettplagar eller kva det er. Her er det stort mangfald av helseutfordringar, og dei går heilt utmerka saman.»

Under dei fysiske aktivitetane, er det alltid to fysioterapeutar til stades. For dei handlar det om å ta i vare brukarane, for det er eit stort spenn:

«Når me er to, er det alltid ein som kan vere att om nokon kjem for seint, registrere og ta imot meldingar, slik at me alltid får starta på tida. Om det skjer noko undervegs, eller nokon treng tettare oppfølging, då har me høve til det. Det handlar òg om tryggleik og å ta i vare dei nye. Det tyder òg på at me i større grad kan organisere og leggja til rette for at me kan ha både større og mindre grupper.»

Kven er brukarane?

Dei yngste brukarane frisklivssentralen har hatt, er 16 år. Ungdomane kan vere nokon som har falle i frå vidaregåande skule eller har tilrettelagt vidaregåande opplæring. Nokre av dei har vore innom til ei samtale, som kosthaldsrettleiing, og har ikkje fått eit aktivitetstilbod ved sentralen. Andre av dei har vore på gruppe med godt vaksne, og det fungerer veldig greitt. Gjennomsnittsalderen er 46-47 år. Tilbodet er i utgangspunktet for dei i yrkesaktiv alder, men det har òg vore deltakarar på over 70 år.

Det er ein høg del innvandrarar i kommune B, og det blir spegla i brukarane ved sentralen. Sentralen tenkjer at for å nå dei som er utsette sosialt og når det gjeld helse, så er det rett at delen innvandrarar på kursa er større enn delen i kommunens befolkning. Det fungerer veldig bra i gruppene å blande mange nasjonalitetar. Særleg innvandrarar kvinner er flinkare enn menn til å delta på sentralen, men det gjeld også kvinner generelt.

Sentralen meiner at dei når dei brukarane som dei burde nå. Legane er flinke til å tilvise dei rette, men dei tilviser òg veldig mange fleire enn dei som faktisk tek kontakt med sentralen. Om folk tek imot ein frisklivsresept, så er det opptil dei sjølve å ta kontakt. Kommuneoverlegen var heilt klår på at tilbodet skulle vere friviljug, då det starta i si tid. Dette handlar om motivasjon til livsstilendingar, og om kor du er i prosessen. Nokon seier at dei fekk den første resepten allereie for nokre år sidan, men då var dei ikkje klåre enno. Det kan jo vere starten på ei endring, om fastlegen etter ei tid spør korleis gjekk det med den frisklivsresepten?

Resepten har to eksemplar. Nokre gonger får pasienten med begge, medan andre gonger sender fastlegane gjenparten til sentralen. Det er òg mange andre enn legane som gir folk ein frisklivsresept. Dei meiner det kunne vore interessant å få

gjenpart frå alle, men sentralen hadde neppe hatt ressursar til å følgje opp alle med telefonkontakt eller liknande.

Fungerer frisklivssentralen etter intensjonen?

Inntrykket dei på frisklivssentralen sit med, er at dei treff bra med tilbodet sitt. Nokre gonger får dei brukarar kor dei tenkjar at: dette blir kan hende ei for stor utfordring? Då kan brukaren få lov å prøve ut tilbodet, og så kan dei saman vurdere om det passar. Viss ja, så kan det bli eit 3 månaders tilbod på sentralen. Om ikkje, så kan dei hjelpe personen over i eit anna gratistilbod. Sentralen driv ikkje individuell behandling. Dei aller fleste er veldig flinke til å tilvise dei rette.

«Det er veldig sjeldan at det er nokon som er kjempespreke, og som berre vil ha eit billeg treningstilbod. Det trur eg nesten ikkje eg har vore borti. Men så kan det vere nokon som er spreke, men som psykisk har ei helseutfordring som gjer at det er rett å ha tryggleik, ha faste rammer, ha ein fast avtale, det er andre årsakar som gjer at ein kanskje treng eit tilbod i helsetenesta som ein start. Så ein sjeldan gong så har me nokon med så store fysiske utfordringar at dei ikkje kan vere ute så mykje som ein time. Om ein til dømes har luftvegsproblematikk, som gjer at dei i den kaldaste tida på vinteren eller på hausten med fukt ikkje kan vere ute. Me har noko innandørs, men tilbodet her er fortrinnsvis eit utetilbod. Me gjer tilpassingar, me er ikkje ute i pøsregn.»

Ei målsetting med frisklivssentralar er òg at dei skal bidra til å utjamna sosial ulikskap i helse. Mange i låginntektsgrupper og arbeidsledige kan ha ekstra behov for lågterskeltilbod. I praksis ser sentralen at desse er godt representert blant deltakarane. Eit særmerke ved brukarane i kommune B er at mange har berre grunnskule eller ikkje skulegong i det heile. Dette kan for det eine skuldast at det er store sosioøkonomiske utfordringar i kommunen. For det andre finst det mange alternative tilbod i ein stor kommune til dei meir ressurssterke personane, medan det i ein mindre kommune kan tenkjast å vere meir mangfald mellom brukarane.

Har kommunen eit system for oppfølging og kontroll av om frisklivssentralen fungerer?

Fastlegar som tilviser pasientar, ønskjer ikkje tilbakemelding om alle samtalar eller tiltak ved frisklivssentralen, berre ein samla rapport når brukaren anten droppar ut eller er ferdig med tilbodet. Sentralen seier at rapportane blir skanna på legekontora, men er usikre på korleis tilbakemeldinga no blir handtert i journalsystemet. Det kan hende at denne type rapportering etter kvart kan bli ein del av e-meldingssystemet.

Frisklivssentralen sender årleg informasjon om verksemda til kommunen sentralt. Ein nyttar Excel-ark til registreringa.

«Me skal ha kontroll over eigen aktivitet, og kva er det me driv med, sånn at me har oversikt over det. Kva for data er det mogleg å henta ut? Deltakarar, kor mange har fått innleiande samtale, kven fullfører, alder og kjønn er det me registrerer. Det er ikkje diagnosar. Og me skal ikkje sitte å rapportere oss i hel. Men at me har ein del nøkkeltall, slik at når me blir spurt av politikarane eller avisa om kva driv de med, så kan me svare på det. Så er det ganske interessant å følgje eigen utvikling. Det er viktig, og det er òg slik me lett såg at me hadde større fråfall av kvinner med minoritetsbakgrunn. Ok, kva gjør me med det – så søkte me nokre prosjektmidlar, så kunne me rette ein spesiell innsats mot den gruppa.»

I ein periode var det òg sånn at sentralen rapporterte til fylkeskommunen. og dei i sin tur til Helsedirektoratet. Det har dei ikkje blitt spurt om no i det siste, så det kan ha hatt noko med perioden med prosjektmidlar å gjere.

Når det gjeld dokumentasjon på om tiltaka verkar, så er det til dels vanskeleg å talfeste effektar av helsetiltak. Sentralen kan difor ikkje alltid svare konkret på resultatata av den innsatsen dei gjer. Det har vore forskning som seier at det er gode resultat frå frisklivssentralar, og dei har sjølv vore deltakar i eit forskingsprosjekt. Her såg ein på stoda for deltakarane tre år etter enda deltaking ved sentralen. Den gong var dei i etableringsfasen, så talet på kartlagde brukarar var diverre lågt. For dei som hadde svara, var resultatata veldig gode.

Sentralen har dessutan gjennom dei ti åra dei har drive, hatt 4 kartleggingar av deltakarane sin situasjon eitt år etter slutten på tiltaket. Då stiller ein dei nokre av dei same spørsmåla som ved oppstart. Og det ein spesielt ser på er prosentdelen som rapporterer at dei er i betre fysisk form eitt år etter oppstart, som meiner helsea er betre og som seier dei er meir aktive. Det dei då ser, er at det er gode resultat.

Kva fungerer eventuelt godt og dårleg ved frisklivssentralen?

Kampen om forankring i planar og det å ha økonomiske rammar for ein frisklivssentral i kommunen, er no eit tilbaketog stadium. Tematikken er meir korleis dei skal jobbe for å utvikle tilbodet vidare, og dei seier at dei nett no nærer seg ein terskel gitt dei noverande ressursane. Lokala har fungert greitt, men dei ser at kapasiteten byrjar å bli litt sprengd. Det er litt vanskeleg å utvida sentralen i bygningen dei no er i, så det er dei litt i tenkjeboksen på. Det er ikkje slik at det automatisk står busslastar av folk og venter på tilbod. Sentralen har i dag litt liten kapasitet til å drive marknadsføring, til dømes mot legane, og dei meiner det blir litt ad hoc.

«Så lenge me klarer å ta unna det me har etterspurnad på, så er jo det greitt med det me har. Så er spørsmålet: skal me gjere andre ting, kva anna skulle det vere? Helsetenesta i kommunen har dialog med sjukehuset om kva dei ønskjer for oppfølging av pasientar med ulike diagnoser, som kols og diabetes. Det er heilt sentralt kvar i kommunen desse får tilbod. Er frisklivsarbeidet ein del av det, eller kanaliserer me dei til ein annan stad? Og korleis ser me då frisklivstilbodet i samanheng med lærings- og meistringstilbodet som kommunen også har? Då kan ein tenkje seg individuelle pakkeløysningar som kombinerer tilbod på sentralen ein eller to gonger i veka med noko på Lærings- og meistringssenteret. Så det å ha ein paraply som heiter «meistring» og ha ulike typar tilbod, er vel det eg ønskjer meg.»

Kunnskapen ligg der om at aktivitet og psykisk helse heng saman, og det kan vere mykje god helse i aktivitet. Dei har difor mange som slit litt psykisk på gruppe med dei andre deltakarane, og det fungerer godt. Sentralen har òg jobba mykje mot miljø med innvandrarhelse, migrasjonshelse og kvinner. Til å begynne med såg dei at dei hadde eit større fråfall der, og det har dei jobba spesifikt i mot. Det har òg generelt vore litt færre menn. No ser det ut til at legane begynner å auke talet på tilviste menn, men kanskje ikkje så mange menn med minoritetsbakgrunn. Ein veit til dømes at det er ein ganske stor del menn med annan kulturell bakgrunn som røykjer.

Det er nokre kommunar som vel å ha eigne innvandrargrupper, til og med frå særskilde land. Vurderinga ved sentralen er at dette kan verke veldig stigmatiserande. Om ein blandar gruppene, så må alle òg snakka norsk fordi ein ikkje har same språk.

«Me hadde ein godt vaksen norsk mann som var her for nokre år sidan, som sa at om de treng meg, så stiller eg opp om nokon frå Helsedirektoratet kjem. Han ville då seie at: eg trur at det her må vere byens beste integreringstiltak, og det her har gjort mykje med min framandfrykt. Og det synes eg er så flott, av di at han trena med ei dame som sprang i frå han, ho hadde både side skjørt, såg heilt annleis ut, hadde heilt annan bakgrunn, anna språk og kultur. Dei lo og hadde det gøy saman

og leika sisten og dei hadde spurtar i nokre bakkar. Dei historiene får me når me klarer og tør å blande.»

Tilsette frå sentralen har delteke på Bra Mat-kurs, røykjesluttkurs, KID-kurs og kurs i motiverande intervju i regi av Helsedirektoratet. Dei synest at å vere på kursa er nyttig, men det er viktig å ha lov til å «gjere det til sitt». Dei bruker deler av kursmateriellet frå direktoratet, men dei set det saman avhengig av kva for gruppe dei har. Hos sentralen har dei organisert det slik at å ta opp fleire ulike tema blir ein integrert del av aktiviteten.

«Og det er òg på bakgrunn av at me har prøvd å halde separate kurs, og har fått veldig lite oppslutning på dei. Om me held det reine kurset som Helsedirektoratet legg opp til, så er det kanskje attende til at me får to, tre, fire deltakarar. Når me gjer det sånn som me har gjort det, anten det er søvn eller det er snakk om mat eller kva det er, så inkluderer me alle. For når du snakkar om kurs, så står me aldri og berre snakkar om kor viktig det er å vere fysisk aktive, vi gjer! I liten grad så snakkar me om at det er lurt å ete frukt og grønnsaker. Kommunen har prioritert at alle deltakarane får litt frukt og grønnsaker etter kvar einaste trening. Dei får vassflasker, me står ikkje og snakkar om at det viktig å drikke vatn. Det trur eg er en suksessfaktor. Me diskuterte mykje: Skal me faktisk bruke mykje pengar på kvar gong å tilby gulrøter, blomkål, brokkoli og druer? Og det er det mange som seier at dei har aldri hatt eit sånt fat! Så me gjer, og me snakkar i liten grad om. Enkelt, tydeleg og visuelt.»

Det er veldig god kompetanse i tilsettegruppa ved sentralen. Det har vore diskusjon i kommune B gjennom åra, om ikkje berre nokon frå vidaregåande skule kan gå tur med desse menneska? Det meiner dei bestemt at det kan ein ikkje, for dette er eit fagleg godt fundert tilbod med trygge, kompetente fysioterapeutar som gjev ein legitimitet overfor deltakarane. Dei har òg gode kommunikasjonsferdigheiter, til dømes til bruk i helsesamtalar.

«Og når me går tur, går me ikkje berre på tur, me har jo ein veldig klår målsetting med kvar einaste trening. Eg tenkjer at det er vesentleg at me har ein helsebakgrunn. Det skaper tryggleik i gruppa, til dømes om du har hatt eit hjartefark, du har kanskje vore på en hjartegruppe på sjukehuset. Neste trinnet blir å begynne her. Vite at her er det fagpersonar med kompetanse, dei veit kva eg kan gjera, eg kan stille spørsmål. Den tryggleiken for at helseutfordringa blir teken i vare. Me har ikkje fokus på avgrensinga, men på kva dei faktisk meistrar.»

Sentralen synest dei har på plass eit godt samarbeid og eigna arbeidsdeling med mange andre aktørar, både helsefaglege og friviljuge. Ikkje minst er det positivt at dei fleste brukarane verkar godt nøgde.

Generelt, kva for kriterium må til for å oppnå suksess med ein frisklivssentral?

Intervjuobjekta hadde mange innspel til kva som må til for å oppnå suksess med ein frisklivssentral:

- Ein føresetnad for i det heile teke å ha ein frisklivssentral er at det finst politisk vilje og økonomiske midlar til å drifte den. Tilbodet må forankrast i kommunale planar, og sentralen må sikrast ressursar over tid. Vidare må tilbodet bli marknadsført blant fastlegar, andre helsearbeidarar, NAV og folk flest. Ein må tydeleggjere den særskilte kompetansen til frisklivssentralen, så den får sin klare plass i helsetenesta. Gode samarbeidsrutinar med tilvisande instansar og andre aktivitetstilbod er viktig.

Det er ein stor fordel å ha ein fysisk bygning der sentralen har alle sine tilbod samla:

«Eg tenkjer at det å vere synleg, det er ein fordel. Det å vite kor ein skal vende seg, informasjon er jo forferdeleg vanskeleg, kor er den når ein plutselig treng den. Korleis finn eg fram? Men at me har ein fysisk stad og fast opningstid til å ta imot telefonar. Det trur me er viktig. Og me har stadig, kvar veke, folk som kjem innom her. Lurte på kva er nå det her, litt nyfikkne. Eller nokon som seier at: eg har jo høyrte om det her, men korleis går eg vidare med det? Eller kva kan de tilby? Så me har ein god del fysisk oppmøte.»

Det er viktig at lokala ligg sentralt med god parkering og kollektivknutepunkt. Omgivnadene betyr òg ein del, om det er fine turområde, idrettsanlegg med vidare. At ein er i eit miljø der andre også driv idrett, sikrar at deltakarane kjenner at dei er ein del av noko positivt.

«Her me er plassert, er det jo aktivitet på alle nivå. Her er fotballklubb og andre idrettar i same område. Og det med fokus på frisklivstenking, det er aktivitet og meisting som ligg til grunn, og ein kan assosiere seg med og sjå at eg er der kor idrettsutøvarane er. Dette er frisklivspreg og ikkje fråvære av helse. Det ville vore så annleis og lagt ein frisklivssentral til eit bu- og servicesenter, helsestasjon eller eit sjukehus der ein kanskje veldig fort ville fått ei kjensle av at ein er ein del av den sjukelege delen av helsetenesta. Her kan du fint halde det meistringsfokus, det helsefremjande førebyggjande fokuset. Og at det er aktiviteten som er sentral.»

Det er viktig at sentralen er bemanna med utplukka medarbeidarar som har spesiell kompetanse og interesse. Dette gjeld mellom anna i forhold til å ha motiverande helsesamtalar, som gjer at dei er i stand til å rettleia om kva type tilbod den enkelte kan gjere seg nytte av. Det er òg ein fordel om to tilsette kan leie kvart kurs, så dei får tatt seg godt nok av alle deltakarane.

Eit suksesskriterium er at dei som vender seg til frisklivssentralen raskt får eit tilbod medan dei er motivert. Det er difor hensiktsmessig å ha eit fortløpande inntak på gruppene. Om nokon sluttar, blir ikkje heile nettverket borte. Opplegget bør vere fleksibelt, slik at om brukaren av helsemessige årsaker eller grunna ferie blir borte ei stund, så blir ho/han likevel tilbydd tolv aktive veker. Sentralen meiner tolv veker er ein passe lang standardperiode, så lenge dei kan gjere høvelege unntak. Det er viktig at deltakarane har aktivitet på sentralen eller andre plassar minst to gonger i veka for å oppleve framgang. Det er best å ha drift heile tida, for ein har erfart at det å ha avbrot når du driv med endringar, kan vere sårbar. Til dømes er det fint om deltakarane møter kvarandre til vanleg tid på friviljug basis, sjølv om dei tilsette ved sentralen har sommarferie. Om kursa i staden skulle blitt fastsett til bestemte datoar, måtte ein jobba med å skaffe nok deltakarar, så dei vurderer det som betre å ha kontinuerlig inntak.

«Har du hatt samtale på onsdag, så kan du få begynne på gruppe på torsdag. Det betyr at det i den same gruppa er nokon som er heilt nye og nokon som har vore her ei stund og kome lenger i sin endringsprosess. Då tenkjer me at det er nokon som er gode førebilete, som kan fortelle nokre historier, som tek vare på dei nye. Så det skjer mykje i gruppa, dei hjelper kvarandre, løftar kvarandre, heiar og er så flotte med kvarandre.»

I kommune B er alle brukargrupper innlemma i same gruppe, uavhengig av diagnose, funksjonsnivå, landbakgrunn, religion og alder. Dette har dei sett som eit suksesskriterium, både for ikkje å stigmatisere enkelte grupper, for kontinuerlig å få nok deltakarar på gruppene, for å styrke integrering og ikkje minst for at det skal vere aktiviteten og ikkje sjukdommen som står i fokus.

I praksis må ein gjere visse tilpassingar for at alle skal få eit tilbod som er rett for dei. Ikkje alle har behov for å vere på sentralen to gonger i veka, nokon kan slusast vidare raskt medan andre igjen treng eit meir langvarig tilbod og tettare oppfølging. Det sosiale og bevisstgjerung om levevanar er òg viktig.

«Her tenkjer me at du skal ikkje gå når aktiviteten er over, for det er kjempeviktig for å få meir kunnskap om levevaner og kva som påverkar eigen åtferd mv., viktig at ein får det påfyllet. Så står ikkje me og held foredrag, men det blir ein dialog, me får til ein diskusjon rundt temaet.»

Rundt omkring i Noreg har kommune B registrert at mange frisklivssentralar no går i retning av å velje meir homogene grupper. Dei høyrer når dei er på samlingar at mange vel overvektsgupper, diabetikargrupper mv. I kommune B snakkar dei mykje om at dei trur det er feil veg å gå, for deira erfaring gjennom 10 år peiker i retning av heterogene grupper:

«Eg har sånn tru på å sjå på det friske i mennesket. Eg ser kva det gjer med folk. Me hadde eit tema i går: Kvifor skal de fortsette med det her: Ja, men det gir meg jo god helse. Men kva er god helse då?: Men eg blir litt gladare. Det er så godt å kome ut å få litt frisk luft. Det er så godt å bli litt sliten, då er det så godt å sette seg ned etterpå. Alle dei tinga. Du kunne gått og fått individuell fysioterapi for ein vond rygg. Du kunne gått til diabetessjuepleiarane for å få råd om diabetesen din, men å ha fokus på det friske, ha fokus på at alle kan gjere noko, det å meistre det gir motivasjon til vidare meisting, og eg er veldig skeptisk til det som no synest å skje i helse-Noreg. Det at ein begynner å sjå på dei tjukke, ein tenkjer overvekt, ein tenkjer hjarte-kar, ein tenkjer diabetes, altså dei sjukdomane som er relaterte til levevanar, men tiltaka er jo dei same, altså. Så jo lenger me jobbar med det her, jo større tru har me på ei slik tilnærming.»

10.1.3. Oppsummering - likskapar og skilnader mellom dei to kommunane

Det var to kommunar med frisklivssentral som blei valt ut i samband med case-studiane. Kommune A er ein middels stor kommune målt i folketal, og har eit samarbeid med ei av grannekommunane om kurstilbod ved frisklivssentralen. Kommune B er ein folkerik kommune, som gir kurstilboda ved frisklivssentralen utan å samarbeide med andre kommunar.

- *Forankring og finansiering:* Kommune A har fått delfinansiering frå fylkesmannen til drifta i fire år, men no har dei ikkje lenger moglegheit til å få meir midlar frå det haldet. Politikarane vil ikkje gi fleire pengar frå kommunen, så frisklivssentralen kjem til å bli avvikla frå 2016. I kommune B har tilbodet eksistert i 10 år, og er vel forankra i kommunale planar og i den økonomiske ramma for helsetenesta.
- *Organisering:* I kommune A har frisklivssentralen vore organisert under koordinerande eining, der ulike kommunale helse- og omsorgstenester blir tildelt. Sentralen har ikkje hatt eit fast lokale, men dei har halde aktivitetar ute, i ulike bygningar og treningslokale rundt i kommunen. I Kommune B er frisklivssentralen organisert i same avdeling som fastlegar og andre helsetenester i kommunen. Sentralen har fast lokale med eiga treningsrom sentralt plassert i eit idrettsområde, nær trafikknutepunkt. Begge stader har det i hovudsak vore fysioterapeutar som har jobba med tilbodet.
- *Samarbeid med andre aktørar:* Begge kommunar har hatt samarbeid med fastlegar og deira kontorpersonale, men særleg kommune A har hatt vanskar med å nå ut til legane med nok informasjon. Vidare har sentralane hatt samarbeid med NAV, friviljuge organisasjonar og andre delar av

kommunehelsetenesta, som helsestasjon. Begge har hatt god oppfølging frå fylkesmannsembete og vore med i nettverk med andre kommunar med frisklivssentral i same fylke. Kommune B har òg vore med i tilsvarande fellesnettverk med eit anna fylke. Berre kommune B har hatt samarbeid med spesialisthelsetenesta.

- *Kva for tilbod har dei, og kven er brukarane:* Frisklivssentralane i begge kommunar har som hovudregel først ein helsesamtale med brukarane, så eit 3 månaders tilbod om kurs/aktivitet og til sist ei avsluttande samtale der dei hjelp brukaren med å finne eit tilbod hos andre aktørar. Sentralane har mellom anna hatt røykjesluttkurs og grupper for fysisk aktivitet. I kommune A har dei fastsatt eit kurs, og så forsøkt å fylla det opp, mens i kommune B har dei hatt kontinuerleg opptak av deltakarar. Hos sistnemnde blandar dei alle uavhengig av diagnose og landbakgrunn i same gruppe, og har temaroterande undervising etter treninga. Brukarane i begge sentralar er i hovudsak personar mellom 16 og 67, men især kommune A har òg hatt nokre eldre deltakarar. Det er litt fleire kvinner enn menn som nyttar tilboda. I kommune B har dei hatt ein høg del innvandrarar på gruppene. Dei fleste av brukarane har anten muskel- og skjelettplagar, overvekt, hjarte-karsjukdomar, diabetes eller psykiske lidningar.
- *Kva fungerer godt og dårleg:* Begge kommunar synest dei har nådd dei rette folka som verkeleg trong tilbodet, dei som ofte ikkje har andre stader å vende seg for hjelp til livsstilsendingar. Deltakarane har i det store og heile vore nøgde med tilboda. I kommune B har dei hatt god erfaring med kontinuerleg opptak av deltakarar. Dei tenkjer òg at det å ha blanda grupper både har vore eit godt integreringstiltak, og det har teke fokus vekk frå dei einskilde diagnosane og over på det friske i menneska. Kommune A har hatt mykje jobb med å skaffa midlar til drift, og det har vore lite føreseieleg kor mykje pengar dei skulle få, og når. Det har gjort det vanskeleg å planlegge aktivitet. Dei har òg hatt nokre problem med å nå ut til nok potensielle brukarar, særleg det å få fastlegane til å tilvise fleire på frisklivsresept.
- *Kva tenkjer dei er suksesskriterier for ein frisklivssentral:* Det å ha aksept blant politikarane og ha ei fast forankring i kommunale planar og budsjett er naudsynt for å driva godt over tid. Viktig er det òg å ha nok og kompetente tilsette. Dei må ha eit godt samarbeid med andre aktørar, slik som fastlege, annan helseteneste, NAV og friviljuge organisasjonar. Om ein har eit fast lokale med treningsfasilitetar plassert lett tilgjengeleg og i nærleiken av turområde eller idrettsarenaer, er det lettare å gjere tilbodet kjent, enklare for folk å oppsøkje sentralen og det skaper rom for kurs og sosiale treff i samband med trening. Det er viktig at dei som kjem til sentralen raskt får eit tilbod medan dei er motiverte. Kommune B er òg opptekne av at treningsgruppene bør vere blanda med omsyn til landbakgrunn, alder og diagnosar for å hindre stigmatisering, fremje integrering og ha fokus på meistring i staden for sjukdom. Etter tre månader er det best om deltakarane blir slusa vidare til andre gode aktivitetstilbod for å bidra til varige livsstilsendingar.

10.2. Hovudresultat og funn frå studiane av dei to utvalde fylkesmannembeta

Fylkesmannen og fylkeskommunen sine roller i folkehelsearbeid og frisklivssentralar

Fylkesmannen er statens representant i fylket og har ansvar for å følgje opp den nasjonale politikken. Fylkesmannen har ei myndighetsrolle når det gjeld helsetilbod og fortolkning av regelverket og eit ansvar for å følgje opp det førebyggjande helsearbeidet i kommunane, slik det går fram av det årlege

embetsoppdraget. Tilsyn med helse- og omsorgstenesta og helsepersonell er tillagt fylkesmannen. Fylkesmannen forvaltar mellom anna tilskotsordninga for frisklivssentralar. I tillegg har Fylkesmannen også ansvar for kompetansetiltak og anna utviklingsarbeid for frisklivssentralar (Helsedirektoratet 2013).

Fylkeskommunen skal støtte opp under folkehelsearbeidet i kommunane og vere ein pådrivar for å samordne folkehelsearbeidet i fylket, til dømes gjennom partnerskap. Fylkeskommunen er ein regional utviklingsaktør og skal ha oversikt over helsetilstanden i fylket i tillegg til dei positive og negative faktorane som kan verke inn på denne. Fylkeskommunen har ingen nasjonalt definert rolle overfor frisklivssentralane, men fleire fylkeskommunar driv på eige initiativ kompetansetiltak og utviklingsarbeid på området. Desse fylkeskommunane hjelper i så måte fylkesmannen i å oppfylle statens ansvar (Helsedirektoratet 2013).

Samspelet mellom regionalt og lokalt nivå er omtala som ein viktig suksessfaktor for førebyggjande helsearbeid. Frisklivssentralar er ei relativt ny helseteneste, og for å sikre kvaliteten anbefaler Helsedirektoratet at fylkesmannen etablerer nettverk for frisklivssentralane, gjerne i samarbeid med fylkeskommunen (Helsedirektoratet 2013).

Bakgrunn for dei utvalde case-studiane

I utveljinga av fylkesmannembete var det ønskjeleg å finne to embete der etableringa av frisklivssentralar ute i kommunane hadde kome ulikt på veg. Situasjonen i dei to utvalde fylka er nokså ulik når det gjeld delen kommunar som har etablert frisklivssentralar. Medan nær alle kommunar har etablert frisklivssentralar i fylket til fylkesmannembete A, er det tilsvarande talet under halvparten i fylke til fylkesmannsembete B. Grunnen til at det har blitt valt ut embete i to fylke der situasjonen er nokså ulik, er mellom anna for å samanlikne organiseringa av arbeidet med frisklivssentralar og folkehelsearbeid i dei to fylka. I tillegg har det vore ønskjeleg å undersøke om dei står overfor ulike utfordringar sine respektive fylke. Vidare har det vore eit ønske å undersøke om dei har ulike oppfatningar av kva kriterium som skal til for å lukkast med etablering og drift av frisklivssentralar.

Det eine utvalde fylkesmannsembete (fylkesmannembete A) for casestudiet har ansvaret for oppfølging av frisklivssentralar i eit fylke der nær alle kommunane har etablert frisklivssentralar innan utgangen av 2015. Intervjuet blei gjennomført hausten 2015 med hovudansvarleg person for arbeidet med oppfølging av frisklivssentralar og folkehelsearbeid i kommunane ved fylkesmannens kontor. I tillegg deltok overordna leiar for helse- og omsorgstenestene ved fylkesmannsembete. Det andre utvalde casestudiet, heretter kalla fylkesmannsembete B, har ansvaret for oppfølging av frisklivssentralar i eit fylke der under halvparten av kommunane hadde etablert frisklivssentralar per 31.12.2015-. Intervjuet blei gjennomført hausten 2015 med hovudansvarleg person for arbeidet med oppfølging av frisklivssentralar og folkehelsearbeid i kommunane ved fylkesmannens kontor.

Oppfølging av frisklivssentralar er ikkje ei fulltidsstilling for nokon av dei to intervjuobjekta, og begge arbeider i tillegg med andre oppgåver hos fylkesmannen. Begge er òg ansvarlege for oppfølging av folkehelsearbeid og andre førebyggjande helsetenester hos fylkesmannen. Den eine respondenten opplyser òg om ansvar for arbeid med helsestasjons- og skulehelsetenesta, abort og steriliseringsnemndene og seksuell helse. Begge respondentane ved dei to fylkesmannsembeta har lang erfaring frå arbeid med folkehelse og førebyggjande helsearbeid frå tidlegare, både hos Fylkesmannen og frå andre etatar. I tillegg har dei begge brei helsefagleg utdanning og bakgrunn.

Når det gjeld tida dei bruker på oppfølging av frisklivssentralar, blir dette estimert litt ulikt. Det eine intervjuobjektet anslår at 30 prosent av stillinga går med til å

følgje opp arbeidet med frisklivssentralar, medan det andre intervjuobjektet anslår 50 prosent. Begge fylkesmannsembeta opplyser samstundes at kor mykje dei arbeider med frisklivssentralar er avhengig av kva tid på året det er snakk om. I visse periodar er det særleg hektisk å forvalte tilskotsordninga knytt til sentralane. Det same gjeld i samband med å arranger og delta på nettverksmøte og fagsamlingar knytt til friskliv.

«Eg fann ut at 50 prosent av stillinga går med til frisklivsarbeid. I alle fall i periodar. Viss ein både skal rekne med rettleiing, undervisning, kapasitetsbygging, tilskotsordninga, det pedagogiske og kurs og opplæring til meg sjølv.» - Fylkesmannembete A

Det er i all hovudsak éin person som arbeider med frisklivssentralar ved begge dei to intervjuar embeta. Samstundes blir området drøfta med fleire ved embetet. I mange tilfelle blir det utveksla erfaringar med andre som har ansvaret for andre helsetenesteområde. Dette er mellom anna for å sikre at prosessar knytt til frisklivssentralar og anna førebyggjande blir best moglege. I tillegg ønskjer ein å unngå dobbeltarbeid dersom det allereie føreligg dokumentasjon på andre område som kan brukast på frisklivssentralar òg.

Oppgåvene knytt til oppfølging av frisklivssentralar inneber mellom anna å forvalte tilskotsordninga, ha ansvar for kompetanse, kapasitet og organisering ved frisklivssentralane, på same måte som dei allereie hadde innanfor andre helseområde. I tillegg har dei eit følgje med ansvar der dei skal sørgje for at alle juridiske og organisatoriske krav for tenester definert som helsetenester blei oppfylte. Begge dei to intervjuobjekta meiner fylkesmannsembeta oppfyller krava og utfører oppgåvene dei er sett til dei når det gjeld oppfølging av frisklivssentralar i deira respektive fylke. Særleg utifrå midlane og ressursane dei har tilgjengelege.

Korleis er arbeidet med frisklivssentralar organisert hos Fylkesmannen?

Då den nye folkehelselova kom i 2012 fekk Fylkesmannen ansvaret for oppfølging av frisklivssentralar. Tidlegare hadde oppgåva lege hos Fylkeskommunen. Hovudgrunnen til at oppgåva blei flytta var at frisklivssentralar, i den nye lova, blei definert som ei helseteneste. Hos begge dei intervjuar fylkesmannsembeta var det liten diskusjonen om kor oppgåva skulle plasserast internt i organisasjonen. Ved begge embeta blei oppgåvene knytt til frisklivssentralar lagt organisatorisk til eininga for helse- og omsorg, som allereie hadde oppgåver knytt til folkehelsearbeid og anna førebyggjande helsearbeid.

«Oppgåva knytt til frisklivssentralar hamna ned i fanget på meg som allereie jobba med dei helsefremjande og førebyggjande tenestene ute i kommunen. I tillegg hadde eg ansvaret for folkehelsearbeid og oppfølging av dette i kommunane. Frisklivssentralar inngår jo i det litle folkehelsearbeidet med meir førebygging ute i tenestene. Slik blei det utan noko særleg diskusjon lagt hos meg.» - Fylkesmannsembete A

Etter at oppgåvene knytt til frisklivssentralar blei flytta til Fylkesmannen er oppgåva til Fylkeskommunen å understøtte folkehelsearbeidet i kommunane og vere pådrivar for å samordne folkehelsearbeidet i fylket, til dømes gjennom partnarskap. Fylkeskommunen er ein regional utviklingsaktør og skal ha oversikt over helsetilstanden i fylket, i tillegg til positive og negative faktorar som kan verke inn på denne. Fylkeskommunen har ingen nasjonalt definert rolle overfor frisklivssentralane, men fleire fylkeskommunar driv på eige initiativ kompetanse-tiltak og utviklingsarbeid på området. Desse fylkeskommunane hjelper i så måte fylkesmannen i å oppfylle statens ansvar.

Begge dei to intervjuar fylkesmannsembeta fortel om eit godt samarbeid med fylkeskommunen, både før og etter den nye folkehelselova tredde i kraft. I fylke til fylkesmannembete B hadde det vore partnerskap mellom fylkesmann og fylkeskommune ei god stund. Ordninga fungerte godt, men etter at den nye oppgåvefordelinga kom, valde dei likevel å avslutte partnerskapen. Fylket har, i følgje intervjuobjektet, kome langt innanfor folkehelsearbeid generelt, og ei av årsakene er partnerskapen mellom Fylkesmannen og Fylkeskommunen. Sjølv om partnerskapen blei avslutta understreker dei at dei framleis har eit godt samarbeid med fylkeskommunen, både når det gjeld folkehelsearbeid generelt og frisklivssentralar spesielt:

«Etter at folkehelselova kom, og fylkesmannsembete fekk tilsynsoppgåver, blei avtalen med fylkeskommunen sagt opp. Årsaka var at det blei feil å sitje på begge sider av bordet. fylkesmannembete og fylkeskommunen har framleis eit godt samarbeid, og fylkesmannembete har observatørrolle på folkehelsemøte i fylkeskommunen og for koordinator i kommunen. Men, altså ikkje lenger i partnerskap.» - Fylkesmannsembete B

I fylket til fylkesmannembete A var det også etablert samarbeid mellom Fylkesmannen og Fylkeskommunen før den nye folkehelselova kom i 2012. Sjølv om den nye lova endra oppgåvefordelinga mellom dei to etatane, valde fylkesmannembete likevel å halde fram samarbeidet med Fylkeskommunen. Ei av årsakene til at samarbeidet blei vidareført var at nøkkelpersonellet i Fylkeskommunen hadde svært god kompetanse på frisklivssentralar, som dei ønskte å dra nytte av:

«I Fylkeskommunen sit det ein person som er fysioterapeut, er helseutdanna og har drive ein Frisklivssentral, og er veldig oppteken av dette arbeidet og effektmåling, så me såg ingen grunn til å ikkje halde fram samarbeidet med Fylkeskommunen.» - Fylkesmannembete A

Oppgåvene knytt til oppfølging av frisklivssentralar inneber mellom anna å forvalte tilskotsordninga, ha ansvar for kompetanse, kapasitet og organisering ved frisklivssentralane, på same måte som dei allereie hadde innanfor andre helseområde. I tillegg fekk dei eit følgje med ansvar der dei skulle sørge for at alle juridiske og organisatoriske krav for tenester definert som helsetenester blei oppfylte. Det eine fylkesmannembete opplyste om at dei fekk gjennomført alle desse oppgåvene utan innblanding frå fylkeskommunen:

«Alle desse oppgåvene føler eg me får lov til å ha hos oss, så lét me fylkeskommunen ha ansvaret for fagutviklinga ved frisklivssentralane» - Fylkesmannsembete A

Intervjuobjekta ved begge fylkesmannembeta opplyser om ei klar oppgåvefordeling mellom Fylkesmannen og Fylkeskommunen når det gjeld folkehelsearbeid og frisklivssentralar. Samstundes samarbeider dei godt og utvekslar erfaringar på tvers av dei to etatane. Dette var gjeldande både før og etter folkehelselova kom i 2012. Tidlegare undersøkingar har slått fast at samarbeid mellom ulike nivå og på tvers av etatar er viktig i samband med å sikre kvaliteten i etablering og oppfølging av relativt nye helsetenester (Helsedirektoratet 2013).

Samarbeidet med fylkeskommunen er ein god ting, så lenge me klarer å skilje på kven som gjer kva, og er tydelege på det.» - Fylkesmannembete A

I tillegg til samarbeid med Fylkeskommunen opplyser dei to fylkesmannembeta om samarbeid med andre fylkesmannembete. Det er særleg tett kontakt med rådgjevarane frå andre fylkesmannembete. Mange av rådgjevarane ved embeta har

arbeidd og samarbeidd på området i mange år både når det gjeld folkehelsearbeid generelt og frisklivssentralar spesielt. Når det gjeld frisklivssentralar har ein ofte e-postrundar med alle embeta der ein utvekslar erfaringar og idear med kvarandre. Helsedirektoratet deltek også ofte på desse rundane. Fylkesmenna opplever elles at nyheitsbrev fra Helsedirektoratet om folkehelse og frisklivssentralar er viktige og bidreg til erfaringsutveksling på tvers av fylkesmenn, fylkeskommunar og kommunar. Det same gjeld nettverksamlingar og andre fagsamlingar der representantar frå alle embete deltek.

«Inntrykket er at dei andre fylkesmannsembeta er like engasjerte. Ofte støttar fylkesmenna seg på kvarandre. Med det arbeidsfeltet me har, er menøydd for å arbeide smart og støtte oss på kvarandre.» - Fylkesmannembete B

Korleis er frisklivssentralar forankra i fylkesmannsambetet i regionale planarbeid?

Når det gjeld forankringa til frisklivssentralar i det regionale planarbeidet passar begge dei intervjuar fylkesmannsembeta på å synleggjere frisklivssentralar som ein viktig førebyggjande helseteneste i dei regionale planane der det er relevant. Fylkesmannsembeta leitar elles etter korleis frisklivssentralar er omtala i kommunane sine planar. Dei er særleg opptekne av korleis kommunane har omtala frisklivssentralane i samfunnsplanane og folkehelseplanane sine.

«Me etterser korleis frisklivssentralar er omtala i kommunane sine planar, særleg i samfunnsplanane og folkehelseplanane.» - Fylkesmannembete B

Fylkesmenna passar i tillegg på å nemne viktigheita av frisklivstilbodet og anna førebyggjande helsearbeid i alle planar dei får på høyring der dette er relevant. Ei lokal plangruppe hos fylkesmannen er sentral i dette arbeidet hos det eine fylkesmannembete. Det er elles ei felles oppfatning hos begge dei to embeta av at forankring i kommunale planar er ein viktig føresetnad for at ein kommune skal klare å drifte ein frisklivssentral etter intensjonen og i tråd med rettleiaren.

Korleis arbeider fylkesmannsembeta med folkehelse i kommunane?

I tillegg til oppfølging av frisklivssentralar har Fylkesmannen ansvaret for å følgje opp folkehelsearbeid og anna førebyggjande arbeid i kommunane. Folkehelse er definert som samfunnets totale innsats for å påverke faktorar som direkte eller indirekte fremjar befolkningas helse og trivsel, førebygg psykisk og somatisk sjukdom, skade og lidning, eller som beskyttar mot helsetruslar, og i tillegg arbeider for ein jamnare fordeling av faktorar som direkte eller indirekte påverkar helse (Helsedirektoratet 2013).

Samhandlingsreforma peikar på at det er behov for eit tverrsektorielt folkehelsearbeid, auka helsefremjande og førebyggjande innsats, og styrking av dei førebyggjande helsetenestene i kommunen. Den nye folkehelselova pålegg kommunane og fylka å ha oversikt over helsetilstanden og faktorar som påverkar denne. I tillegg skal dei følgje med på korleis helsetilstanden utviklar seg over tid. Frisklivssentralar kan vere eit nyttig verktøy i folkehelsearbeidet: Samstundes inkluderer folkehelse og folkehelsearbeid fleire ting ute i kommunane.

Begge dei intervjuobjekta ved dei to fylkesmannsembeta arbeider også direkte eller indirekte med folkehelsearbeid og anna førebyggjande arbeid i det daglege. Det eine embete har organisert oppfølging av folkehelsearbeidet i kommunane i det litle og det store folkehelsearbeidet. Det litle folkehelsearbeidet har fokus på meir førebygging ute i dei ulike deltenestene, medan det store folkehelsearbeidet gjeld det sektorovergripande der ein skal tenkje folkehelsearbeid på tvers av alle sektorar og i alt ein gjer.

«Rolla til Fylkesmannen er stor og brei. Me plar å dele inn i det litle og store folkehelsearbeidet. Det litle folkehelsearbeidet har meir fokus på førebygging i dei ulike tenestene og følgje med på veksten der. Det store folkehelsearbeidet er det sektorovergripande, som rådmannen har ansvaret for etter den nye folkehelselova.» - Fylkesmannembete A

I samband med dette arbeidet har fylkesmannembete mange ulike verkemiddel som kan nyttast. Dette gjeld både juridiske, pedagogiske og organisatoriske verkemiddel. Det eine fylkesmannembetet fortel at dei arbeider med å implementere folkehelselova med forskrifter alle stader dei kan. Embete har særleg fokus på å nå fram til politisk og administrativ leiing og verksemdsleiarar ute i kommunane. I tillegg har fylkesmannen moglegheit til å gi innspel i planarbeidet til kommunane. I samband med dette prøver dei å sørge for at folkehelselova blir inkludert og teke inn i dei kommunale planane. Dei er særleg påpasselege med at folkehelsa blir teke med i samfunnsplanlegginga, arealplanlegginga og planprogramma.

Fylkesmannembeta legg elles vekt på overfor kommunane kor viktig det er å skaffe seg oversikt over folkehelseutfordringar knytt til folkehelse. Frå 2016 blir det krav om at alle kommunar skal ha etablert eit eige system som gir oversikt over stoda og utfordringane kommunane står overfor.

«Det er viktig for fylkesmannembeta å vere på, og få hengt på folkehelselova, og dette med oversiktsarbeid, oversiktsdokumentet og få oversikt over kommunane sine utfordringar på folkehelseområdet i planstrategiar i kommunane.» - Fylkesmannembete A

Arbeidet med oppfølging av folkehelse i kommunale planar er ein omfattande jobb for Fylkesmannen. I det eine embete er dette ein svær jobb som er plassert på ein annan avdeling enn intervjuobjektet. Denne avdelinga har særleg ansvar for å følgja opp planarbeidet ute i kommunane.

«Den eine setninga som tidlegare har stått i embetsoppdraget til FME dei siste åra om at FME skal sjå til at folkehelse er ivaretatt i alle kommunale og regionale planar. Den eine setninga er ei 100 prosentstilling for det tyt inn planar heile tida med relativt korte fristar, og viss ein skal meina noko alt frå reguleringsplanar, delplanar og kommuneplanar, samfunnsplanar og arealplanar, så kan ein jobba med berre det.» - Fylkesmannembete A

For å finne ei løysing på dette har det eine fylkesmannembete valt å fokusere på å gi opplæring og rettleiing til sentrale personar i kommunane. På denne måten meiner dei at det er større sjanse for at budskapet når ut til flest mogleg i kommunane. På dei årlege folkehelsemøta som Fylkesmannen arrangerer er alltid kommuneplanar eit tema. På nettverksmøte har dei også freista å ta opp tema som er relevante for folkehelsearbeidet i kommunane. Mellom anna har tema vore sektorovergripande folkehelsearbeid i nettverket til det eine embetet. På denne måten håpar dei at budskapet når fram og aukar sjansane for at folkehelse blir forankra i det kommunale planarbeidet utan at Fylkesmannen må kommentere på kvar enkelt plan. Det eine embete legg samstundes til at det er varierende grad kommunar tek dette til seg.

«Dei kommunane som møter opp på dette ser verkeleg resultata i planane. Så er det enkelte som hoppa over dette, og sit litt på gjerdet og tenkjer at me gjer som me pleier til me må gjera noko anna. Og då har me tilsyn og undersøkt enkelte kommunar litt grundigare.» - Fylkesmannembete A

I arbeidet med å følgje opp folkehelsearbeidet i kommunane bruker begge embeta data frå KOSTRA og folkehelseprofilane systematisk. Det er likevel slik at det ikkje alltid er tilstrekkeleg med informasjon i desse statistikkssystema. I enkelte tilfelle gjennomfører ein då systemrevisjon og eigne kartleggingar. Fylkesmannembeta bruker også dei ulike nettverksamlingane til å kartlegga status innanfor ulike område både når det gjeld folkehelse generelt og frisklivssentralar spesielt.

Korleis føregår Fylkesmannen sitt arbeid med forvaltning av tilskotsordninga?

Sjølv om drift av frisklivssentralane i all hovudsak skal finansierast over kommunalt budsjett, er ei av dei viktigaste oppgåvene til fylkesmannen når det gjeld frisklivssentralar forvaltning av tilskotsordninga. Enkeltkommunar og kommunar i interkommunale samarbeid kan søke Fylkesmannen om tilskot i inntil tre år. Det kan også bli gitt tilskot utover dei tre åra, i form av utviklingstønad i samband med bestemte tilbod og kurs ved frisklivssentralane. I tillegg kan noko av tilskotet bli gitt til overordna utviklingsprosjekt, som til dømes fagdagar og temabaserte nettverksamlingar. I 2015 blei alle midlane delte ut ved dei to intervjuja fylkesmannembeta. I det eine fylke blei det til saman søkt om midlar for det dobbelte av tilgjengeleg beløp.

Begge dei to intervjuobjekta opplyser om at mykje av arbeidet knytt til frisklivssentralar ved embeta går med til å forvalte tilskotsordninga. Dei to intervjuja fylkesmannembeta hadde om lag éin million kroner i tilskotsmidlar å vilje i 2015. Tilskotsmidlane er nokså jamt fordelt mellom dei 19 fylka, og blir i all hovudsak fordelt mellom kommunane som har etablert eller skal etablere tilbodet. Tilskotsmidlane blir lyst ut på nettsidene til Fylkesmannen. I tillegg blir det sendt ut e-post frå Fylkesmannen med informasjon til alle kommunar. Her ber ein om at informasjonen blir vidare sendt til rådmann, kommuneoverlege og folkehelsekoordinator i kommunen. Fylkeskommunen blir informert om tilskotsmidlane i eigne møte med Fylkesmannen. Det blir også laga nettartikkel om at kommunane kan søke midlar. Begge dei to intervjuobjekta ved fylkesmannembeta har det konkrete ansvaret for tilskotsordninga:

«Ansvaret i fylkesmannsembete ligg hos meg som saksbehandlar. Regelverket som gjeld tilskotsordninga er nokså strengt og klart definert. Etter tre år blir kroken sett på døra.»

– Fylkesmannembete B

Regelverket for tilskotsordninga er nokså klart definert. For kommunane som får tilskot er det nokså strenge reglar og krav til dokumentasjon og rapportering av kva midlane er brukt til. Kommunane må også rapportere til fylkesmannembeta kor mange som arbeider ved frisklivssentralane og kva tilbod som blir gitt, og om krava til måloppnåing er oppfylt. På denne måten får fylkesmannembeta god oversikt over innhaldet ved frisklivssentralane i kommunar som mottar tilskot. Kravet til rapportering og dokumentasjon fell bort når perioden med tilskot blir avslutta. Dersom kommunane ikkje kan dokumentere kva tilskota er blitt brukt til må dei levere pengane tilbake.

«Det står ganske tydeleg i tilskotsbreva at viss dei ikkje kan bruke pengane som forventta, og at ikkje måla som er sett blir innfridd, så må dei levere pengane tilbake. Me har døme på kommunar som har levert pengar attende.» -

Fylkesmannembete A

Begge dei to intervjuobjekta fortel at det er ei målsetjing å gi tilskota til kommunane, så tidleg som mogleg i løpet av kalenderåret. Bakgrunnen for dette er at kommunane skal få moglegheita til å bruke tilskotet dei har fått innan utgangen av året:

«Når det gjeld tildeling var alle pengane ute i slutten av mai, slik at kommunane skal ha moglegheit til å bruke pengane. Det er ikkje moglegheit til å ha pengane ute tidlegare.» - Fylkesmannembete B

Dei to intervjuar fylkesmannembeta gir begge om lag éin million kroner i tilskot årleg. Samanlikna med dei totale utgiftene knytt til helse- og omsorgstenester i kommunane, er det nokså små summar som blir gitt i tilskot til frisklivssentralar. Viss ein ser på tida som går med til å forvalte ordninga for fylkesmannembeta, og krava som blir stilt til kommunane når det gjeld rapportering og dokumentasjon, meiner begge embeta at det er eit viss misforhold:

«Det er mykje arbeid og tid som går med til søknader frå frisklivssentralar og arbeid med å dele ut, følgje opp, og rapportere. I forhold til summen er det mykje arbeid.» - Fylkesmannembete A

Begge fylkesmannembeta peikar på at det er mykje administrasjon knytt til små summar. Dersom ein legg i saman tida brukt på å forvalte tilskotsordninga hos Helsedirektoratet, Fylkesmannen og kommunane kan ein spørje seg om det er hensiktsmessig bruk av tid og ressursar. Med alle dei ulike tinga tilskotsordninga skal omfatta, så meiner begge fylkesmennene at tilskotsmidlane blir smula opp til ganske små summar. Ingen av kommunane som får tilskot er til dømes i stand til å drifte frisklivssentralane på desse midlane åleine. Kommunane er sjølv nøydd for å bidra med midlar over kommunalt budsjett. Dette er rett nok ikkje meininga heller:

«Det blir forventa at dette er eit spleiselag. Det inneber at når ein får tildelt ein sum forventar ein tilsvarande sum i eige del, og for å kunne få lagt inn dette må det til politisk behandling.» - Fylkesmannembete A

Begge dei to intervjuar embeta er klare på at tilskotsordninga berre skal hjelpe kommunar på veg med etablering av tilbodet. Målsetjinga er at kommunane skal drifte sentralane sjølv over kommunalt budsjett etter at dei tre åra med tilskot er omme. Begge embeta understrekar at det er viktig at kommunar ikkje gjer seg avhengig av ulike tilskot når treårsperioden er over, og ein skal gå over i vanleg drift av tenesta. Begge fylkesmannembeta fortel at dei har hatt auka fokus overfor kommunane når det gjeld nettopp dette. For å unngå at ein kommune skal leggje ned tilbodet etter at dei tre åra med tilskotsmidlar forsvinn, er det naudsynt med politisk og administrativ forankring i kommunen.

«Det er ein del av formuleringa i tilskotsbrev og dei krava me stiller til forankring av tiltaket at kommunane ikkje tenkjer at det er prosjektarbeid, men at det er etableringstilskot for å kome i gang. I tillegg er det krav til evalueringar og vurderingar til vidare drift for å få det inn som eit varig tilbod innanfor helse – og førebyggjande tenester i kommunen.» - Fylkesmannembete A

Begge fylkesmannembeta viser til døme på kommunar som har valt å leggje ned tilbodet etter at dei tre åra med tilskot tok slutt. Dårleg politisk forankring blir gitt som hovudgrunn til at tilbodet ikkje fekk halde fram. Vidare kjem begge med døme på det motsette der kommunar har halde fram med frisklivstilbodet etter at dei tre åra med tilskot tok slutt. I desse tilfella var tilbodet, i følgje embeta, meir kjent og betre politisk forankra i kommunen. I det eine utvalde fylke har det vore særlege utfordringar med å oppretthalde frisklivstilbodet etter at tilskotsordninga har teke slutt, og kommunane sjølv skal finne midlar til å drifte tilbodet. Sjølv om utfordringane er særleg store i eitt av dei utvalde fylka, opplyser begge fylkesmannembeta om utfordringar med kommunar som ikkje lenger har krav på etableringstilskot. Utfordringane med å vidareføre frisklivssentralar etter at etableringstilskotet tek slutt ser særleg ut til å gjelde i små kommunar der det er

relativt lite personellressursar og deltakarar. Større kommunar med meir personell og deltakarar ser ut til å vere mindre sårbare.

Den overordna økonomiske situasjonen i ein kommune spelar også ei viktig rolle med omsyn til om ein kommune vel å vidareføre tilbodet eller ikkje. Dette vil også påverke om ein kommune vel å etablere frisklivssentralar i det heile teke. Sjølv om mange av tenestene ved frisklivssentralane er lovpålagte, er ikkje etablering av ein frisklivssentral lovpålagt for kommunane. Det at frisklivssentral ikkje er ei lovpålagt helseteneste gjer, i følgje fylkesmannembeta, at kommunar ofte vel å nedprioritere det til fordel for andre lovpålagte tenester:

«Ved kvar budsjettforhandling ved hausten, i og med at det ikkje er ein lovpålagt teneste, så blir det truga med nedlegging. Dette er tilfelle for ein kommune nå. Sjølv om kommunen har ein velfungerande frisklivssentral, så er det dette som ofte blir ståande for hogg, før det blir redda i siste augneblink. Det er demotiverande for dei som arbeider ved sentralen at det alltid er denne tenesta som står for hogg.» - Fylkesmannembete B

«Når det brenn litt med økonomi så er det ikkje akkurat FLS som står stødigast. Dei som har forankra sentralane sine politisk og administrativt inn i planverket sitt står stødigare, og er gjerne i dei større kommunane som gjerne er godt bemanna og har vist resultat over tid, har tal å vise til og har drive effektmålingar og utarbeidd rapportar knytt til tilbodet.» - Fylkesmannembete A

Det eine fylkesmannembete trekk fram at den dårlege økonomiske situasjonen for mange av kommunane i fylket, truleg er ei av årsakene både til at så pass få kommunar har etablert tilbodet. Det blir også trekt fram som ei forklaring på at fleire legg ned tilbodet straks perioden med etableringstilskot tek slutt. I og med at det ikkje får noko direkte juridiske konsekvensar for kommunane det gjeld er det lettare å kutte midlar til dette tilbodet i konkurranse med andre lovpålagte tilbod. Dersom tenesta hadde vore lovpålagt ville det ikkje vore mogleg å leggje ned tilbodet. Det eine fylkesmannembete meiner likevel at å gjere sentralane lovpålagte ikkje er vegen å gå.

«Burde det blitt ein lovpålagt teneste? Det trur me kan hende er litt prematurt endå. Delar av tilbodet kunne sikkert forsvare det, men ikkje andre. Me kan difor ikkje seie at me er der heilt endå, men kommunane må ha eit form for tilbod om levevaneendring i forhold til dei nasjonale strategiane som gjeld.»
Fylkesmannembete A

På spørsmål om tilskotsordninga på tre år er tilstrekkeleg for å få etablert eit godt frisklivstilbod er dei litt todelte i synet. På den eine sida meiner begge fylkesmannembeta at tre år kan verke å vere for kort tid når ein politisk periode er fire år. I tillegg krev folkehelsearbeid og arbeid endring av livsstilendring eit lengre tidsperspektiv. På den andre sida er dei tydelege på at tilskot berre skal hjelpe kommunane på veg, og at det er viktig at kommunar ikkje gjer seg avhengige av ulike tilskotsordningar. Dei er elles usikre på om ei forlenging av perioden med etableringstilskot vil gjere det betre:

«Inntrykket er at tre år ikkje ser ut til å vere tilstrekkeleg. Samstundes burde det vere nok. Me tvilar på at ei forlenging til fire-fem år ville gjort det betre.»
Fylkesmannembete B

Med tanke på dei relativt små summene som blir gitt i tilskot årleg, kan det vere grunn til å reise spørsmål om tilskota eigentleg har noko effekt i det heile. Dette spørsmålet har vore drøfta ved begge dei to intervjuembeta. I utgangspunktet er oppfatninga at tilskota er viktige i ein etableringsfase. Samstundes er dei usikre på

om dei utgjer ein økonomisk forskjell når ein ser på kor mykje tid og ressursar som går med til å fylle ut og handsame søknadene både hos fylkesmannembeta og ute i kommunane, særleg i kommunar med få ressursar. I det eine fylkesmannembete ser ein at det er dei same kommunane som er flinke å søke år etter år. Dette er ofte kommunar som har ressursar sett av til søknadsarbeid. Dette har fått det eine embete til å spørje seg om tilskotsordninga bidreg til å oppretthalde skilnader mellom kommunane:

«Fylkesmannembetet har stilt seg spørsmålet om ein er med på å lage større forskjellar i tilboda mellom kommunane ved å ha desse tilskotsordningane når me byrjar å sjå kven som dreg av med midlane. Samstundes seier kommunane som søker at hadde det ikkje vore for desse pengane, så hadde me verken gjort sånn eller sånn.» - Fylkesmannembete A

Oppfatninga av funksjonen til tilskotsordninga er todelt hos dei intervjuja fylkesmannembeta. På den eine sida meiner begge at summane i tilskotsordninga er relativt små samanlikna med kor mykje tid og ressursar som går med til å forvalte ordninga. Dette gjeld både tid og ressursar som går med hos fylkesmannen og ute i kommunane. På den andre sida er tilbagemeldingane frå kommunane til fylkesmannembeta at tilskotsordninga har vore ein føresetnad for at dei har etablert tilbodet i det heile teke.

Sjølv om tilskotssummane er små ser det ut til å ha den effekten at fleire kommunar vel å etablere tilbodet samanlikna med om det ikkje hadde vore eit tilskotsordning i det heile teke. Når tilskotet fell bort etter tre år ser det òg ut til at dette er ein av hovudårsakene til at ein vel å leggje ned tilbodet. Sjølv om tilskotssummane er små finn ein likevel ikkje midlar over eigne budsjett i kommunen til å drifte tilbodet vidare åleine. At ein kommune legg ned tilbodet etter tilskotsperioden kan også tyde på at det vanskeleg å dokumentere og synleggjere effektane av tilboda ved sentralane overfor den politiske og administrativ leiinga i kommunen.

Fungerer frisklivssentralane etter hensikta i kommunar med tilbodet?

Ved begge dei to fylkesmannembeta er det ei oppfatning av at frisklivssentralar i kommunane med tilbodet alt i alt fungerer etter hensikta. Dette gjeld både innhaldet i tilbodet som blir gitt ved frisklivssentralane og sjølve drifta av tenesta. Sjølv om innhaldet i frisklivsstilbodet kan variere stort mellom kommunar i same fylke, og det kan vere utfordringar i enkeltkommunar, er det likevel ei oppfatning av at frisklivssentral er eit lågterskeltilbod, som når ut til personar som kanskje ikkje naudsynt har eit tilbod elles i helsetenesta eller t.d. ved private treningscenter. Det er elles ei oppfatning av at frisklivssentralane i stor grad oppfyller målsetjinga om å vere ein stad som utjamnar sosiale forskjellar i helse. Dei som treng tilboda mest, ser også ut til å vere dei som mottar dei. Inntrykket er elles at kommunar som har etablert tilbodet driv sentralane kunnskapsbasert og i tråd med rettleiaren til Helsedirektoratet.

«Inntrykket er at frisklivssentralar fungerer godt i dei kommunane som har etablert tilbodet. Elles er inntrykket at både deltakarar og personell er nøgde med tilbodet.» - Fylkesmannembete B

Eitt av fylkesmannembeta trekk likevel fram at det er skilnader mellom kommunane og kapasiteten dei har. Mange kommunar driv store sentralar med mange tilbod for alle aldersgrupper og ei rekke ulike tilstandar. Medan andre kommunar driv frisklivssentralar med knappe ressursar som har eit meir avgrensa tilbod, ofte berre basistilbodet. Desse kommunane treng som oftast meir oppfølging av fylkesmannembeta. Desse ser også i større grad ut til å vere avhengig av etableringstilskota som blir gjevne. Det er også slik at desse kommunane i større grad er meir sårbare for at nøkkelpersonell sluttar enn i større kommunar der

frisklivssentralane er større og har personell tilgjengeleg. I nokre kommunar er tilgangen til ressursar og personell ofte eit større problem enn sjølve tilbodet ved frisklivssentralen.

Ei utfordring som fylkesmannembeta ser ved enkelte frisklivssentralar er at dei ikkje klarer i tilstrekkeleg grad å bli kvitt personar når perioden med frisklivsresept på på tolv veker er over. Desse burde ha blitt slusa ut i meir ordinære tiltak eller tenester dersom sentralane skal ha moglegheit til å ta inn nye deltakarar. Grunnane desse personane gir for at dei ønskjer bli ved frisklivssentralane er dårleg råd, eller at dei føler seg meir komfortable og liknar meir på dei andre ved frisklivssentralane. Det har vore frisklivssentralar som har gjennomført utslusingsprosjekt der ein har sett på korleis dette kan gjerast på ein tilfredsstillande måte. Dersom ein ikkje klarer dette, blir det ikkje kapasitet til å ta inn nye deltakarar. Godt samarbeid med andre aktørar som t.d. idrettslag og treningssenter er viktig for at utslusing skal skje på ein god måte.

Når det gjeld rekruttering av brukarar peikar det det eine embete på at det er forskjellar mellom kommunar. Samstundes ser ein at dette etterkvart byrjar å gli greitt i dei fleste kommunane som har etablert tilbodet. Fleire fastlegar har blitt flinkare til å vise pasientar til frisklivssentralar. Dette er noko som har kome meir og meir dei siste åra, og bør sjåast som eit resultat av langvarig arbeid med etablering og drift av frisklivssentralar dei siste femten åra. Fylkesmannembeta opplever elles ei større interesse for tilboda ved frisklivssentralane frå andre aktørar både i og utanfor kommunen. Dei ønskjer særleg å finne ut om tilboda som blir gitt ved sentralane kan bli tilbydd til personar dei sjølv har med å gjere.

Kva kriterium må vere oppfylt forat ein frisklivssentral skal lukkast?

Når det gjeld kva som skal til for å lukkast er det fleire kriterium som blir nemnd. Begge embeta vektlegg viktigheita av forankring av frisklivssentralar i politisk og administrativ leiing i kommunane. Samstundes er det viktig å forankra frisklivstilbodet i andre lovpålagte helse- og omsorgstenester. Mellom anna blir viktigheita av å ha etablert eit samarbeid med fastlegetenesta i kommunen trekt fram:

«Når det gjeld viktige faktorar for å lukkast med å etablere og drifte frisklivssentral er stikkorda forankring, forankring og forankring. Forankring både til politisk og administrativ leiing, men også forankring til andre lovpålagte helse- og sosialtenester i kommunane.» - Fylkesmannembete B

Politisk og administrativ forankring er noko dei to fylkesmannembeta har hatt auka fokus på dei seinare åra i arbeidet med frisklivssentralar. Dette er ein viktig føresetnad dersom tilbodet skal vere langvarig og ikkje prosjektbasert. Erfaringa viser at overgangen frå å ta imot tilskot til å drifte eit frisklivstilbod på eige hand blir vanskeleg dersom frisklivssentralane ikkje er forankra i den politiske og administrative leiinga i kommunen. Dette blir også understreka i tilskotsbrev som blir sendt ut til kommunane. Kravet til dokumentasjon for alle kommunane som har etablert tilbodet, bidreg truleg også til at kommunar i større grad blir tvinga til å forankra det politisk og administrativt i kommunen. Fylkesmannembeta stressar elles viktigheita av at kommunane når dei får tilskot ser på frisklivssentralar som ein ordinær del av tenestene kommunen skal tilby.

Korleis forankringa går føre seg kan vere forskjellig frå kommune til kommune, men å få frisklivssentralane inn i kommunale planar er ein viktig måte å sikre dette på. Fylkesmannembeta understrekar at forankringa er noko frisklivssentralane må gjere sjølve. Fylkesmannen kan gi råd til kommunar som ønskjer å etablere tilbodet og setje dei i kontakt med kommunar som allereie har etablert tilbodet, og som fylkesmannembeta meiner er gode rollemodellar.

«Det me prøver å gjere er å lage lokomotiv. Det vil seie sterke frisklivssentralar som kan dra dei andre med seg. Det har me delvis klart i enkelt kommunar. Me har t.d. ein sentral som har eit veldig godt samarbeid med fastlegane, det strauamar til med tilvisingar, og dei har t.o.m. lang venteliste for å kome.» - Fylkesmannembete B

Det er elles viktig å synleggjere overfor politikarar og administrativ leiing at frisklivssentralar har ein dokumentert helseeffekt på personane som nyttar tilbodet. Det eine embetet svarer at fleire og fleire kommunar med tilbodet har blitt meir opptekne av effektmåling ved frisklivssentralane. Ei av årsakene til at fleire frisklivssentralar har dette høgt oppe på agendaen er, i følge fylkesmannembete, for å dokumentere at dei leverer helsetenester av god kvalitet. Samstundes er det truleg òg fordi dei føler seg små samanlikna med resten av helse- og omsorgstenestene i kommunen. I kampen om ressursar med andre tenester i kommunen kan dei føle seg truga.

«Det er fleire som er i ferd med å ta doktorgradar og forskar på effektmåling ved Frisklivssentralar. Det er ikkje i mange andre av dei etablerte tenestene ein har dette. Så det er stor vilje til å overleve i denne gruppa, og vise at dei leverer tenester av høg kvalitet. Dei har det høgt oppe på agenda nettopp fordi dei føler seg liten og truga. Tanken er at dersom dei er små og puslete må du vise det dobbelte av det andre gjer for å gjere det bra.» - Fylkesmannembete A

I tillegg til å forankre frisklivstilbodet i politisk og administrativ leiing i kommunen, blir viktigheita av å forankre det i andre helse- og omsorgstenester nemnd av fylkesmannembeta. Etablering av samarbeid med fastlegetenesta er i så måte viktig. Å synleggjere at frisklivssentralar kan vere ei teneste som fastlegar kan tilvise sine pasientar til er med andre ord ein viktig faktor for at ein sentral skal fungere etter hensikta. Inntrykket til fylkesmannembeta er at samarbeidet med og forankringa av tilbodet hos fastlegar har blitt betre dei siste åra. Det er samstundes døme på kommunar der fastlegar ikkje kjenner like godt til tilbodet som personell ved frisklivssentralane skulle ønske. Utviklinga er likevel positiv.

«Fleire og fleire legar blir flinkare til å visa pasientar til FLS. Dette har kome meir og meir dei siste åra. På fastlegemøta i kvar kommune har FLS fått høve til å snakka om tilbodet.» - Fylkesmannembete A

Det blir elles understreka viktigheita av å forankre og gjere tilbodet kjent for andre aktørar i kommunen, spesialisthelsetenesta og blant frivilljuge lag og organisasjonar. Som tidlegare nemnd opplever fylkesmannembeta større kjennskap til frisklivstilbodet blant andre aktørar det er naturleg for frisklivssentralar å samarbeide med.

Eit anna kriterium som er viktig for at ein frisklivssentral skal lukkast er i følge begge fylkesmannembeta å ha ein fast fysisk bygning som husar tilbodet. Dette vil truleg gjere det enklare for deltakarane, og bidreg til at det er ei dør inn til tilbodet. Fleire kommunar med frisklivssentral har ikkje ein eigen fysisk bygning som husar alle tilbodet. I staden er tilbodet spreidd rundt i kommunen litt avhengig av kva tilbod det gjeld og kva lokale som er tilgjengelege i kommunen. Dette kan gjere tilbodet mindre tilgjengeleg for enkelte. Samstundes nemner det eine fylkesmannembete at i kommunar med store avstandar ikkje nødvendigvis berre er positivt å vere knytt til ein fysisk bygning.

«Enkelte kommunar seier til oss at dei har basistilboda og arbeider etter rettleiaren, men har ikkje nødvendigvis ein fysisk bygning med dør inn. Ville dei ha ønska seg ei dør inn? Det mange svarer er at dersom det er befolkningsgrunnlag til å plassere ein sentral ein plass, så er det bra. I mange kommunar er ikkje dette like

lett fordi det kan bli lange avstandar for enkelte. Slik må det også vere, særleg i små kommunar.» - Fylkesmannembete A

Dersom heile frisklivstilbodet i ein kommune med spreidd busetnad blir lagt til éin bestemt fysisk bygning sentralt i kommunen kan det vere med på å ekskludere innbyggjarar, som bur i utkanten. Viss reiseavstandane blir for lange vil det ikkje lenger vere snakk om eit lågterskeltilbod for dei som skal bruke det. Det eine fylkesmannembete viser til eit døme der to kommunar med spreidd busetnad samarbeider om ein frisklivssentral. I dette tilfelle er fleire deltakarar nøydd for å reise med buss til enkelte tilbod. I desse tilfella kan det vere problematisk å hevde at tilbodet gjeld alle i dei kommunane. I slike tilfelle er embeta særleg bevisste på følge opp og sjå til at deltakarane er nøgde med tilbodet.

«Det å skulle ta bussen frå og til gjer at ein må spørje seg kor reelt tilbodet er. Då bør me problematisere litt, og krevje frå dei kommunane det gjeld at dei kan dokumentere at det går, og også spørje befolkninga om dei er nøgde med tilbodet. Det er med andre ord viktig at det ikkje berre står så fint på heimesidene at dei tilbyr ulike kurs og tilbod.» - Fylkesmannembete A

Å huse alle tilboda i ein fysisk bygning er i utgangspunktet ein positiv ting i følge fylkesmannembeta. Det er særleg gunstig i større kommunar med stort befolkningsgrunnlag og tettbygd busetnad. Det er samstundes noko kommunane må ha i tankane når dei skal etablere frisklivssentral, anten åleine eller i samarbeid med andre kommunar.

Etablering av fungerande nettverk beståande av nøkkelpersonell for frisklivssentralar på tvers av ulike nivå i kommune, Fylkeskommunen og Fylkesmannen er også ein viktig føresetnad for at ein frisklivssentral skal lukkast. I tillegg er det viktig at det finst nettverk som går på tvers av fylkesgrenser slik at ein kan dra nytte av erfaringar frå heile landet. Det er relativt små ressursar som går med til frisklivssentralar ute i kommunane samanlikna med resten av helse- og omsorgstenesta. Det inneber at personellet i kommunane må støtta seg på kvarandre og drive smart. Det inneber også at ein må etablere møteplassar der ulike nettverk for frisklivssentralar kan møte andre relevante nettverk og utveksla erfaringar og eventuelt søke samarbeid der det er hensiktsmessig. Til dømes finst det nettverk for læring- og mestring som kommunane har etablert i samarbeid med Spesialisthelsetenesta.

«Det finst eige nettverk for Læring og mestring i kommunane i samarbeid med Spesialisthelsetenesta. Fylkesmannembete oppdaga at det var mange av dei same menneska og dei same kommunane som deltok i begge desse nettverka. I tillegg var det mange av dei same temaa som blei tatt opp. Me tok difor initiativ til å føreslå at dei to nettverka kunne bli slått saman. Me har hatt fleire møtet kor ein har drøfta samanslåing. Mellom anna for å gjera dei sterkare. Førebels konklusjon er likevel at tida ikkje er inne for ei samanslåing enno.» - Fylkesmannembete B

Felles fagdagar kan også vere eit god døme på ein møtestad der personar frå frisklivssentralar kan møte andre fagfolk for å utveksle erfaringar. Fagdagan har ofte gått breitt ut og hatt nokre overordna tema som også vil passa for andre enn personell ved frisklivssentralane. Eitt av dei intervju embeta har også arrangert regionale kurs i samarbeid med andre fylkesmannembete. I arbeidet med fagdagar og regionale kurs er fylkesmannembeta bevisste på at å informere fleire enn berre personar knytt til frisklivssentralar i kommunane. I så måte er det viktig å tenkje heilskap noko som vil kome innbyggjarane til gode.

Det blir elles understreka av fylkesmannembeta at Helsedirektoratet sine kurs og tilgjengeleg kursmateriell er viktig for å auka kompetansen til personellet ved

frisklivssentralane i kommunane. Å nytte seg av desse tilboda er i så måte ein anna viktig føresetnad for at ein frisklivssentral skal fungere etter hensikta og fungere på ein vellukka måte.

Eit anna kriterium som blir trekt fram for at ein frisklivssentral skal lukkast er eldsjeler. Frisklivssentralar er i utgangspunktet eit tilbod som blei utvikla ved hjelp av ei bottom-up tilnærming. Eldsjeler ute i tenesta såg eit behov som ikkje var til stades i kommunane, og var heilt avgjerande då dei første sentralane blei etablerte. Fylkesmannembeta meiner dette er bra og ein av styrkene til tenesta. Samstundes ser dei at det er få årsverk knytt til kvar enkelt frisklivssentral og opplever at det i enkelte kommunar ofte er personavhengig og sårbart.

«Det er veldig sårbart og personavhengig i enkelte kommunar. Ein skulle eigentleg vere forbi stadiet der det er avhengig av eldsjeler, men ein ser at dette er tilfelle i fleire kommunar. Dette gjeld eigentleg i små og store kommunar» - Fylkesmannembete B

«Driv ein etter rettleiaren meiner me at det kan vere ein god teneste. Men det er avhengig av at det er tilstrekkeleg med personell med den kunnskapen ein treng, og ikkje berre ein person som kan bli sjuk.» - Fylkesmannembete A

Kartlegginga gjennomført for 2013-årgangen underbygger det fylkesmannembeta fortel. Resultata frå kartlegginga viser at det er i snitt vel eitt årsverk per frisklivssentral i kommunar som har etablert tilbodet. Samstundes er det om lag 16 000 som har deltatt på eitt eller fleire av kursa ved sentralane. Dette viser på den eine sida at ein kan gi eit tilbod til svært mange personar per årsverk. Slik er det ein teneste som billig å drifte samanlikne med andre helsetenester. På den andre sida viser tala på årsverk sårbarheita ved tilbodet. Dersom ein person sluttar kan det fort vere kroken på døra for tilbodet i ein kommune.

10.2.1 Oppsummering – funn frå intervju med fylkesmannembeta

Intervju med dei to utvalde fylkesmannembeta viser at det ikkje er store forskjellar mellom dei to når det gjeld korleis det arbeidast med å følge opp frisklivssentralar i kommunane. Begge embeta har plassert oppgåvene knytt til frisklivssentralar der folkehelse- og anna førebyggjande helsearbeid allereie låg. Begge dei to intervjuobjekta arbeider konkret med oppfølging av frisklivssentralane, og jobben består mellom anna av å forvalte tilskotsordninga, arrangere nettverkssamlingar og fagdagar. Begge intervjuobjekta har brei helsefagleg erfaring og jobbar også med andre helserelaterte oppgåver hos Fylkesmannen. Begge meiner dei gjer dei oppgåvene embeta er sett til med omsyn til oppfølging av frisklivssentralar særleg med tanke på ressursane dei har tilgjengeleg. Når det gjeld estimert tid som går med frisklivssentralar er dette litt vanskeleg å anslå, men begge fortel at arbeidet varierer i intensitet, avhengig av kva tid på året det er snakk om. I perioden der tilskotsordninga skal bli følgt opp og rundt nettverkssamlingar er det særleg hektisk. Det er ingenting i intervju som tyder på at det er store forskjellar verken i organisering av oppgåvene eller tid som med til frisklivssentralar hos dei to fylkesmannembeta.

Intervju vitnar elles om eit godt samarbeid med Fylkeskommunen om oppfølginga av frisklivssentralane i kommunane. Dette var gjeldande både før og etter at den nye folkehelselova kom i 2012, og Fylkesmannen tok over fleire av oppgåvene knytt til frisklivssentralar som tidlegare hadde lege hos Fylkeskommunen. Oppgåvefordelinga mellom dei to embeta verkar å vere tydeleg. Begge embeta fortel at dei har dratt god nytte av kompetansen som finst i fylkeskommunen på området utan at det har skapt nemneverdig usikkerheit om rollefordelinga. Eitt av fylkesmannembeta fortel samstundes at dei valde å avslutta partnerskapen med Fylkeskommunen då dei sjølv fekk oppgåvene knytt til frisklivssentralar. Dette blei

gjort for å unngå ei blanding av rollene til dei to etatane. Sjølv om partnerskapen blei avslutta har dei fortel dei om eit framleis godt samarbeid med Fylkeskommunen.

Intervjua viser tydeleg at den største delen av arbeidet knytt til frisklivssentralar, ved begge embeta, går med til å forvalte tilskotsordninga. Med tanke på kor små summar som blir gitt til kommunane meiner begge at det kan hende er vel mykje krav til dokumentasjon og rapportering både for fylkesmannembeta og for kommunane. Det kan tenkjast at noko av tida og ressursane som går med på tilskotsordninga heller burde ha blitt brukt meir direkte inn i tilboda som blir gitt ved sentralane. Det er ofte det same personellet ute i kommunane som dokumenterer kva tilskota er brukt til som arbeider ute i tenesta. Trass i at det er små summar som blir vilja til kvar kommune årleg opplever begge embeta at det er utfordringar med å få kommunar til å vidareføre tilboda då dei tre åra med etableringstilskota tek slutt. Dårlig forankring i politisk og administrativ leiing i kommunane blir trekt fram som ei av årsakene. I tillegg blir dårleg kommuneøkonomi gitt som årsak. Vidare gjer truleg det faktum at frisklivssentralane ikkje er ei lovpålagt helseteneste det lettare å nedprioritere denne tenesta framføre andre lovpålagte tenester når etableringstilskotet tek slutt.

Ingen av embeta meiner at ei forlenging av perioden på tre år med etableringstilskot bør forlengast. Ei av løysingane på å gjere overgangen frå etablering til vanleg drift av sentralane er truleg å stresse kommunane på å forankre tilbodet i den politisk og administrative leiinga. For å kunne gjere dette er det, i følgje embeta, viktig å synleggjere og dokumentere at frisklivssentralar er ei viktig helseteneste som har dokumentert effekt for mange av innbyggjarane i kommunen. Dette set krav til frisklivssentralane om å jobbe kunnskapsbasert og måle effekten av tilboda som blir gitt til deltakarane. I og med at frisklivstilbodet i stor grad er ei førebyggjande helseteneste kan det ofte vere utfordrande å dokumentere effekt på same måte som andre helsetenester overfor politikarar og administrativ leiing. Fylkesmannembeta fortel at denne utfordringa er særleg stor i små kommunar med knappe ressursar og avgrensa med personell. Samstundes peikar dei på at dokumentasjon og kontinuerleg evaluering av tilboda som blir gitt ofte er betre innanfor frisklivssentralane samanlikna med andre helsetenester ute i kommunane. Intervjua tyder på at det er lite forskjellar mellom dei to embeta når det gjeld korleis dei arbeider med forvaltninga av tilskotsordninga.

Begge dei to embeta meiner at frisklivssentralane stort sett fungerer etter hensikta i kommunar som etablert tilbodet. Tilbodet ser ut til å treffe dei innbyggjarane det er meint for. Det meiner også at det bidreg til å utjamna sosiale helseforskjellar då det ofte er personar med låg sosioøkonomisk status som nyttar tilbodet. Samstundes understreker dei at det er store skilnader mellom kommunar i same fylke når det gjeld kva tilbod som inngår ved sentralane. Medan nokre kommunar kan tilby eit stor utval av tilbod til grupper med ulike behov i heile befolkninga, har nokon ein nokså avgrensa basistilbod. Det generelle inntrykket er at tilbodet er best i dei større kommunar med stort befolkningsgrunnlag. I små kommunar er ofte tilbodet meir avgrensa, og det er ofte større utfordringar med å få desse kommunane til å halde fram med drifta av tilbodet når perioden med etableringstilskotet tek slutt. Samstundes ser det også ut til at tilbodet er best i kommunar som har hatt frisklivssentralar over ein lengre periode samanlikna med kommunar kor tilbodet er relativt nytt. Sjølv om det er stor forskjell i delen kommunar som har etablert tilbodet i dei to fylka som blei intervjuet meiner begge at tilbodet fungerer etter hensikta i kommunane som har etablert tilbodet. Dei peiker også på mange av dei same utfordringane knytt til oppfølging av kommunane som har etablert tilbodet.

Når det gjeld kriterium for at ein frisklivssentral skal lukkast trekk begge embeta fram forankring i politisk og administrativ leiing som ein av dei viktigaste

faktorane. I kommunane med frisklivssentralar som fungerer er tilbodet som oftast godt kjent og solid forankra blant politikarar og administrativ leiing. Her ser ein på frisklivssentralane som ein naturleg del av dei kommunale helse- og omsorgstenestene i kommunen. I tillegg til å forankra frisklivssentralane i politisk og administrativ leiing er det viktig å med forankring hos andre helsetenester og friviljuge aktørar i sivilsamfunnet. God forankring blant fastlegane blir særleg trekt fram som ein viktig faktor. Det å ha ein fysisk bygning som husar alle tilboda ved frisklivssentralen blir også trekt fram som eit viktig kriterium. Ei dør inn til tenesta gjer det ofte enklare for innbyggjarane. Dersom tilboda ved ein sentral blir gitt stykkevis og delt forskjellige stader i kommunen kan det derimot bidra til å bygge tersklar for dei som skal nytte tilbodet. Det vil samstundes vere kommunar med spreidd busetnad der det ikkje nødvendigvis er hensiktsmessig å plassere alle tilboda ein stad. Dette er ofte noko kommunane sjølve har best føresetnader for å vurdere.

Etablering av fungerande nettverk der nøkkelpersonell frå kommune, fylkes- og landsnivå kan møtast for gjensidig erfaringsutveksling blir også trekt fram som ein føresetnad for å lukkast. Frisklivstilbodet er ei relativt lita tenesta med knappe ressursar samanlikna med andre helsetenester. Det inneber at ein må drive smart og støtte seg på anna fagpersonell i andre kommunar, i Fylkeskommunen, hos Fylkesmannen og i dei sentrale helsemyndighetene. Det blir elles trekt fram viktigheta av å etablere møteplassar der nettverk for frisklivssentralar kan møte andre relevante nettverk, som t.d. lærings- og mestringsnettverka. Fagdagar der personell knytt til frisklivssentralar kan møte andre relevante aktørar å utveksle erfaringar blir trekt fram som eit anna døme på ein slik møteplass. Samarbeid med andre aktørar er samstundes eit ledd i å tenke heilskap. Godt samarbeid med andre aktørar bidreg truleg til meir heilskaplege tilbod for innbyggjarane i kommunen.

Eldsjeler blir også trekt fram som eit viktig kriterium for at ein frisklivssentral skal fungere etter hensikta. Det blir samstundes understreka at eldsjeler kan vere eit tveigga sverd. På den eine sida var det eldsjeler ute i tenesta som gjorde at frisklivstilbodet i utgangspunktet blei etablert. Dette er framleis tilfelle i kommunar som etablerer tilbodet i dag. På den andre sida ser ein at i mange kommunar at frisklivssentralane i for stor grad er avhengige av eldsjelene og er sårbare dersom nøkkelpersonell forsvinn. Dette er særleg ei utfordring i små kommunar der det ofte berre er ein person jobbar ved frisklivssentralen. I større kommunar med eit meir utvida frisklivstilbod er ikkje denne utfordringa like stor. Intervjua viser at det er ei nokså felles oppfatning ved dei to embeta når det gjeld kva kriterium som må oppfyllest for at ein frisklivssentral skal lukkast.

11. Avrunding

Det overordna føremålet med rapporten har vore å bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget om det førebyggjande helsearbeidet i kommunane generelt og for frisklivssentralar spesielt. Ei kartlegging av frisklivssentralar gjennomført av SSB for rapporteringsåret 2013 har gjort det mogleg å sjå nærmare på denne førebyggjande tenesta i kommunane. Samstundes har fire gjennomførte casestudiar med to utvalde kommunar og to utvalde fylkesmannembete hausten 2015 bidrege til å supplere resultatane frå kartlegginga.

Rapporten har freista å kaste lys over og svare på følgjande tre hovudproblemstillingar:

- Kva kjenneteiknar kommunar/bydelar med og utan frisklivssentralar?
- Kva frisklivstilbod blir gitt i ulike typar kommunar?
- Kva for eit samarbeid er det mellom frisklivssentralane og andre kommunale helse- og omsorgstenester, spesialisthelsetenesta, private tenesteleverandørar, friviljuge lag og organisasjonar med fleire?

Resultata frå kartlegginga er nærmare omtala i kapittel 4-9, medan resultatane frå casestudiane er nærmare omtale i kapittel 10. Det kan vere grunn til å sjå litt nærmare på resultatane frå kartlegginga og casestudiane i saman med kvarandre, trekke ut nokre av dei viktigaste funna og freiste å dra nokre konklusjonar.

Kva kjenneteiknar kommunar og bydelar med og utan frisklivssentralar?

Data frå KOSTRA viser at det har vore ein jamn auke i talet på kommunar som har etablert frisklivssentralar dei seinare åra. I 2014 var det 251 kommunar (inkludert bydelar i Oslo) som svarta at dei hadde etablert tilbodet. Dette er om lag 57 prosent av alle kommunane i Noreg. I perioden 2011-2014 har talet på kommunar som har etablert tilbodet auka frå 115 til 251 kommunar, som svarer til ei dobling på desse tre åra. Resultata viser ein klar tendens til at fleire og fleire kommunar vel å etablere tilbodet. Intervjua med fylkesmannembeta støttar resultatane. Stadig fleire kommunar har fått kjennskap til frisklivstilbodet, og stadig fleire ser nytten av å ha denne type førebyggjande lågterskeltilbod som ein del av helsetenestene i kommunen.

Sjølv om det er stadig fleire kommunar som vel å etablere frisklivssentralar viser resultatane at det er store fylkesvise forskjellar. Buskerud er fylket der delen kommunar som har etablert tilbodet var høgast i 2014, medan Finnmark var fylket med lågast del. Det er tydeleg at frisklivssentralar har fått betre fotfeste i enkelte fylke samanlikna med andre. Det er rimeleg å anta at fylke som var tidleg ute med å etablere frisklivssentralar har kome lengre i etableringsarbeidet, og i arbeidet med å rekruttere andre kommunar til å gjere det same samanlikna med fylke der det er først dei seinare åra at kommunar har etablert tilbodet. Vellukka frisklivssentralar som andre kan sjå til blir trekt fram som viktig når fylkesmannembeta skal freiste å rekruttere nye kommunar til å etablere tilbodet. Intervjua med det den eine av kommunane viser elles at det er utfordringar med å synleggjere dei positive effektane frisklivstilbodet kan gi til innbyggjarane. Trass i fylkesvise forskjellar viser likevel utviklinga i perioden 2011-2014 at forskjellane mellom fylka minskar. Ein høgare del kommunar vel å etablere tilbodet i nær alle fylke.

Det er færrest små kommunar som har etablert frisklivssentralar. Målt i innbyggjartal viser resultatane frå kartlegginga i grove trekk at delen kommunar med frisklivstilbod er lågast i dei minste kommunane og aukar jo større kommunane blir. Intervjua med fylkesmannembeta viser at det er særlege utfordringar med å få små kommunar til å etablere tilbodet. Samstundes er det i dei små kommunane som har etablert frisklivssentralar at tilbodet som blir gitt er minst omfattande. Ofte er det berre basistilboda som blir tilbydd innbyggjarane.

I følgje fylkesmannembeta er dei små kommunane meir avhengige av eldsjeler samanlikna med større kommunar. Frisklivssentralar har ofte få tilsette og kan hende særleg i små kommunar. Dette gjer dei sårbare dersom nøkkelpersonell skulle forsvinne. Det kan elles vere grunn til å reise spørsmålet om det er behov for tilbodet i små kommunar det befolkningsgrunnlaget er lågare. Kan hende har dei betre oversikt over potensielle deltakarar og kan gi dei liknande tilbod utanfor ramma av ein frisklivssentral. Samstundes viser grunnlagstala frå KOSTRA i perioden 2011-2014 at det også er ein auke i delen små kommunar som vel å etablere tilbodet. Intervjua med fylkesmannembeta støttar til dels denne hypotesen. I nokre av kommunane utan tilbodet i dei aktuelle fylka, har kommunane valt å prioritere annleis innanfor det førebyggjande arbeidet. I den eine intervju kommunen blir det samstundes trekt fram at det ikkje vil vere andre liknande tilbod som kan overta rolla til frisklivssentralen når den vert lagt ned.

Det er flest frisklivssentralar i sentrale kommunar. Resultata frå kartlegginga viser at det er i dei mest sentrale kommunane at høgast del har etablert tilbodet. Delen kommunar som har etablert tilbodet aukar jo meir sentrale kommune er. Intervjua med fylkesmannembeta støttar til dels desse resultata. Det er større utfordringar med å rekruttere mindre sentrale kommunar til å etablere tilbodet. I tillegg er det ein god del arbeid med å følgje opp dei mindre sentrale kommunane med spreidd busetnad. Særleg er det ei utfordring å sjå til at tilbodet som blir gitt faktisk kan nyttast av alle innbyggjarane i dei aktuelle kommunane. Det kan elles vere grunn til å reise spørsmålet om det er eit like stort behov for å etablere frisklivssentralar i mindre sentrale kommunar med spreidd busetnad.

Frisklivstilbodet skal vere eit lågterskeltilbod for dei som ønskjer å nytte seg av det. I mindre sentrale kommunar med spreidd busetnad kan tilbodet vere langt unna i reisetid. Det gjer at tilbodet ikkje lenger kan kallast eit lågterskeltilbod. I mindre kommunar kan det tenkjast at det er meir hensiktsmessig med andre førebyggjande tilbod nærmare innbyggjarane utanfor ramma av frisklivstilbodet. Dette kan også vere ei av årsakene til at så få kommunar i Finnmark, der reiseavstandar innanfor kommunegrensene ofte er store, har valt å etablere tilbodet. Samstundes viser grunnlagstala at det også er ein auke i delen mindre sentrale kommunar som vel å etablere tilbodet. Intervjua med fylkesmannembeta støttar til dels dette. I enkelte kommunar som har etablert frisklivstilbodet er lange reiseavstandar ei utfordring.

Kartlegginga viser at det om lag 40 prosent av kommunane vel å samarbeide om tilbodet ved frisklivssentralane. Resultata viser at om lag 20 prosent hadde inngått samarbeid i IKS, medan resterande 20 prosent hadde inngått samarbeid utan IKS. Tala viser elles store fylkesvise forskjellar når det gjeld delen kommunar som vel å samarbeide om tilbodet. Intervjua med kommunane viser elles at det ofte er delar av tilbodet ved sentralane det blir samarbeida om. Medan ein kommune tilbyr eitt kurs, så tilbyr den andre kommunen i samarbeidet eitt anna. Resultata viser vidare at delen kommunar som vel å samarbeide om eitt eller fleire av tilboda er høgast i dei små kommunane. Dette kan tyde på at knappe ressursar gjer det naudsynt å samarbeide for i det heile teke å kunne etablere eit tilbod.

Resultata viser elles at det er mest samarbeid blant sentrale kommunar. Det kan tyde på at kommunar i dei minst sentrale kommunane ikkje ser det som særleg hensiktsmessig å samarbeide. Særleg viss samarbeid med andre mindre sentrale kommunar kan føre til lange reiseavstandar for deltakarane. I intervju med eitt av fylkesmannembeta blei det trekt fram eit døme på to kommunar med spreidd busetnad som gjorde utfordrande å tilby alle tilboda til alle innbyggjarane i dei to kommunane. Det ser likevel ut til at kommunane i stor grad vel å inngå samarbeid med nabokommunar der det er hensiktsmessig, og at det i dei fleste tilfella ikkje bidreg til lange reiseavstandar slik at det ikkje lenger kan kallast eit lågterskeltilbod.

Ei samanlikning av kommunar med og utan frisklivssentralar viser at kommunar med frisklivstilbod bruker noko meir på førebyggjande helsetenester per innbyggjar samanlikna med kommunar utan tilbodet. Tendensen er stort sett gjennomgåande i både små og store kommunar og mindre sentrale og meir sentrale kommunar. Dette kan vere eit uttrykk for at fokus på førebygging er større i kommunar som har etablert tilbodet, og at det kjem til syne i utgiftstala. Forskjellane er likevel små og ein skal vere varsam med å hevde at midlar brukt på førebygging er mykje større i kommunar som har etablert frisklivstilbodet.

Når det gjeld forskjellar mellom kommunar som har etablert frisklivssentralar og ikkje har etablert frisklivssentralar, er det heller ingenting som tyder på at kommunane som har etablert tilbodet har større folkehelseutfordringar enn kommunar som ikkje har etablert tilbodet. Snarare tvert i mot. Ei samanlikning av kommunar med og utan frisklivssentralar etter faktorar som er med og påverkar sosial ulikskap, og kan indikere noko om behovet for frisklivssentralar, viser at det for nær alle av dei utvalde indikatorane er størst utfordringar i kommunar som ikkje har etablert frisklivssentralar. Tendensen er stort sett gjeldande uavhengig av kor sentrale kommunane er.

Ein har ikkje datagrunnlag i denne studien til å hevde at årsaka til at levekår-utfordringane gjennomgåande er lågare i kommunar som har etablert frisklivssentralar, er eit uttrykk for at frisklivssentralar har bidrege til å ha redusert dette. Resultata er truleg heller eit uttrykk for at det ikkje er grunnlag for å hevde at kommunane som ikkje har etablert frisklivssentralar ikkje har utfordringar som frisklivssentralar kunne ha bidrege til å førebygge. Intervjua med fylkesmannembeta støttar til dels desse funna. Det er ei oppfatning blant embeta at behovet for frisklivssentralar og tilboda dei kan tilby også er til stades i kommunane som ikkje har tilbodet. Det er ofte andre årsaker som økonomi og dårleg forankring i politisk administrativ leiing som gjer at tilbodet ikkje blir etablert. Intervjua med dei to kommunane tyder elles på at frisklivssentralane kan fungere som ein arena for å redusere sosial ulikskap i samfunnet.

Kva frisklivstilbod blir gitt i ulike typar kommunar?

Det var om lag 191 årsverk tilsett ved frisklivssentralar i 2013. Fysioterapeutar var den klart største yrkesgruppa, medan sjukepleiarar den nest største. Tala viser elles at det er mykje ulikt personell med ulike utdanningar innanfor helse, ernæring, trening og pedagogikk som jobbar ved frisklivssentralar. Målt i årsverk viser tala samstundes at frisklivssentralar er ei lita helseteneste og utgjer ein svært liten del av det totale talet på helsepersonell tilsett i kommunane. 191 årsverk utgjer i gjennomsnitt 0,9 årsverk per kommune som har etablert frisklivssentralar, og 0,6 årsverk per 10 000 innbyggjarar i kommunar som har etablert tilbodet.

Tala viser elles forskjellar i dekningsgrad ved frisklivssentralane både på fylkesnivå, etter kommunestorleik og kommunesentralitet. Dekningsgrada er høgast i dei små kommunane og lågast i dei store kommunane. Det er viktig å understreke at delen kommunar som har etablert frisklivssentralar er minst i kommunane med færrest innbyggjarar. Samstundes kan resultata tyde på at når ein først etablerer frisklivssentralar i dei minste kommunane blir det sett av relativt mange årsverksressursar samanlikna med i større kommunar, og at frisklivstilbodet utgjer ein større del av det totale førebyggjande helsearbeidet enn i større kommunar.

Skilnadene i dekningsgrad mellom små og store kommunar følgjer elles dekningsgrada av årsverk for helse- og omsorgstenestene i kommunane generelt og innanfor førebyggjande helsearbeid spesielt. Resultata kan elles tyde på at kommunar med mange innbyggjarar oppnår nokre stordriftfordelar, som gjer det mogleg å tilby dei same tenestene med færre årsverk samanlikna med i mindre kommunar. Samstundes har dei truleg eit større utval av andre førebyggjande tilbod

utanfor frisklivssentralane som deltakarar kan tilvisast vidare til. Intervjua med fylkesmannembeta tyder på at tilboda frisklivssentralane er mest omfattande i større kommunar med stort befolkningsgrunnlag. Samstundes viser intervjua med kommunane at dei tilsette ved sentralane også er opptekne av å tilvise deltakarar til andre tilbod i kommunen der dette er meir hensiktsmessig. Det er med andre ord ikkje ei målsetjing ved sentralane at talet på tilsette og deltakarar skal auke dersom det allereie finst gode tilbod andre stader.

Det var om lag 16 000 personar som deltok ved eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralane i 2013. Om lag to av tre deltakarar var tilvist til frisklivssentralen, medan éin av tre deltok utan tilvising. Å bli tilvist frå fastlege var det mest vanlege. Samstundes blei det også tilvist deltakarar frå mellom anna andre kommunale helsetenester, NAV og Spesialisthelsetenesta. I gjennomsnitt var 77 deltakarar som nytta eitt eller fleire av tilboda per kommune som hadde etablert tilbodet. Resultata viser elles at det er forskjellar i talet på deltakarar ved frisklivssentralar både mellom fylke, etter kommunesentralitet og kommunesentralitet. Medan det var flest deltakarar per kommune med frisklivssentralar i Buskerud, var det færrest i Finnmark. Resultata viser at det er færrest som nyttar tilbodet i små kommunar og flest i store kommunar. Den same tendensen finn ein også etter kommunesentralitet.

Det er færrest deltakarar som nyttar tilbodet i dei minst sentrale kommunane med frisklivssentralar og flest som nyttar tilbodet i dei sentrale kommunane. At talet på deltakarar i gjennomsnitt er mindre i små og mindre sentrale kommunar samanlikna med større og meir sentrale kommunar, er ikkje overraskande. Befolkningsgrunnlaget er mindre i dei små kommunane og det vil følgjeleg vere færre personar som deltek. Dersom ein ser talet på deltakarar i forhold til innbyggjartalet i kommunane, viser resultata derimot at delen av innbyggjarane som deltek på eitt eller fleire av kursa er høgare i små og mindre sentrale kommunar samanlikna med større og meir sentrale kommunar. Her er det likevel viktig å minne om at det er færre små og mindre sentrale kommunar som har etablert tilbodet. Det tyder likevel på at dei små kommunane som vel å etablere tilbodet klarer å inkludere mange innbyggjarane i tilbodet. Intervjua med fylkesmannembeta understreker samstundes at tilbodet ved frisklivssentralane er minst omfattande i dei små kommunar. Ofte er det avgrensa til basistilbodet med frisklivsresept og gruppetilbod for fysisk aktivitet. Det er også i dei små kommunane at etableringa av frisklivssentralar har kome kortast.

Deltakarar per årsverk bør òg sjåast i samanheng med personelldekninga i forhold til heile befolkninga i kommunane med frisklivssentralar. Ei samanlikning viser at det ikkje nødvendigvis er samanfall mellom personelldekninga i befolkninga totalt og personelldekninga for deltakarane ved frisklivssentralane i dei ulike kommunane. Til dømes viser resultata at det i enkelte fylke er høg dekningsgrad i befolkninga totalt, men låg dekningsgrad blant dei som deltek. I andre fylke er det motsett: låg dekningsgrad i befolkninga totalt og høg dekningsgrad blant dei som deltar. Det kan vere fleire mekanismar som spelar inn og bidreg til dette. Mellom anna er det truleg eit uttrykk for at delen av befolkninga som deltek ved tilbod ved frisklivssentralar varierer mellom fylka.

Grunnlagstala viser at det er store variasjonar mellom fylka når det gjeld delen av befolkninga som deltek på eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralane. Medan deltakarane utgjer 1,4 prosent av heile befolkninga i Buskerud, utgjer dei under 0,2 prosent i Hordaland. Det er lite som tyder på at det er så store skilnader storleiken i målgruppene på tvers av fylka. Det kan vere eit uttrykk for at enkelte fylke vel å organisere førebyggjande helsearbeid på andre måtar enn innanfor rammene til frisklivssentralar. Samstundes tyder det på at frisklivstilbodet har fått betre forankring, som ein integrert del av det kommunale helsetenestetilbodet, i enkelte

fylke framføre andre. Det vil vere interessant å sjå om fleire innbyggjarar vil nytte frisklivstilbodet i tida som kjem. Intervjua med dei to fylkesmannembeta og dei to kommunane vitnar om at stadig fleire i kommunane får kjennskap til tilbodet både når det gjeld innbyggjarar og blant aktørar som det er naturleg at frisklivssentralar kan samarbeide med og få tilvist deltakarar frå. Dette kan tyde på at talet på deltakarar per årsverk vil auke i fleire kommunar i tida som kjem.

Når det gjeld tilboda som blir gitt ved frisklivssentralane viser gjennomgangen at det er skilnader i kor stor grad kommunar med frisklivssentralar tilbyr dei ulike kursa og tilboda. Nær alle kommunar med frisklivssentralar har frisklivsresept som ein del av tenesta. Vidare viser resultatata at nær alle kommunane òg tilbyr gruppe-tilbod for fysisk aktivitet. Om lag tre av fire kommunar tilbyr Bra Mat kurs ved frisklivssentralane sine, medan halvparten av kommunane med frisklivssentralar som tilbyr Snus- og røykesluttkurs. Elles var det om lag 40 prosent av kommunane med frisklivssentralar som hadde temabaserte samlingar, 45 prosent som hadde tilbod tilrettelagt for barn og unge med deira familiar, 36 prosent som hadde tilbod tilrettelagt for eldre og 15 prosent hadde likemannstilbod. Om lag 21 prosent av kommunane med frisklivssentral rapporterer òg å tilby andre typar kurs og tilbod. Det er ein generell tendens til at større og meir sentrale kommunar tilbyr fleire type kurs og samlingar for innbyggjarane samanlikna med små og mindre sentrale kommunar. Samstundes er det delen som tilbyr enkelte kurs høgare i små kommunar samanlikna med større kommunar. Intervjua med fylkesmannembeta underbyggjer desse resultatata. Sjølv om kommunar rapporterer å ha etablert frisklivssentral er det store forskjellar i innhald ved dei ulike sentralane i same fylke. Ofte går skilje mellom små og store kommunar når det gjeld kva som blir tilbydd av kurs ved sentralane.

Resultata frå kartlegginga viser vidare at det er store forskjellar i kor mange deltakarar som har nytta dei ulike tilboda sentralane tilbyr. Det var i alt om lag 9 000 personar som hadde frisklivsresept, medan det var i underkant av 9 300 som deltok på gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet. Vidare viser resultatata at det var vel 1 700 som deltok på Bra Mat kurs, vel 600 som deltok på snus- og røykesluttkurs, i underkant av 500 som deltok på kurs i depresjonsmestring (KID), om lag 150 som deltok på kurs i mestring av belastningar (KIB). Det var elles om lag 2 300 som deltok på temabaserte samlingar, om lag 1 650 som deltok på tilbod tilrettelagt for barn og deira familiar, 1 600 som deltok på tilbod tilrettelagt for eldre og i underkant av 800 som deltok på likemannstilbod.

Det er regionale forskjellar når det gjeld talet på deltakarar som nyttar dei ulike tilboda. Sett i forhold til innbyggjartalet i kommunar med frisklivssentral, er det likevel ein tendens til at det er flest deltakarar i små og mindre sentrale kommunar samanlikna med større og meir sentrale kommunar. Ei av årsakene til dette kan vere at små kommunar med frisklivssentral vel dette som hovudtilbodet for det førebyggjande helsearbeid i kommunen, og slik inkluderer ein større del av innbyggjarane. I større kommunar kan det vere at innbyggjarane i større grad nyttar seg av andre eksisterande og fullgode tilbod i kommunal, privat eller friviljug sektor. I slike tilfelle kan kommunane sjå på det som lite hensiktsmessig å tilby denne type kurs, men heller konsentrere ressursane om å tilby kurs det er ein reell etterspurnad etter.

Intervjua med fylkesmannembeta og dei to kommunane støttar opp om funna frå kartlegginga av tilboda. I større kommunar der frisklivssentralar har vore eit etablert teneste i fleire år, er ofte tilbodet meir omfattande enn i mindre kommunar der tilbodet er relativt nytt. Frisklivssentralar som er blitt etablert nyleg treng ofte tid til å utvide tilbodet. Det er ofte vanleg å starte med basistilbodet for så å utvide med kurs og tilbod etter kvart. Det er samstundes interessant å sjå at i dei små kommunane som faktisk har etablert frisklivssentral, så er det ein større del av

befolkninga som nyttar seg av tilbodet enn i større kommunar. Som tidlegare nemnd er frisklivssentral ei relativt lita helseteneste målt i tilsette årsverk og utgifter. Tilbodet blir derimot ein god del større viss ein måler det i talet på deltakarar. Det at det er i gjennomsnitt 77 deltakarar per årsverk ved ein frisklivssentral viser at tilbodet kan inkludere svært mange med relativt lite årsverksressursar. Organiseringa av fleire av tilboda som gruppeaktivitet tillèt dette. Talet på deltakarar per årsverk har likevel ei grense, og det er rimeleg å tru at ein auke i talet på deltakarar per årsverk etter kvart vil gå utover tilbodet som blir gitt ved sentralane.

Kva for eit samarbeid er det mellom frisklivssentralane og andre aktørar?

I rettleiaren for frisklivssentralar blir det anbefalt at tenesta skal forankrast i kommunale planar og budsjett og bli organisert slik at det kan leggjast til rette for samarbeid med andre førebyggjande tenester. At frisklivssentralane samarbeider med andre aktørar innanfor kommunale helse- og omsorgstenester, andre aktuelle kommunale, fylkeskommunale og offentlege tilbod er viktig både før og etter deltakarane har vore innom frisklivssentralen. Samarbeid med spesialisthelsetenesta, aktuelle friviljuge og private aktørar vil vere avgjerande for ein tidleg innsats. I etableringsfasen av frisklivssentralar blir kommunane oppmoda til å kartleggje og kontakte aktuelle samarbeidspartnarar. I tillegg bør ein kartleggje og få ein oversikt over andre lågterskeltilbod som finst. I mange tilfelle kan det vere like hensiktsmessig å tilvise personar som møter opp på frisklivssentral vidare til andre tilbod i kommunal, privat eller friviljug sektor. Dette blir ei vurdering dei tilsette ved frisklivssentralane gjer i samråd med deltakarane og dei aktuelle samarbeidspartnarane.

Resultata frå kartlegginga viser at nær alle kommunar med frisklivssentralar har inngått samarbeid med fastlegetenesta. Vidare viser er det også er veldig vanleg å inngå samarbeid med andre kommunale verksemder, NAV og friviljuge lag og organisasjonar. Vidare har om lag halvparten av alle frisklivssentralar inngått samarbeid med Spesialisthelsetenesta. Tala viser elles at det er forskjellar mellom fylka, etter kommunestorleik og kommunesentralitet når det gjeld kva aktørar sentralane inngår samarbeid med. Medan delen frisklivssentralar som har inngått samarbeid med Spesialisthelsetenesta er høgast i store og sentrale kommunar, er det tilsvarande det gjeld høgast del sentralar i små kommunar som har inngått samarbeid med NAV. Når det gjeld samarbeid med friviljuge organisasjonar viser tala at det er høgast flest frisklivssentralar i store og sentrale kommunar. Den same tendensen er også gjeldande for samarbeid med private aktørar og høgskular og forskingsinstitusjonar.

Hovudfunna frå kartlegginga viser at frisklivssentralar i store sentrale kommunar samarbeider med flest andre aktørar. Unntaka ser særleg ut til å gjelda samarbeid med andre kommunale og helse- og omsorgstenester der skilnadene er mindre, og der delen med samarbeid ofte er høgare blant små og mindre sentrale og samanlikna med store og meir sentrale kommunar. Ei av årsakene til at det er meir samarbeid i større kommunar i sentrale strok kan vere at desse kommunane i større grad har kartlagt og fått oversikt og promotert ovanfor potensielle samarbeidspartnarar i nærområdet. Samstundes er det rimeleg å anta at det er fleire potensielle samarbeidspartnarar i større kommunar i sentrale strok.

Intervjua med fylkesmannembeta og kommunane støttar funna frå kartlegginga. Samarbeid med andre aktørar er ein heilt nødvendig føresetnad for at frisklivssentralane skal fungere etter hensikta. Dette gjeld både i samband med tilvisingar av deltakarar til frisklivssentralane og når perioden ved frisklivssentralane er over og deltakarane skal slusast vidare til andre tilbod i samfunnet. I tillegg fortel ein av dei intervjua kommunane ein ofte sender deltakarar vidare til andre og meir relevante tilbod etter første samtale på frisklivssentralen. Embeta fortel at store

kommunar med frisklivssentralar har både fleire tilbod og meir omfattande samarbeid med andre aktørar. Dette kan også henge i saman med at frisklivstilbodet har eksistert lengre i større og sentrale kommunar, og sentralane har difor fått betre tid til å skaffe seg oversikt og over potensielle samarbeidspartnarar. I og med at frisklivssentralar ofte er ei nyare helseteneste i mindre kommunar vil det vere interessant å følgje utviklinga i tida som kjem. Det kan vere grunn til å anta at kommunar vil inngå samarbeid med fleire aktørar etter kvart som sentralane og tilboda blir utvida.

Case-studiane viser at frisklivssentralar i stor grad ser ut til å fungere etter hensikta i dei kommunane som har etablert tilbodet. Oppfatninga er at sentralane er eit lågterskeltilbod for innbyggjarane i kommunen dei er meint å nå. Samstundes kjem det fram at det er utfordringar knytt til å få kommunar til å vidareføre tilbodet når etableringstilskota tek slutt etter tre år. Dårlig forankring i politisk og administrativ leiing, dårleg kommuneøkonomi og det at frisklivssentral ikkje er ei lovpålagt teneste blir trekt fram som dei viktigaste årsakene til dette. Når det skal prioriterast kjem ofte frisklivssentralar til kort. I konkurranse med andre lovpålagte helsetenester er det lett å nedprioritere frisklivssentralar utan at det får direkte konsekvensar for kommunen. Mange som arbeider ved frisklivssentralar i kommunane opplever ofte frustrasjon over dette.

Kartlegginga har vist at frisklivssentralar er ei lita teneste målt i årsverk. I gjennomsnitt er det i underkant av eitt årsverk per kommune som har etablert tilbodet. Dette gjer tenesta i enkelte kommunar sårbar og personavhengig. Dette blir også trekt fram som ei utfordring av fylkesmannembeta. Det kjem elles fram at mykje tid går med til å forvalte tilskotsordninga for embeta. For kommunane er det også tidkrevjande oppfylle krav knytt til dokumentasjon av kva tilskota blir brukt til. I forhold summane som blir utbetalt kan det vere grunn til å spørje om dette er hensiktsmessig bruk av tid. Dette kan særleg vere ei utfordring i små kommunar som har knapt med personell.

Når det gjeld kriterium for at ein frisklivssentral skal lukkast er det stor semje blant intervjuobjekta om kva som er viktigast. Forankring i politisk og administrativ leiing trekt fram som ein av dei viktigaste faktorane. Å få frisklivssentralane inn i kommunale planar er viktig. I tillegg er det viktig å forankre tilbodet hos relevante samarbeidsaktørar. Forankring av tilbodet hos fastlegetenesta blir trekt fram som særleg viktig. Eit anna viktig kriterium som blir det trekt fram, er å ha ein fysisk bygning som husar frisklivssentralen. Ei dør inn til tenesta blir i dei fleste tilfella opplevd som positivt blant deltakarane. Eitt anna kriterium som blir trekt fram som viktig er etablering av fungerande nettverk der nøkkelpersonell frå kommune, fylkes- og landsnivå kan møtast for gjensidig utveksling av erfaring og kunnskap.

Frisklivstilbodet er nokså lite målt i årsverk noko som inneber at dei som arbeider med det må støtte seg på kvarande på tvers av kommunar fylke og ulike forvaltningsnivå. I samband med det blir det også trekt fram viktigheita av å etablere møteplassar der frisklivspersonell kan møte andre anna relevant personell frå andre tenester og utveksle erfaringar. Dette bidreg til å tenkje heilskap på tvers av tenester som vil kome deltakarane ved frisklivssentralane til gode. Eitt siste kriterium som blir trekt fram for at frisklivssentralar skal lukkast er eldsjeler. Det blir samstundes understreka at eldsjeler kan vere eit tveigga sverd. På den eine sida var det eldsjeler ute i tenesta som gjorde at frisklivstilbodet i utgangspunktet blei etablert, og dette er framleis tilfelle i kommunar som etablerer tilbodet i dag. På den andre sida ser ein i mange kommunar at frisklivssentralane i for stor grad er avhengige av eldsjelene og er sårbare dersom nøkkelpersonell skulle forsvinne. Dette er særleg ei utfordring i små kommunar der det ofte berre er ein person jobbar ved frisklivssentralen. I større kommunar med større sentralar og fleire involverte er ikkje denne utfordringa like stor.

Referansar

- Blom EE. "Trening på resept" : evaluering av et kommunalt, tre måneders individuelt rettet oppfølgingsprogram for pasienter som er blitt henvist til "trening på resept" : en prospektiv intervensjonsstudie med ett års oppfølging. Oslo: E.E. Blom; 2008
- Helsedirektoratet (2013): *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering*. Veileder. IS-1896 (www.helsedirektoratet.no)
- Riksrevisjonen (2015): Undersøkelse av offentlig helsearbeid. Rapport. 3:11 (2014-2015) (www.riksrevisjonen.no)
- Helgesen, Marit K. et al.: Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner. NIBR-rapport 2014:3
- Helgerud, J. og Eithun, G. (2010). Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune. Rapport. Hokksund Rehabiliteringssenter/ NTNU
- Jensen, Arne (2009): *Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. En analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt*, Rapporter 2009/6, Statistisk sentralbyrå (http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_200906/)
- Lerdal A, Celius EH, Pedersen G. Prescribed exercise: a prospective study of health-related quality of life and physical fitness among participants in an officially sponsored municipal physical training program. *Journal of physical activity & health* 2013;10(7):1016-23.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven), nr. 30, 24.juni 2011. Helse- og omsorgsdepartementet (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>)
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), nr.29, 24. juni 2011. Helse- og omsorgsdepartementet (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>)
- Lov om helsepersonell (helsepersonelloven), nr.64, 2. juni 1999. Helse- og omsorgsdepartementet (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>)

Vedlegg A: Kartlegging av frisklivssentralar i KOSTRA skjema 1

Frisklivssentral er en kommunal helse- og omsorgstjeneste med tilbud om å endre levevaner primært innen område fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen gir strukturert oppfølging primært gjennom individuell helsesamtale og ulike gruppetilbud. Veileder for kommunale frisklivssentraler IS- 1996::

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering-/Publikasjoner/Frisklivsveileder%20siste%20utgave%2027.05.13.pdf>

Organisering av frisklivssentralen

1. Har kommunen/bydelen frisklivssentral?

Ja Nei

Hvis «Ja» i spørsmål 1:

2. Har kommunen/bydelen et samarbeid med andre kommuner om frisklivssentralens tilbud?

Ja Nei

Hvis «Ja» i spørsmål 2:

3. Er dette organisert i et interkommunalt samarbeid?

Ja Nei

Hvis «Ja» i spørsmål 3:

4. Hvilke kommuner/bydeler er med i det interkommunale samarbeidet? (nedtrekkmeny eller fritekstfelt)

Ressurser ved frisklivssentralen

5. Ansattressurser ved frisklivssentralen. Antall timeverk. Antall timer

ke.
Klinisk ernæringsfysiolog

Fysioterapeut

Psykolog

Sykepleier

Lege

Ergoterapeut

Andre

Hvis «Andre», spesifiser:

Sum ansattressurser (automatisk summering)

Aktivitet ved frisklivssentralen

6. Antall personer som har brukt tilbud ved frisklivssentralen

Personer med henvisning

Personer uten henvisning

Sum personer (automatisk summering)

Hvis «Med henvisning» i spørsmål 6:

7. Hvem har henvist personer til frisklivssentralen?

Fastlegetjenesten

Ja Nei

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten

Ja Nei

Øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester

Ja Nei

Spesialisthelsetjenesten

Ja Nei

NAV

Ja Nei

Andre

Ja Nei

Hvis «Andre», spesifiser:

8. Hvilke tilbud har frisklivssentralen:

Frisklivsresept

Ja Nei

Hvis «Ja» i spørsmål om frisklivsresept:

Antall personer som har brukt tilbud

Bra mat kurs

Ja Nei

Hvis «Ja» i spørsmål om bra mat kurs:

Antall personer som har brukt tilbud

Snus/røykesluttkurs

Ja Nei

Hvis «Ja» i spørsmål om snus/ røykesluttkurs:

Antall personer som har brukt tilbud

Kurs i depresjonsmestring (KID)

Ja Nei

Hvis «Ja» i spørsmål om kurs i depresjonsmestring (KID):

Antall personer som har brukt tilbud

Kurs i mestring av belastninger (KIB)

Ja Nei

Hvis «Ja» i spørsmål om kurs i mestring av belastninger (KIB):

Antall personer som har brukt tilbud

Søvnkurs

Ja Nei

Hvis «Ja» i spørsmål om søvnkurs:

Antall personer som har brukt tilbud

Gruppetilbud fysisk aktivitet

Ja Nei

Hvis «Ja» i spørsmål om gruppetilbud fysisk aktivitet:

Antall personer som har brukt tilbud

Temabaserte samlinger

Ja Nei

Hvis «Ja» i spørsmål om temabaserte samlinger:

Antall personer som har brukt tilbud

Tilbud tilrettelagt for barn, unge og deres familier

Ja Nei

Hvis «Ja» i spørsmål om tilbud tilrettelagt for barn, unge og deres familier:

Antall personer som har brukt tilbud

Tilbud tilrettelagt for eldre

Ja Nei

Hvis «Ja» i spørsmål om tilbud tilrettelagt for eldre:

Antall personer som har brukt tilbud

Likemannstilbud

Ja Nei

Hvis «Ja» i spørsmål om likemannstilbud:

Antall personer som har brukt tilbud

Andre

Ja Nei

Hvis andre, spesifiser:

9. Hvilke aktører samarbeider Frisklivssentralen med:

Fastlegetjenesten

Ja Nei

Helsestasjon- skolehelsetjenesten

Ja Nei

Kommunalt lærings- og mestringssenter

Ja Nei

Øvrig kommunale virksomheter

Ja Nei

Bedriftshelsetjenesten

Ja Nei

Tannhelsetjenesten

Ja Nei

Spesialisthelsetjenesten

Ja Nei

NAV

Ja Nei

Frivillige lag og organisasjoner

Ja Nei

Private aktører

Ja Nei

Høgskoler, universitet og forskningsinstitusjoner

Ja Nei

Andre

Ja Nei

Hvis «Andre», spesifiser:

Vedlegg B: Definisjoner fra Kommunehelse statistikkbank

Høyeste fullførte utdanningsnivå (B)

Valgte utdanningsnivå: Kun grunnskole. Valgte aldersgruppene 25+ og 25-44, både antall og andel. År 2013.

Beskrivelse

Andel personer med et gitt utdanningsnivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av alle med oppgitt utdanningsnivå. Årlige tall.

For å endre tabellen, åpne "endre utvalg av..."

Fire utdanningsnivå samt uoppgitt er tilgjengelig. Bruk knappen Utdanningsnivå for å velge:

- Grunnskole (alle som har fullført grunnskoleutdanning)
- Videregående eller høyere utdanning - alle som har fullført videregående eller høyere utdanning, altså fullført utdanning utover grunnskolen.
- Videregående skole (alle som har fullført videregående utdanning)
- Universitets- og høyskole (alle som har fullført en universitets- og høyskoleutdanning eller har 120 studiepoeng eller mer).

Tre måltall er tilgjengelig. Bruk knappen Måltall for å velge:

1. Antall
2. Andel (prosent) = Prosentandel
3. Forholdstall (Norge=100) = Forhold mellom kommunens andel og andelen på landsbasis et gitt år. Eksempler; forholdstall = 130 betyr at kommunens standardiserte andel er 30 % høyere enn landsnivået. Et forholdstall på 87 betyr at kommunens standardiserte andel er 13 % lavere enn landsnivået.

Begrunnelse for valg av indikator

Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse.

Kilde

Statistisk sentralbyrå (SSB)

Innsamling

Data er hentet fra Statistikk sentralbyrås Nasjonale utdanningsdatabase (NUDB). I årgangene f.o.m 2003 er opplysninger blitt supplert med data fra Nasjonal vitnemålsdatabase (NVB) og Helsepersonellregisteret. I tillegg hentes det inn informasjon om utdanninger fullført i utlandet med støtte fra Statens lånekasse for utdanning og SSBs spesialundersøkelser "Utdanning fullført i utlandet". Dataene over avsluttet utdanning for årgangene 2001-2002 er også blitt oppdatert med opplysninger fra disse registrene. Fra 2008 er datagrunnlaget i tillegg supplert med opplysninger fra Helsepersonellregisteret (fra årene før 2003) og fra Datasystem for flyktninger- og utlendingssaker (DUF). Statistikken beregnes 1.oktober gjeldende år.

Tolkning og feilkilder

Når man går ned på kommunenivå er sammenhengen mellom utdanningsnivå, arbeidsmarked og helse mer komplisert. Når det gjelder utdanning og materielle levekår er forholdet bl.a. avhengig av det lokale arbeidsmarked. Sammen med kunnskap om arbeidsmarkedet i den aktuelle kommunen kan indikatoren antyde om det foreligger en manglende tilpasning, som i sin tur kan utgjøre et levekårsproblem. "Risikoatferd" knyttet til lav utdanning kan også motvirkes av lokale forhold (livsstil, holdninger).

Når tall mangler

Statistikk basert på færre enn 3 tilfeller skjules av personvern hensyn. Det samme gjelder dersom befolkningssegmentet som tilfellene er hentet fra er mindre enn 10. I tillegg skjules statistikk for en undergruppe dersom tallet for denne undergruppen, sammen med tallet for overgruppen, kunne vært brukt til å utlede et tall som er skjult av personvern hensyn.

Dersom mer enn 20 prosent av tallene i en tidsserie er skjult av personvern hensyn, skjules hele tidsserien for ikke å skape et skjevt inntrykk av situasjonen i kommunen. Tidsserier skjules også der mer enn 50 prosent av tallene i tidsserien er basert på færre enn 6 tilfeller.

Tidsperioder

1990-2013

Geografisk nivå

Land, fylke og kommune. Bydeler i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger.

Kjønn

Kjønn samlet

Aldersgrupper

25+, 25-44, 30-39 og 45+

Oppdateres

Årlig

Sist oppdatert

11.05.15

Lavinntekt (husholdninger) (B)

Valgte EU60 som lavinntektsmål, alle aldre, andel (prosent), år 2012. Mangler bydelstall for Oslo.

Beskrivelse

Personer i husholdninger med inntekt under henholdsvis 50 % og 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Årlige tall.

EU-skala er en ekvivalensskala som benyttes for å kunne sammenligne husholdninger av forskjellig størrelse og sammensetning. Ulike ekvivalensskalaer vektlegger stordriftsfordeler ulikt. EU-skalaen er mye brukt, og i følge den skalaen må en husholdning på to voksne ha 1,5 ganger inntekten til en enslig for å ha samme økonomiske levekår. Barn øker forbruksvektene med 0,3 slik at en husholdning på to voksne og to barn må ha en inntekt som er $(1 + 0,5 + 0,3 + 0,3)$ ganger så stor som en enslig for å ha det like bra økonomisk i følge EU skalaen.

Statistikken omfatter bosatte personer i «faktisk» bostedskommune, ikke folkeregistrert kommune der disse ikke er den samme. Studenthusholdninger er ikke inkludert.

For å endre tabellen, åpne "endre utvalg av...".

To måltall er tilgjengelig. Bruk knappen Måltall for å velge:

1. Andel (prosent) = Prosentandel

2. Forholdstall (Norge=100) = Forholdet mellom kommunens andel og andelen på landsbasis ett gitt år. Eksempler; forholdstall = 130 betyr at kommunens andel er 30 % høyere enn landsnivået. Et forholdstall på 87 betyr at kommunes andel er 13 % lavere enn landsnivået.

Begrunnelse for valg av indikator

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvpoplevd helse, sykdom og for tidlig død.

Kilde

Statistisk sentralbyrå (SSB)

Innsamling

Statistikken bygger på administrative registre fra blant annet Skattedirektoratet, NAV, Husbanken og Statens lånekasse for utdanning.

Statistikken viser faktiske husholdninger som er avledet fra formelle husholdninger. Med faktisk husholdning menes de som til daglig bor sammen og har en felles økonomi. Med utgangspunkt i formell husholdning dannes faktisk husholdning ved at borteboende studenter skilles ut fra foreldrehusholdningen. Utvalgsundersøkelser tyder på at mindre enn 10 prosent av landets vel 200 000 studenter faktisk bor hjemme. I tillegg benyttes en del annen informasjon for å få flere samboere registrert i felles husholdning, og data fra NAV benyttes for å identifisere flere institusjonsbeboere.

Tolkning og feilkilder

Det er forskjeller i næringsstruktur mellom kommunene. Utgangspunktet for statistikken er nasjonal medianinntekt for husholdninger. Det er store variasjoner mellom kommuner knyttet til kostander ved for eksempel bolig. Variasjoner mellom kommuner i andelen med lavinntekt er derfor ikke noe enkelt uttrykk for ulik velferd. Alderssammensetning i de ulike kommunene har også stor betydning. I tolkningen bør det tas hensyn til alderssammensetningen i kommunen, og spesielt andelen (minste) pensjonister.

Ved tolkning av statistikken kan man ta hensyn til forskjeller mellom kommuner ved å velge 50 eller 60 % som grenseverdi ut ifra om kommunens medianinntekt ligger høyere eller lavere enn landet.

Datakvalitet

Dataene er basert på totaltelling, og datakvaliteten regnes for å være relativt god. En del feil ved innsamling og bearbeiding av dataene er uunngåelig, for eksempel kodefeil, revisjonsfeil eller feil i databehandlingen. Det er utført et omfattende arbeid for å minimalisere disse feilene og SSB anser disse feiltypene for å være relativt ubetydelige.

Når tall mangler

Opplysninger mangler for 0821 Bø i Telemark i 2006. Tall kan i noen tilfeller mangle på grunn av kommunesammenslåinger.

Tidsperioder

2005-2012

Geografisk nivå

Landet, fylker, kommuner og bydeler i Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim.

Aldersgrupper

Alle aldre og under 18 år. Bydelene i Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim har kun tall for 0-17 år.

Oppdateres

Årlig

Sist oppdatert

06.05.15

Arbeidsledighet (B)

Valgte alder 15-74, antall og andel, år 2013.

Beskrivelse

Registrerte arbeidsledige i prosent av befolkningen (15-74 år). Årlige tall.

Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede i tiltak). Dette inkluderer også personer som identifiseres med såkalte D-nr i stedet for fødselsnummer, dvs. utenlandske personer uten oppholdstillatelse som er på korttidsopphold i Norge. Registrerte arbeidsledige omfatter i utgangspunktet alle aldre, men det er svært få under 16 år eller over 66 år.

For å endre tabellen, åpne "endre utvalg av..."»

Tre måltall er tilgjengelig. Bruk knappen Måltall for å velge:

1. Antall
2. Andel (prosent) = Prosentandel
3. Forholdstall (Norge=100) = Forhold mellom kommunens andel og andelen på landsbasis et gitt år. Eksempler; forholdstall = 130 betyr at kommunens andel er 30 % høyere enn landsnivået. Et forholdstall på 87 betyr at kommunens andel er 13 % lavere enn landsnivået.

Tallene i Kommunehelse statistikkbank avviker noe fra tallene til Statistisk sentralbyrå på grunn av ulike nevner.

Begrunnelse for valg av indikator

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt.

Kilde

Statistisk sentralbyrå (SSB)

Innsamling

Arbeidsledighetsstatistikken bygger på data fra NAVs arbeidssøkerregister, ARENA (tidligere SOFA-søker). Registeret omfatter alle registrerte arbeidssøkere i Norge, dvs. helt arbeidsledige, personer på ordinære arbeidsmarkedstiltak, yrkeshemmede i tiltak og i kartleggings- og ventefase, samt delvis sysselsatte. Arbeidssøkeropplysningene blir registrert lokalt hos NAVs arbeidskontorer rundt om i landet. Fra NAV sentralt får SSB hver måned tilsendt et filuttak fra ARENA som danner tallgrunnlaget for statistikken.

Tolkning og feilkilder

Arbeidsledigheten bør ses i sammenheng med næringsliv og sykestrygd.

Tallene over registrerte helt arbeidsledige regnes som sikre. Hovedgrunnen til dette er at retten til dagpenger faller bort dersom vedkommende ikke melder seg ved sitt lokale arbeidskontor ved jevne mellomrom. NAVs ARENA-register vil dermed relativt kontinuerlig bli oppdatert med de siste opplysningene om hver enkelt arbeidssøker. Det vil imidlertid være en del arbeidsledige som ikke registrerer seg hos NAV, og således ikke kommer med i ARENA-registeret. Det vil derfor være en viss grad av underrapportering. Typiske eksempler er ungdommer, studenter og andre uten krav på dagpenger. På den annen side kan det også forekomme tilfeller hvor personer registrert hos NAV egentlig ikke lenger kvalifiserer til å være

arbeidssøker. Dette er et problem som først og fremst gjelder tiltaksdeltakere. I enkelte tilfeller kan en person ha fullført eller hoppet av et arbeidsmarkedstiltak uten at dette er blitt registrert hos NAV, noe som medfører overrapportering. For tiltaksdeltakere som mottar individstønad i stedet for dagpenger har det til nå ikke vært noe krav om meldeplikt hver 14. dag slik som for dagpengemottakere (helt ledige og en del av tiltaksdeltakerne), noe som har gjort det vanskelig for NAV å avdekke falske tiltaksdeltakere. NAV har imidlertid planer om å innføre dette også for individstønadmottakere.

Tidsperioder

1990-2013

Geografisk nivå

Land, fylke og kommune. Fra 2004 bydeler i Oslo, Bergen og Stavanger. Fra 2013 bydeler i Trondheim.

Kjønn

Kjønn samlet

Aldersgrupper

15-74 år, 15-29 år og 30-74 år

Oppdateres

Årlig

Sist oppdatert

06.05.15

Uføretrygdede (B)

Valgte varig uføretrygdede, begge kjønn samlet, alder 18-66 år, årlig antall og andel, periode 2011-2013.

Beskrivelse

Antall og andel personer som mottar uføreytelser samlet*, varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger* i prosent av befolkningen i alderen 18 - t.o.m. 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).

Uføreytelser er stønadsordninger for å sikre inntekt til livsopphold for personer 18-66 år som har fått inntektsevnen varig nedsatt på grunn av sykdom eller funksjonshemning.

Det er mulig å motta både varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger samtidig, men de dette gjelder telles bare én gang i samlede uføreytelser.

For å endre tabellen, åpne "endre utvalg av...".

Fire måltall er tilgjengelig. Bruk knappen Måltall for å velge:

1. Årlig antall = Årlig antall, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder
2. Andel (prosent) = Prosentandel, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder
3. Andel (prosent), standardisert = Prosentandel, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder, standardisert for alders- og kjønns sammensetning.
4. Forholdstall (Norge=100), standardisert = Forhold mellom kommunens standardiserte andel og andelen på landsbasis et gitt år, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder. Eksempler; forholdstall = 130 betyr at kommunens standardiserte andel er 30 % høyere enn landsnivået. Et forholdstall på 87 betyr at kommunens standardiserte andel er 13 % lavere enn landsnivået.

Standardiserte tall anbefales ved sammenligning mellom geografiske områder.

Hensikten med standardisering er å redusere påvirkning av ulike alders- og kjønns sammensetning når man sammenligner grupper. Metoden som er benyttet er indirekte standardisering med løpende år som referanse.

* Arbeidsavklaringspenger ble innført i 2010 og statistikk for dette samt samlede uføreytelser finnes derfor kun for 2011-2013.

Begrunnelse for valg av indikator

Gruppen som mottar uføreytelser er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Hvor mange som mottar uføreytelser er en indikator på helsetilstand, men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbudet i kommunen.

Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser.

Kilde

Statistisk sentralbyrå (SSB)

Innsamling

Data registreres ved det lokale NAV-kontoret og er i praksis fulltelling.

Når tall mangler

Av personvern hensyn skjules statistikk basert på færre enn ni tilfeller. Dette kriteriet gjelder summen av tilfeller i perioden det er laget gjennomsnitt over. Der befolkningssegmentet som tilfellene er hentet fra er mindre enn 10, skjules også tallene av personvern hensyn. I tillegg skjules statistikk for en undergruppe dersom tallet for denne undergruppen, sammen med tallet for overgruppen, kunne vært brukt til å utlede et tall som er skjult av personvern hensyn.

Dersom mer enn 20 prosent av tallene i en tidsserie er skjult av personvern hensyn, skjules hele tidsserien for ikke å skape et skjevt inntrykk av situasjonen i kommunen. Tidsserier skjules også der mer enn 50 prosent av tallene i tidsserien er basert på færre enn 6 tilfeller.

Tidsperioder

2000-2002 til 2011-2013 (3 års glidende gjennomsnitt) (for arbeidsavklaringspenger og samlede uføreytelser finnes kun tall for 2011-2013).

Geografisk nivå

Land, fylker og kommuner. Fra og med 2004-2006 bydeler i Oslo, Bergen og Stavanger og fra og med 2005-2007 bydeler i Trondheim.

Kjønn

Begge kjønn samlet, menn og kvinner

Aldersgrupper

18-66 år, 18-44 år, 18-29 år, 30-44 år og 45-66 år

(Personer som fyller 67 år i desember er også telt med i det aktuelle året. Datauttrekket gjøres før disse er registrert overført til alderspensjon. Dette utgjør 1/12 av årets 67-åringer.)

Oppdateres

Årlig

Sist oppdatert

28.05.15

Sosialhjelpsmottakere

Valgte aldersgruppene 18-24 og 25-66 år, kjønn samlet, årlig antall og andel, periode 2010-2012. Mangler bydelstall for Oslo. Finnes i KOSTRA.

Beskrivelse

Antall og andel sosialhjelpsmottakere i løpet av året etter alder, i forhold til folkemengden i de aktuelle aldersgruppene. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).

Fire måltall er tilgjengelig. Bruk knappen måltall for å velge:

1. Årlig antall = Årlig antall, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder
2. Andel (prosent) = Prosentandel, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder
3. Andel (prosent), standardisert = Prosentandel, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder, standardisert for alders- og kjønnssammensetning.
4. Forholdstall (Norge=100), standardisert = Forhold mellom kommunens standardiserte andel og andelen på landsbasis et gitt år, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder. Eksempler; forholdstall = 130 betyr at kommunens standardiserte andel er 30 % høyere enn landsnivået. Et forholdstall på 87 betyr at kommunens standardiserte andel er 13 % lavere enn landsnivået.

Hensikten med standardisering er å redusere påvirkning av ulike alders- og kjønnssammensetning når man sammenligner grupper i tid og rom. Metoden som er benyttet er indirekte standardisering med løpende år som referanse.

Begrunnelse for valg av indikator

Mottakerne av sosialhjelp er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. De har ofte en mer marginal tilknytning til arbeidsmarkedet, kortere utdanning og lavere bostandard enn befolkningen ellers. Det er også vist at det er langt større innslag av helseproblemer blant sosialhjelpsmottakere enn i befolkningen ellers, og særlig er det en stor andel med psykiske plager og lidelser.

Utbredelsen av sosialhjelp i totalbefolkningen er et uttrykk for pågangen på det kommunale hjelpeapparatet fra personer som for kortere eller lengre tid er avhengig av økonomisk støtte til livsopphold. Lang tids avhengighet av sosialhjelp kan bl.a. gjenspeile et lokalt vanskelig arbeidsmarked, men også at sosialtjenesten legger ulik vekt på aktivisering av den enkelte og på tverrfaglig samarbeid.

Kilde

Statistisk sentralbyrå (SSB)

Innsamling

Data registreres ved det lokale NAV-kontoret og er i praksis fulltelling.

Data for hele rapporteringsåret sendes som del av KOSTRA-rutinen elektronisk fra kommunen til SSB. Data kontrolleres og aggregeres til kommunenivå i SSB. Kommunen melder tilbake eventuelle feil som blir tatt hensyn til ved neste publisering.

Tolkning og feilkilder

Antall sosialhjelpstilfeller har nær sammenheng med situasjonen på arbeidsmarkedet, omfanget av arbeidsmarkedstiltak og innbyggernes mulighet for

alternativ forsørgelse til arbeid. Blant annet virker andelen ugifte, skilte og separerte forsørgere i befolkningen inn da disse har mindre mulighet til familieforsørgelse enn andre.

I Statistisk sentralbyrå er data kontrollerte for dubletter eller dobbelttelling. Fordi ikke alle klientene har fullstendige fødselsnummer kan det likevel forekomme at samme klient opptrer flere ganger i det samlede datamaterialet.

Personellregistreringen i sosialtjenesten bygger på oppgaver fra den enkelte kommune eller bydel. En viktig feilkilde i registreringsarbeidet er at skillet mellom sosialtjenester og andre kommunale tjenester er uklar. Særlig gjelder dette stillinger knyttet til tiltak som retter seg mot grupper av funksjonshemmede, flyktninger, rusmiddelmisbrukere og unge arbeidsledige. Mindre endringer i tallet på ansatte kan derfor skyldes registreringsfeil og ikke reelle endringer i bemanningen. Fra og med 2005 er ikke årsverk knyttet til introduksjonsordningen regnet med i sosialtjenesten. For 2003 og 2004 er det ikke mulig å skille disse ut.

Datakvalitet

Det er en styrke at statistikken bygger på fulltelling.

Når tall mangler

Av personvern hensyn skjules statistikk basert på færre enn ni tilfeller. Dette er noe strengere enn for annen tilsvarende statistikk. Det nye kriteriet ble innført 28.01.14 og vil føre til at noen flere kommuner enn tidligere vil oppleve å ikke få tall. Dette kriteriet gjelder summen av tilfeller i perioden det er laget gjennomsnitt over. Der befolkningssegmentet som tilfellene er hentet fra er mindre enn 10, skjules også tallene av personvern hensyn. I tillegg skjules statistikk for en undergruppe dersom tallet for denne undergruppen, sammen med tallet for overgruppen, kunne vært brukt til å utlede et tall som er skjult av personvern hensyn.

Dersom mer enn 20 prosent av tallene i en tidsserie er skjult av personvern hensyn, skjules hele tidsserien for ikke å skape et skjevt inntrykk av situasjonen i kommunen. Tidsserier skjules også der mer enn 50 prosent av tallene i tidsserien er basert på færre enn 6 tilfeller.

Tidsperioder

1999-2001 til 2010-2012 (tre års glidende gjennomsnitt)

Geografisk nivå

Land, fylke og kommune.

Kjønn

Kjønn samlet, menn og kvinner.

Aldersgrupper

18-24 år og 25-66 år.

Oppdateres

Årlig

Sist oppdatert

22.01.14

Frafall i videregående skole (B)

Valgte antall årlig og andel, perioden 2011-2013.

Beskrivelse

Frafallet inkluderer personer som startar på grunnkurs i vidaregåande opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført VKII eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått ett eller flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elever som startar opp dette året, men som slutta underveis. Andelen blir beregnet ut fra prosent av alle som startar grunnkurs i vidaregåande opplæring det året. Personer som etter 5 år fortsatt er i vidaregåande skole, regnes ikke som frafalt. Det er tatt utgangspunkt i personens bostedskommune det året han eller hun startar på grunnkurs i vidaregåande opplæring. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt.

For å endre tabellen, åpne "endre utvalg av...".

Tre måltall er tilgjengelig. Bruk knappen Måltall for å velge:

1. Andel (prosent) = Prosentandel, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder.
2. Andel (prosent), standardisert = Prosentandel, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder, standardisert for kjønns sammensetning.
3. Forholdstall (Norge=100), standardisert = Forhold mellom kommunens standardiserte andel og andelen på landsbasis et gitt år, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder. Eksempler; forholdstall = 130 betyr at kommunens standardiserte andel er 30 % høyere enn landsnivået. Et forholdstall på 87 betyr at kommunens standardiserte andel er 13 % lavere enn landsnivået.

Tabellen for frafall i vidaregåande skole ble korrigert 4. juni 2015 på grunn av feil i data fra dataleverandør i publiseringen i mars 2015. For de fleste kommuner innebærer det liten endring.

Begrunnelse for valg av indikator

Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer som ikke har fullført vidaregåande utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole.

Kilde

Statistisk sentralbyrå (SSB)

Innsamling

Statistikken omfatter Statistisk sentralbyrås statistikk over befolkningens utdanningsnivå samt statistikk for gjennomstrømning i vidaregåande opplæring.

Datagrunnlaget for gjennomstrømningsstatistikk er registerdata hentet fra fylkeskommunenes inntakssystem VIGO. Hovedfunksjonen til VIGO er å administrere inntak til de ulike kurstrinnene i vidaregåande opplæring og å administrere retten til vidaregåande opplæring for innbyggerne i den enkelte fylkeskommune. Elever ved alle fylkeskommunale skoler er registrert og følges opp i VIGO. I tillegg integrerer VIGO, gjennom egne innsamlingsprosedyrer, data om elever ved frittstående skoler og statlige skoler med virksomhet under opplæringsloven.

For å kunne lage gjennomstrømningsstatistikk er det nødvendig også å hente inn opplysninger om resultater fra vidaregåande opplæring. Her anvendes flere kilder. Opplysninger om bestått kurs i VIGO er en av disse. Hovedkategoriene av resultater fra kurs er bestått, ikke bestått, og avbrudd. Disse resultatene måles på hvert kurstrinn.

For avsluttet VKII hentes data for fullført opplæring fra VIGO-inntak for elever, og fra VIGO-fag for avlagte fagprøver. For vitnemålselever er data siden 2001 supplert med opplysninger fra Nasjonal vitnemålsdatabase (NVB). I tillegg er

autorisasjonsregisteret for helsepersonell (HPR) anvendt for å supplere omfanget av avsluttet opplæring innenfor helsesektorens utdanningskategorier.

Tolkning og feilkilder

Når man går ned på kommunenivå er sammenhengen mellom utdanningsnivå, arbeidsmarked og helse mer komplisert. Når det gjelder utdanning og materielle levekår er forholdet bl.a. avhengig av det lokale arbeidsmarked. «Risikoatferd» knyttet til lav utdanning kan også motvirkes av lokale forhold (livsstil, holdninger).

Brukt med varsomhet og i kombinasjon med lokalkunnskap kan indikatorene antyde noe om risikoen for vedvarende levekårs- og helseproblem i en del lokalsamfunn.

Datakvalitet

Tall for personer med fullført grunnskolenivå kan være noe høyt, fordi en del fullførte utdanninger ennå ikke er rapportert (etterslep i rapporteringen).

Når tall mangler

Statistikk basert på færre enn tre tilfeller skjules av personvern hensyn. Dette kriteriet gjelder summen av tilfeller i perioden det er laget gjennomsnitt over. Der befolkningssegmentet som tilfellene er hentet fra er mindre enn 10, skjules også tallene av personvern hensyn. I tillegg skjules statistikk for en undergruppe dersom tallet for denne undergruppen, sammen med tallet for overgruppen, kunne vært brukt til å utlede et tall som er skjult av personvern hensyn.

Dersom mer enn 20 prosent av tallene i en tidsserie er skjult av personvern hensyn, skjules hele tidsserien for ikke å skape et skjevt inntrykk av situasjonen i kommunen. Tidsserier skjules også der mer enn 50 prosent av tallene i tidsserien er basert på færre enn 6 tilfeller.

Tidsperioder

2005-2007 til 2011-2013 (3 års glidende gjennomsnitt)

Geografisk nivå

Land, fylke og kommune. Bydeler i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger.

Kjønn

Kjønn samlet

Oppdateres

Årlig

Sist oppdatert

13.05.15

Figurregister

Figur 4.1	Kommunar som har etablert frisklivssentralar. Prosent. 2011-2014	18
Figur 4.2	Kommunar/bydelar i Oslo som har etablert frisklivssentral. Fylkesvis.....	19
Figur 4.3	Kommunar/bydelar i Oslo som har etablert frisklivssentral fordelt etter kommunestorleik. 2013.....	20
Figur 4.4	Kommunar/Oslo-bydelar som har etablert frisklivssentral fordelt etter sentralitet	21
Figur 4.5	Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar i alt, med og utan interkommunalt samarbeid	22
Figur 4.6	Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar som vanleg eller interkommunalt samarbeid. Fylke. 201	23
Figur 4.7	Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar med eller utan interkommunalt samarbeid. Kommunestorleik. 2013.....	24
Figur 4.8	Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar med eller utan interkommunalt samarbeid. Kommunestorleik. 2013.....	26
Figur 5.1	Avtalte årsverk ved frisklivssentralar fordel etter ulike utdanningar. Heile landet. 2013. Absolutte tal	28
Figur 5.2	Avtalte årsverk i frisklivssentralar per 10 000 innbyggjarar i kommunar med frisklivssentral, etter kommunestorleik. 2013	30
Figur 5.3	Talet på avtalte årsverk ved frisklivssentral per 10 000 innbyggjarar i kommunar med frisklivssentral. 2013.....	31
Figur 5.4	Personar som har nytta tilbodet ved kommunen sin frisklivssentral, etter fylke og tilvising. 2013.....	33
Figur 5.5	Talet på personar som har deltatt med og utan tilvising per kommune med frisklivssentral. Kommunestorleik. 2013.....	34
Figur 5.6	Talet på personar som har deltatt med og utan tilvising per kommune med frisklivssentral. Kommunesentralitet. 2013.....	35
Figur 5.7	Ulike tenester som har tilvist personar i kommunar med frisklivssentralar. 2013.....	36
Figur 5.8	Deltakarar på frisklivssentral per årsverk. Heile landet og fylkesvis. 2013.....	37
Figur 5.9	Deltakarar på frisklivssentral per årsverk. Heile landet og kommunestorleik. 2013.....	38
Figur 5.10	Deltakarar per årsverk i kommunar med frisklivssentral. Heile landet og kommunesentralitet. 2013.....	39
Figur 6.1	Kommunar med frisklivssentralar som har gjennomført ulike tilbod og kurs. 2013.....	42
Figur 6.2	Personar som har delteke på ulike tilbod og kurs ved frisklivssentralane. Heile landet. Absolutte tal. 2013	43
Figur 7.1	Kommunar med frisklivssentralar som har samarbeida med ulike aktørar. 2013.....	48
Figur 8.1	Brutto driftsutgifter til førebyggjande helsearbeid (funksjon 233) per innbyggjar i kommunar med og utan frisklivssentralar. Kroner. Heile landet og fylke. 2013	55
Figur 8.2	Brutto driftsutgifter til førebyggjande helsearbeid (funksjon 233) per innbyggjar totalt og i kommunar med og utan frisklivssentralar. Kroner. Heile landet og kommunestorleik. 2013	56
Figur 8.3	Brutto driftsutgifter til førebyggjande helsearbeid (funksjon 233) per innbyggjar totalt og i kommunar med og utan frisklivssentralar. Kroner. Heile landet og kommunesentralitet. 2013.....	57

Tabellregister

Tabell 2.1	Personar etter kjønn og fylke. Absolutte tal. 2014	11
Tabell 2.2	Kommunar og befolkning etter kommunesstorleik. 2013. Absolutte tal	12
Tabell 2.3	Kommunar og befolkning etter kommunesentralitet. 2013. Absolutte tal	12
Tabell 5.1	Avtalte årsverk i alt ved frisklivssentralar, talet på kommunar med frisklivssentralar og talet på årsverk per kommune med frisklivssentralar. Fylke. 2013	29
Tabell 9.1	Indikatorar for faktorar som påverkar sosial ulikskap i helse. Heile landet og kommunesentralitet. Prosent. 2013.	61

Statistisk sentralbyrå

Postadresse:
Postboks 8131 Dep
NO-0033 Oslo

Besøksadresse:
Akersveien 26, Oslo
Oterveien 23, Kongsvinger

E-post: ssb@ssb.no
Internett: www.ssb.no
Telefon: 62 88 50 00

ISBN 978-82-537-9306-1 (trykt)
ISBN 978-82-537-9307-8 (elektronisk)
ISSN 0806-2056

ISBN 978-82-537-9306-1



9 788253 793061



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway