



Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019

Analyse av tilbud for livsstilsendringer og mestring av sykdom

TALL

SOM FORTELLER

RAPPORTER / REPORTS

2020 / 54

Merete Thonstad, Trond Ekornrud og Solveig Bryne Castberg Stølan

*Merete Thonstad, Trond Ekornerud og Solveig Bryne
Castberg Stølan*

**Frisklivssentraler og tilsvarende
helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019**

Analyse av tilbud for livsstilsendringer og mestring
av sykdom

I serien Rapporter publiseres analyser og kommenterte statistiske resultater fra ulike undersøkelser. Undersøkelser inkluderer både utvalgsundersøkelser, tellinger og registerbaserte undersøkelser.

© Statistisk sentralbyrå
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen
skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.

Publisert 23. desember 2020

ISBN 978-82-587-1256-2 (trykt)
ISBN 978-82-587-1257-9 (elektronisk)
ISSN 0806-2056

Standardtegn i tabeller	Symbol
Ikke mulig å oppgi tall Tall finnes ikke på dette tidspunktet fordi kategorien ikke var i bruk da tallene ble samlet inn.	.
Tallgrunnlag mangler Tall er for usikre til å publiseres eller mangler i våre databaser.	..
Vises ikke av konfidensialitetshensyn Tall publiseres ikke for å unngå å identifisere personer eller virksomheter.	:
Desimaltegn	,

Forord

Det overordnede formålet med rapporten er å styrke kunnskapsgrunnlaget om kommunale frisklivssentraler i Norge, og om tilsvarende forebyggende helsearbeid i kommuner uten frisklivssentral.

Kommunene er gjennom helse- og omsorgstjenesteloven pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester til befolkningen, men står fritt til å organisere dette arbeidet på den måten kommunene selv anser som mest formålstjenlig. Kommunene organiserer følgelig helsetilbudene innen friskliv, læring og mestring på ulike måter. Det kan være som frisklivssentraler, egne enheter for læring og mestring, felles frisklivs- og mestringstilbud eller i regi av ulike tjenester. Helsedirektoratet anbefaler kommunene å organisere slike helsetjenester i tråd med Veileder for kommunale frisklivssentraler.

Frisklivssentraler er en type forebyggende helsetjeneste som skal tilby kunnskapsbasert og effektiv hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Målgruppen for frisklivssentraler er personer med sammensatte og langvarige helseplager som trenger hjelp til å endre levevaner og mestre sykdom. I tillegg er det en målsetning at frisklivssentraler skal bidra til helhetlige, koordinerte helsetjenester samt motvirke sosiale forskjeller i levevaner og helse i befolkningen.

Kartleggingene av frisklivssentraler som ble gjennomført av SSB i forbindelse med KOSTRA-rapporteringen for årene 2013, 2016 og 2019, gjør det mulig å se nærmere på denne forebyggende tjenesten i kommunene med frisklivssentral. Tilbud, personellressurser og deltakere ved frisklivssentralen og samarbeidet med andre aktører er kartlagt. At kartleggingen av frisklivssentraler er gjort for tre årganger gjør det dessuten mulig å se på utvikling over tid for de ulike dimensjonene.

For rapporteringsåret 2019 ble også alle kommuner uten frisklivssentral spurt om hvilket tilsvarende forebyggende helsearbeid de hadde for sine innbyggere. I tillegg til kartleggingen i KOSTRA ble et utvalg av kommunene uten frisklivssentral spurt nærmere om tilbudene deres innen friskliv, læring og mestring gjennom en webbasert spørreundersøkelse. Organisering, samarbeid, kompetanse og brukermedvirkning ble kartlagt i undersøkelsen.

Denne rapporten tar sikte på å presentere og omtale resultatene fra kartleggingene. Den vil beskrive det forebyggende arbeidet i kommuner med og uten frisklivssentral, fordelt etter ulike regionale bakgrunnskjennetegn.

Rapporten er en oppfølging av de tidligere rapportene «Frisklivssentraler i kommunane – Kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod (rapportar 2016/07)» og «Frisklivssentraler i kommunane - Ei kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod i norske kommunar i perioden 2013-2016 (rapportar 2018/27)».

Statistisk sentralbyrå har utført arbeidet med rapporten på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Statistisk sentralbyrå, 14. desember 2020.

Ann-Kristin Brændvang

Sammendrag

Kommunene står fritt til å organisere sitt helsefremmende og forebyggende helsearbeid på den måten de ønsker og anser som mest formålstjenlig. Dette kan organiseres på ulikt vis; som egne enheter for læring og mestring, som felles frisklivs- og mestringstilbud, i regi av ulike tjenester i kommunen eller som frisklivssentraler. Frisklivssentraler er en ikke-lovpålagt forebyggende helsetjeneste som skal tilby kunnskapsbasert og effektiv hjelp til å endre levevaner og mestre sykdom og helseplager, og er en anbefalt måte å organisere forebyggende helsearbeid i kommunene. Målgruppen er personer i alle aldrer som har økt risiko for, eller som har utviklet, sykdom og trenger hjelp til å endre levevaner og mestre sykdom. Dette gjelder blant annet dem med sammensatte og langvarige helseplager og dem som ikke finner seg til rette på andre tilbud.

Kartleggingene av frisklivssentraler som ble gjennomført av SSB for rapporteringsårene 2013, 2016 og 2019, gjør det mulig å se nærmere på denne forebyggende helsetjenesten både når det gjelder etablering, organisering, personellressurser, aktivitet og tilbud, og samarbeid med andre aktører etter ulike regionale bakgrunnskjenne tegn, og hvordan utviklingen har vært i perioden. For 2019 har det også blitt kartlagt hvilke tilsvarende frisklivs-, lærings- og mestringstilbud som finnes i kommuner uten frisklivssentral, samt utfyllende informasjon fra et utvalg kommuner om hvordan disse tilbudene er innrettet.

Resultatene i rapporten viser blant annet følgende:

- 60 prosent av kommunene hadde frisklivssentral i 2019, som dekker 80 prosent av befolkningen. Utbredelsen av frisklivssentraler har kommet lenger på vei i enkelte fylker enn andre, og er størst blant store kommuner i sentrale strøk og minst i små kommuner i mindre sentrale strøk.
- Det var 306 avtalte årsverk ansatt ved frisklivssentraler i 2019, en økning på 23 prosent fra 2016. Fysioterapeuter er den største yrkesgruppen.
- Rundt 30 000 personer deltok ved ett eller flere av tilbudene ved frisklivssentraler i 2019, som er en økning på 9 prosent fra 2016. Halvparten av deltakerne kom på eget initiativ, mens resten var henvist. Det er vanligst å bli henvist fra fastlegetjenesten.
- Det er mest vanlig å tilby frisklivsresept, gruppetilbud fysisk aktivitet og Bra mat kurs ved frisklivssentralene. Det er fylkesvise forskjeller i omfang av ulike tilbud, og det er mest omfattende i større kommuner i sentrale strøk.
- Utviklingen mellom 2016 og 2019 viser at det stort sett har vært en økning både når det gjelder årsverk og antall deltakere etter de regionale kjennetegnene fylker, kommunestørrelse og sentralitet. Samtidig har forskjellene blitt noe større mellom små og store kommuner.
- 70 prosent av kommunene uten frisklivssentral tilbyr ett eller flere frisklivs-, lærings- og mestringstilbud som tradisjonelt blir gitt ved frisklivssentraler i 2019. Det er mest vanlig å tilby kurs innenfor fysisk aktivitet og sunnere kosthold.
- Sammenligner vi kommuner med og uten frisklivssentral, er det generelt slik at forekomsten av frisklivs- lærings og mestringstilbud er høyest der det er frisklivssentral. Utbredelsen av de ulike tilbudene i kommuner uten frisklivssentral er størst i store kommuner i sentrale strøk.

40 prosent av kommunene uten frisklivssentral i utvalgsundersøkelsen oppgir at de har velfungerende alternativer til frisklivssentralene i sine kommuner. I små kommuner oppgir 40 prosent at frisklivssentral ikke passer på grunn av spredt bosetning.

Abstract

Municipalities are free to organize their health promotion and disease prevention work in the way they find appropriate. Hence, this work can be organized in several different ways in different municipalities. Healthy Life Center (HLC) is an interdisciplinary primary health care service that provides effective, knowledge-based measures for people who need support in health behavior change and in coping with health problems and chronic disease. There is no statutory obligation for a municipality to establish an HLC. The Norwegian Directorate of Health recommends that all municipalities establish such centers to manage the provision of their preventive health services.

Statistics Norway's surveys of Healthy Life Centers in 2013, 2016 and 2019 enable a closer examination of this preventive health service in the municipalities. Which municipalities that have established HLCs, how they are organized, the personnel resources, activities and services, and cooperation with other actors are elements that are examined in the surveys. An analysis has also been conducted into the differences between municipalities, broken down by county, population size and degree of centrality. The three measurements at three points in time make it possible to look at development over time. For the year 2019, a survey was also conducted into which similar preventive health services are provided by municipalities that do not have HLCs. In addition, a survey of a sample of these municipalities was done, collecting information on how their preventive health services were organized.

Highlights from the results in this report are:

- 60 percent of the municipalities had a Healthy Life Central in 2019, covering 80 percent of the population.
- Establishment of HLCs had come further in some counties than in others. HLCs were most common in large municipalities in central areas and least common in small, less central municipalities.
- 306 man-years were employed at HLCs in 2019, a 23 percent increase from 2016. Physiotherapists constitute the largest occupational group.
- Approximately 30 000 persons participated in one or more of the HLC courses in 2019. An increase of 9 percent from 2016. Half of the participants were given a referral to the HLC and most commonly by their general practitioner.
- It was most common to provide "Healthy Life Prescription", physical activity and good food for better health courses at the HLCs. There were differences between counties in the scope of the services and courses given. Commonly the services are more extensive in large municipalities in central areas.
- 70 percent of municipalities without HLCs offer one or more preventive health services similar to those given at the HLCs in 2019. It was most common to provide courses within physical activity and healthy diets.
- Comparing municipalities with and without HLCs, shows that the share of municipalities providing such services/courses is larger among the municipalities with HLCs. The extent of the services and courses among the municipalities without HLCs is greater in large municipalities in central areas.

The additional survey of municipalities without HLCs provides useful information on how these municipalities organize, coordinate and provide their services. 40 percent of the municipalities report that they have well-functioning alternatives to the HLC. In small municipalities 40 percent report that HLCs are not suitable due to a sparse population.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract	5
1. Innledning	8
1.1. Bakgrunn.....	8
1.2. Formål og problemstillinger.....	9
2. Datakilder og metode	11
2.1. Datakilder.....	11
2.2. Populasjon.....	12
2.3. Metode.....	16
3. Hvordan er helsefremmende og forebyggende arbeid organisert i ulike kommuner med hensyn til samarbeid og tilbud?	17
3.1. Frisklivssentraler.....	17
3.2. Organisering og samarbeid.....	18
3.3. Tilbud ved frisklivssentralen.....	19
3.4. Finansiering av frisklivssentraler.....	19
3.5. Frisklvs-, lærings- og mestringstilbud i kommuner uten frisklivssentral.....	20
4. Er det regionale forskjeller i etablering og organisering av frisklivssentraler?	21
4.1. Organisering av tjenesten fordelt etter ulike regionale bakgrunnskjennetegn.....	21
4.2. Veksten i andel kommuner med frisklivssentral flater ut.....	22
4.3. Store fylkesvise forskjeller i andelen kommuner med frisklivssentral.....	23
4.4. Minst andel frisklivssentraler i de minste kommunene.....	24
4.5. Samarbeid om frisklivssentraler mellom kommunene.....	26
4.6. Samarbeid om frisklivssentraler etter ulik kommunestørrelse.....	30
4.7. Oppsummering.....	32
5. Ansatte ved frisklivssentraler: utdanning og årsverksdekning	34
5.1. Stadig flere årsverk ved frisklivssentraler.....	34
5.2. Økende personelldekning ved frisklivssentralene.....	36
5.3. Flere årsverk ved sentralene per innbygger jo færre som bor i kommunen.....	37
5.4. Oppsummering.....	39
6. Deltakere ved frisklivssentraler: henvisninger, kjønn og per årsverk	40
6.1. Flere deltakere ved frisklivssentraler.....	40
6.2. Én av fire deltakere er menn.....	42
6.3. Flere deltakere per sentral i folkerike kommuner.....	44
6.4. Flest frisklivssentraler får henvist deltakere fra fastleger.....	45
6.5. Årsverksdekning per deltaker som benytter frisklivssentraler.....	47
6.6. Kursdeltakere per årsverk.....	50
6.7. Oppsummering.....	51
7. Hvilke tilbud gir frisklivssentralene i ulike type kommuner?	53
7.1. Generelt om tilbud og kurs ved frisklivssentraler.....	53
7.2. Kraftig økning i antall deltakere på gruppetilbud for fysisk aktivitet.....	58
7.3. Stor økning i andelen kommuner med søvnkurs.....	60
7.4. Størst utbredelse av tilbud til eldre i små kommuner.....	61
7.5. Én av tre frisklivssentraler med diagnosespesifikke tilbud.....	63
7.6. Oppsummering.....	64
8. Hvilke aktører samarbeider frisklivssentraler med?	66
8.1. Nær alle frisklivssentraler samarbeider med fastlegetjenesten.....	67
8.2. Mange frisklivssentraler samarbeider med kommunale virksomheter.....	67
8.3. Sju av ti frisklivssentraler har inngått samarbeid med NAV.....	68
8.4. Færre samarbeider med frivillige lag og organisasjoner.....	69
8.5. Tre av fem frisklivssentraler har samarbeid med spesialisthelsetjenesten.....	69
8.6. Halvparten av frisklivssentralene samarbeider med private aktører.....	71
8.7. Øvrige samarbeid.....	71
8.8. Oppsummering.....	72
9. Er det regionale forskjeller i utgifter brukt på forebyggende helsearbeid i kommunene?	73
9.1. Utgifter til folkehelsearbeid og forebyggende helsearbeid i kommunene.....	74
9.2. Oppsummering.....	78
10. Hvilke frisklvs-, lærings- og mestringstilbud finnes blant kommuner uten frisklivssentral?	80
10.1. Frisklvs-, lærings- og mestringstilbud i kommuner uten frisklivssentral.....	82

10.2. Oppsummering.....	87
11. Tilleggsundersøkelsen om frisklivs-, lærings og mestringstilbud i kommuner uten frisklivssentral.....	88
11.1. Flest frisklivs-, lærings- og mestringstilbud hos fysioterapitjenesten og psykisk helsetjeneste.....	88
11.2. I tre av fire kommuner samarbeider kommunale tjenester om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.....	91
11.3. Flere enn halvparten med tilbud som er koordinert og satt i en helhetlig sammenheng.....	98
11.4. Kompetanse i motiverende intervju mest utbredt blant de koordineringsansvarlige for frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene.....	99
11.5. Forankring av de ulike frisklivs- lærings- og mestringstilbudene i kommunale planer og budsjett	101
11.6. 40 prosent av kommunene oppgir at de har velfungerende alternativ til frisklivssentral	103
11.7. Oppsummering.....	105
12. Avrunding.....	108
Referanser.....	119
Vedlegg A: Bruken av elektronisk pasientjournal og tilknytning til Norsk helsenett blant kommuner med frisklivssentral.....	120
Vedlegg B: Kartlegging av frisklivssentraler i KOSTRA-skjema 1 2013	122
Vedlegg C: Kartlegging av frisklivssentraler i KOSTRA-skjema 1 2016	126
Vedlegg D: Kartlegging av frisklivssentraler i KOSTRA-skjema 1 2019	129
Vedlegg E: Kartlegging av hvordan kommuner uten frisklivssentral organiserer kommunale frisklivs-, lærings og mestringstilbud	132
Figurregister	135
Tabellregister.....	137

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

Folkehelsen i Norge er i hovedsak god og levealderen stigende. Der man tidligere så at de fleste helseproblemer og dødsfall skyldtes smittsomme sykdommer, er det nå stadig flere av sykdommene som har sammenheng med levevaner. For å gi befolkningen flest mulig leveår med god helse og dermed spare samfunnet for store utgifter til helsestell, har det blitt mer oppmerksomhet om å forebygge eller hindre videreutvikling av sykdommer som i stor grad kan ha sammenheng med livsstilen vår. Utfordringer som et stillesittende liv, stress, røyking, høyt alkoholkonsum, dårlig kosthold, ensomhet, sosial ulikhet mv. er årsak til mange tapte leveår og dårlig fysisk og psykisk helse.

Frisklivssentraler er en kommunal, forebyggende helsetjeneste som skal være et lavterskeltilbud. De skal tilby kunnskapsbasert og effektiv hjelp til å endre levevaner og mestre sykdom og helseplager. Frisklivssentraler er ikke en lovpålagt tjeneste, men kommunene er gjennom [helse- og omsorgstjenesteloven](#) pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester til befolkningen. Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende helsearbeid, herunder opplysning, råd og veiledning, er regulert i lovens § 3-3. Kommunene står fritt til å organisere det helsefremmende og forebyggende helsearbeid på den måten kommunen ønsker og anser som mest formålstjenlig. Kommunene organiserer følgelig helsetilbud innen friskliv, læring og mestring på ulike måter. Det kan være som frisklivssentraler, egne enheter for læring og mestring, felles frisklivs- og mestringstilbud eller i regi av ulike tjenester. Helsedirektoratet anbefaler kommunene å organisere slike helsetjenester i tråd med [Veileder for kommunale frisklivssentraler](#).

En rekke lover, forskrifter og styringsdokumenter omtaler betydningen av forebygging innenfor helsetjenesten, herunder frisklivssentraler og rollen denne tjenesten har i folkehelsearbeidet. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) peker blant annet på at det er behov for et folkehelsearbeid på tvers av sektorer, økt helsefremmende og forebyggende innsats og styrking av de forebyggende helsetjenestene i kommunen.

Kommunene er gjennom folkehelseloven pålagt å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten, som inngår i grunnlaget for kommunens planarbeid, skal være basert på kunnskap fra kommunens helse- og omsorgstjenester. Frisklivssentralen kan være en bidragsyter i dette arbeidet. Kommunen skal også gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Her kan frisklivssentralen ha en sentral rolle. Gjennom sitt arbeid kan frisklivssentralene også bidra til å avdekke behov for å stimulere til folkehelseiltak i andre sektorer.

Målgruppen for frisklivssentraler er personer i alle aldre som har økt risiko for, eller som har utviklet sykdom, og trenger hjelp til å endre levevaner og mestre sykdom. Her inngår også de med sammensatte og langvarige helseplager, og de som ikke finner seg til rette innen andre tilbud, som for eksempel på ordinære treningssentre. I tillegg er det en målsetning at frisklivssentraler skal bidra til å motvirke sosiale forskjeller i levevaner og helse i befolkningen.

Kartleggingene av frisklivssentraler som ble gjennomført av SSB for rapporteringsårene 2013, 2016 og 2019, gjør det mulig å se nærmere på denne forebyggende tjenesten i kommunene. Både tilbud, personellressurser, deltakere og samarbeid

med andre aktører er kartlagt. Det at en har omfattende data for tre årganger, gjør det dessuten mulig å se på utviklingen over tid.

Alle kommuner uten frisklivssentral ble spurt om hvilket tilsvarende forebyggende helsearbeid de hadde for 2019. I tillegg ble et utvalg av disse kommunene, gjennom en nettbasert undersøkelse, spurt mer i detalj rundt tilbudene innen friskliv, læring og mestring, f. eks. om organisering, samarbeid, kompetanse og brukermedvirkning.

1.2. Formål og problemstillinger

Det overordnede formålet med rapporten er å styrke kunnskapsgrunnlaget om forekomst av og innhold i kommunale frisklivssentraler i Norge, og om tilsvarende forebyggende helsearbeid i kommuner uten frisklivssentral.

I den forbindelse har det blitt gjennomført en kartlegging og analyse av frisklivssentralene langs flere dimensjoner, som f. eks. kjennetegn ved kommuner og Oslos bydeler (geografi, innbyggertall og sentralitet). I tillegg er det utført tilsvarende analyser for kommuner uten frisklivssentral, der forebyggende helsetilbud innen friskliv, læring og mestring har blitt kartlagt.

Rapporten har følgende hovedproblemstillinger:

- Hvordan har utviklingen for frisklivssentraler vært fra 2013 til 2019 mht. antall sentraler, organisering, typer aktivitet, deltakere og ansatte-ressurser?
- Hva kjennetegner kommuner/bydeler med og uten frisklivssentraler i 2019, og hvordan er dette sammenlignet med tidligere?
- Hvilke tilbud gir frisklivssentralene i ulike typer kommuner?
- Hvilke instanser henviser deltakere til frisklivssentraler, og hvor mange ble henvist i 2019 sammenlignet med tidligere?
- Hvilket samarbeid er det mellom frisklivssentralene og andre kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester, private tjenesteleverandører, frivillige lag og organisasjoner m.fl. i 2019 sammenlignet med tidligere?
- Hvordan er bruken av elektronisk pasientjournal blant kommuner med frisklivssentral i 2019? Er frisklivssentralen tilknyttet Norsk helsenett, eller har planer om tilknytning?
- Hvilke helsetjenester, som gir støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer, tilbyr kommuner uten frisklivssentral til innbyggerne sine? Hvordan er arbeidet organisert og forankret, og hvem samarbeider om tilbudet? Hva slags kompetanse, grad av brukermedvirkning og digitale verktøy har de?

For å svare på og kaste lys over hovedproblemstillingene, er det brukt to tilnærminger:

1. KOSTRA-tilnærming:
 - a. Gjennomgå og analysere resultatene fra kartlegging av kommuner med frisklivssentraler i KOSTRA-skjema 1 Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2019 (f.eks. forekomst av tilbud, henvisninger, ansatte osv.) og sammenligne med de tidligere kartleggingene gjennomført via KOSTRA-skjema 1.
 - b. Analysere resultatene fra kartlegging av kommuner uten frisklivssentraler i KOSTRA-skjema 1 for 2019 (f.eks. forekomst av ulike tilbud, samt ekstra vektlegging av kommunenes lærings- og mestringstilbud).
 - c. Gjennomgå og vurdere andre kjennetegn ved kommuner og bydeler som innhentes og/eller publiseres gjennom KOSTRA som kan inngå i analysene (f.eks. utgifter til forebyggende helsearbeid i kommunene.)

2. Særskilt spørreundersøkelse fra SSB:

- Fra alle kommuner uten frisklivssentral er det trukket et utvalg som er representativt med tanke på geografi, befolkningsstørrelse og sentralitet. Disse kommunene får tilsendt en nettbasert kartlegging der de får utdypende spørsmål rundt sitt frisklivs- lærings- og mestringstilbud.
- Gjennomgå og analysere svarene fra den utdypende spørreundersøkelsen.

For alle hovedproblemstillingene forsøker rapporten å omtale de viktigste resultatene fra 2019. I tillegg blir utviklingen i perioden 2013-2019 omtalt der tidsserier finnes (frisklivssentraler).

2. Datakilder og metode

Dette kapittelet omtaler datakildene som blir brukt, avgrensningene i populasjonene som er gjort og metodene som er brukt for å oppfylle formålene og svare på problemstillingene i rapporten.

2.1. Datakilder

Den viktigste datakilden er kartleggingen av kommuner med frisklivssentraler som ble gjennomført i KOSTRA-skjema 1 Personell og virksomhet i kommunale helse- og omsorgstjenester for 2013-, 2016- og 2019-årgangen. For 2019 ble det også gjennomført en kartlegging blant kommuner uten frisklivssentraler om tilsvarende helsefremmende og forebyggende tilbud. Andre data fra KOSTRA-rapporteringen som gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester, er også anvendt. I tillegg har data fra ulike statistikkregister i SSB blitt brukt, som for eksempel SSBs befolkningsstatistikk.

For å supplere kommune-data fra KOSTRA og den særskilte kartleggingen av frisklivssentraler for 2013, 2016 og 2019, har det blitt gjennomført en tilleggsundersøkelse til et utvalg på 50 kommuner uten frisklivssentraler. Hovedformålet med tilleggsundersøkelsen var å styrke kunnskapsgrunnlaget om det forebyggende og helsefremmende arbeidet for voksne i kommuner uten frisklivssentraler. Per i dag finnes det lite informasjon og statistikk om dette.

KOSTRA (kommune-stat-rapporteringen)

KOSTRA er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om flere tjenesteområder innenfor kommunal virksomhet. KOSTRA er basert på elektronisk innrapportering fra kommuner og fylkeskommuner til Statistisk sentralbyrå (SSB), i tillegg til data fra en rekke andre kilder i og utenfor SSB. KOSTRA-publiseringsen 15. mars (ikke reviderte tal) og 15. juni (endelige tall) er i stor grad basert på kopling av data fra ulike kilder, som for eksempel regnskapsdata, tjeneste- og personelldata og befolkningsdata. Siden rapporteringsåret 2001 har alle kommuner og fylkeskommuner vært med i KOSTRA.

KOSTRA kommunale helse- og omsorgstjenester er et av områdene som inngår i KOSTRA. Statistikken på området blir publisert på kommunenivå og for bydeler i Oslo. Formålet med statistikken er i hovedsak å gi en samlet oversikt over den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Statistikken omfatter opplysninger om mottakere av ulike tjenester, antall plasser og beboere i kommunale institusjoner og tall for personell. Statistikken omfatter også det som tidligere (før samhandlingsreformen) ble kalt kommunehelsetjenesten, som inkluderer fastlege-/allmennlege-tjenesten, habiliterings- og rehabiliteringstjenesten, svangerskaps- og barselsomsorgstjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten og annet forebyggende helsearbeid.

Statistikk for den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal gi sentrale, regionale og kommunale myndigheter data til planleggings- og tilsynsformål. Statistikken skal blant annet gi kunnskap om personellsituasjonen og om hva som foregår av aktivitet.

KOSTRA-skjema 1 Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

I forbindelse med KOSTRA-rapporteringen samler SSB inn data via skjema 1 om personell og virksomhet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Siden rapporteringen for 2011 og fram t.o.m. 2019-årgangen har det blitt samlet inn data i skjema om hvorvidt kommuner har etablert frisklivssentraler. I forbindelse med rapporteringene for 2013-, 2016- og 2019-årgangen ble det i tillegg gjennomført

utvidete kartlegginger av frisklivssentraler. Kartleggingene for disse tre årgangene inneholdt flere spørsmål knyttet til etablering, organisering, omfang av personellressurser, omfang av deltakere, ulike tilbud og kurs ved sentralene og hvilke andre aktører frisklivssentralene samarbeider med. Kartleggingen for 2019 hadde i tillegg spørsmål til kommuner uten frisklivssentral om hvilke tilsvarende forebyggende og helsefremmende tilbud de hadde til innbyggerne sine.

Spørsmålslistene for både 2013, 2016 og 2019 ble utarbeidet av SSB i samråd med Helsedirektoratet, og testet på flere rapportører ute i kommunene før de ble inkludert i det endelige skjemaet. Med unntak av noen få justeringer var kartleggingene for alle de tre årgangene identiske. For fullstendig oversikt over spørsmålene i kartleggingene som ble gjennomført for de tre årgangene, se punkt 5.2 i 2013-, 2016 og 2019-utgavene av skjema 1 (vedlegg B, C og D i rapporten).

Tilleggsundersøkelse til kommuner uten frisklivssentral

I forbindelse med denne rapporten ble det også gjennomført en tilleggsundersøkelse via elektroniske spørreskjema. Her var formålet å få utfyllende informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud for voksne i kommuner uten frisklivssentral. Det ble stilt spørsmål om organisering, samarbeid, brukermedvirkning m.m. for disse tilbudene.

Det var totalt 174 kommuner, inkludert bydeler i Oslo, som var uten frisklivssentral i 2019. Av disse var det 124 som oppga at de tilbød ett eller flere av frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene det ble spurt om i KOSTRA-skjema 1. I forbindelse med undersøkelsen ble det trukket et strategisk utvalg på 50 kommuner, som var representativt med hensyn til fylke, kommunestørrelse og kommunesentralitet. Bruttoutvalget på 50 kommuner ble trukket blant de 124 kommunene uten frisklivssentral som hadde oppgitt at de tilbød ett eller flere av tilbudene/kursene det ble spurt om i KOSTRA-skjema 1. Alle kommunene ble kontaktet på e-post i forkant av undersøkelsen der de ble gjort oppmerksom på hvilke frisklivs-, lærings- og mestringstilbud de hadde oppgitt å ha i KOSTRA-skjema 1.

Det var i alt 41 av 50 kommuner som svarte på tilleggsundersøkelsen, som gir en svarprosent på 82 prosent. Når det gjelder de 9 kommunene som ikke svarte på undersøkelsen, var 6 av dem med under 5 000 innbyggere og de 3 resterende i gruppen med 5 000 - 19 999 innbyggere. De 41 kommunene utgjør en tredel av de 124 kommunene som oppga at de tilbød et eller flere av frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene det ble spurt om KOSTRA-skjema 1. Svarene fra tilleggsundersøkelsen for disse 41 kommunene danner grunnlaget for resultatene som blir presentert i kapittel 11. Resultatene blir også supplert med svarene fra kartleggingen som ble gjennomført via KOSTRA-skjema 1 for kommuner uten frisklivssentral.

Spørsmålene som var inkludert i tilleggsundersøkelsen, ble utarbeidet i samarbeid mellom SSB og Helsedirektoratet. For alle spørsmålene som var inkludert i tilleggsundersøkelsen, se vedlegg E.

2.2. Populasjon

Befolkning og regioninndelinger

I denne rapporten blir det i all hovedsak brukt tre ulike regionale kjennetegn. Dette er fylker, kommunestørrelse (målt i innbyggertall) og indeks for kommunesentralitet. I tillegg blir noen resultater presentert etter helseregioner.

Fylker

Tabell 2.1 viser hvordan personer i den voksne befolkningen fordeler seg etter kjønn og fylker. Befolkningstallene for de gamle fylkene Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, som ble slått sammen i 2018, er summert for årgangene 2013 og 2016 under det nye fylket Trøndelag.

Tabell 2.1 Befolkning i alt. Hele landet og fylker. Absolutte tall per 31.12. 2013, 2016 og 2019

	2013	2016	2019
Heile landet	5 109 056	5 258 317	5 357 792
01 Østfold	284 962	292 893	300 112
02 Akershus	575 757	604 368	633 189
03 Oslo	634 463	666 757	693 491
04 Hedmark	194 433	196 190	197 920
05 Oppland	187 820	189 479	189 365
06 Buskerud	272 228	279 714	285 336
07 Vestfold	240 860	247 055	252 669
08 Telemark	171 469	173 307	173 355
09 Aust-Agder	113 747	116 671	118 273
10 Vest-Agder	178 478	184 116	188 960
11 Rogaland	459 625	472 023	479 891
12 Hordaland	505 246	519 961	528 129
14 Sogn og Fjordane	108 965	110 266	109 566
15 Møre og Romsdal	261 530	266 274	256 738
50 Trøndelag	441 339	454 596	467 139
18 Nordland	240 877	242 866	242 473
19 Troms Romsa	162 050	165 632	166 602
20 Finnmark Finnmarku	75 207	76 149	74 584

Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

Kommunestørrelse

Det andre regionale kjennetegnet som er brukt i rapporten er en inndeling av kommuner etter størrelse, målt i innbyggertall. Kommunene blir inndelt i følgende sju grupper:

- 0 - 1 999 innbyggere
- 2 000 – 4 999 innbyggere
- 5 000 – 9 999 innbyggere
- 10 000 – 19 999 innbyggere
- 20 000 – 29 999 innbyggere
- 30 000 – 49 999 innbyggere
- Mer enn 50 000 innbyggere

Tabell 2.2. viser hvordan antall kommuner og befolkningen fordeler seg etter kommunestørrelse per 31.12.2013.

Tabell 2.2 Kommuner og befolkning etter kommunestørrelse. 2013. Absolutte tall og prosent

	Antall kommuner og bydeler i Oslo	Befolkning totalt	Befolkning i kommuner med frisklivssentraler (prosent)	Andelen av befolkningen i kommuner med frisklivssentraler (prosent)
Hele landet	443	5 105 239	3 188 359	62
Under 2 000 innbyggere	92	112 589	40 888	36
2 000 - 4 999 innbyggere	136	845 663	506 539	60
5 000 - 9 999 innbyggere	60	440 623	180 420	41
10 000 - 19 999 innbyggere	136	644 734	544 225	84
20 000 - 29 999 innbyggere	26	544 509	201 163	37
30 000 - 49 999 innbyggere	14	592 847	309 532	52
50 000 eller flere innbyggere	29	1 924 274	1 405 592	73

Kilde: Befolkningsstatistikk og KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 2.3. viser hvordan antall kommuner og befolkningen fordeler seg etter kommunestørrelse per 31.12.2016.

Tabell 2.3 Kommuner og befolkning etter kommunestørrelse. 2016. Absolutte tall og prosent.

	Antall kommuner og bydelers i Oslo	Befolkning totalt	Befolkning i kommuner med frisklivssentral	Andelen av befolkningen i kommuner med frisklivssentraler (prosent)
Hele landet	442	5 246 356	4 073 787	78
Under 2 000 innbyggere	94	1 158 355	53 882	47
2 000 - 4 999 innbyggere	131	4 240 399	2 165 027	51
5 000 - 9 999 innbyggere	89	6 184 533	3 886 603	63
10 000 - 19 999 innbyggere	57	8 088 886	6 267 787	77
20 000 - 29 999 innbyggere	25	6 047 700	5 566 627	92
30 000 - 49 999 innbyggere	17	6 315 466	5 097 111	81
50 000 eller flere innbyggere	29	20 428 977	17 216 755	84

Kilde: Befolkningsstatistikk og KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 2.4. viser hvordan antall kommuner og befolkningen fordeler seg etter kommunestørrelse per 31.12.2019.

Tabell 2.4 Kommuner og befolkning etter kommunestørrelse. 2019. Absolutte tall

	Antall kommuner og bydelers i Oslo	Befolkning totalt	Befolkning i kommuner med frisklivssentraler	Andelen av befolkningen i kommuner med frisklivssentraler (prosent)
Hele landet	436	5 365 197	4 313 380	80
Under 2 000 innbyggere	98	1 203 397	51 538	43
2 000 - 4 999 innbyggere	121	3 860 677	1 931 110	50
5 000 - 9 999 innbyggere	88	6 089 233	4 025 568	66
10 000 - 19 999 innbyggere	56	7 932 222	5 916 614	75
20 000 - 29 999 innbyggere	28	6 924 450	6 666 266	96
30 000 - 49 999 innbyggere	23	8 833 277	7 611 190	86
50 000 eller flere innbyggere	22	18 808 111	16 470 944	88

Kilde: Befolkningsstatistikk og KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 2.5 viser antall kommuner uten frisklivssentral som var med i tilleggsundersøkelsen fordelt etter kommunestørrelse. Siden utvalget ikke var så stort, har kommunegrupper her blitt sammenslått.

Tabell 2.5 Antall kommuner i tilleggsundersøkelsen for kommuner uten frisklivssentral etter kommunestørrelse. Bruttoutvalg og nettoutvalg. 2019. N=41. Absolutte tall

	Bruttoutvalg	Nettoutvalg
Totalt	50	41
Under 5 000 innbyggere	28	22
5 000 - 19 999 innbyggere	17	14
20 000 eller flere innbyggere	5	5

Kilde: Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral, Statistisk sentralbyrå

Indeks for sentralitet

Det tredje regionale kjennetegnet som blir brukt, er indeks for sentralitet. Sentralitetsindeksen er en kode med en verdi for hver kommune, som gir et mål for kommunens sentralitet.

Beregningen av indeksen er basert på reisetid til arbeidsplasser og servicefunksjoner fra alle bebodde grunnkretser. Landets kommuner (426 kommuner i 2013 og 2016 og 422 i 2019) er delt inn i om lag 13.500 grunnkretser.

Indeksen er satt sammen av to del-indeksar basert på:

- Antall arbeidsplasser de som bor i den enkelte grunnkrets, kan nå med bil i løpet av 90 minutter.
- Hvor mange ulike typer servicefunksjoner (varer og tjenester) de som bor i den enkelte grunnkrets, kan nå med bil i løpet av 90 minutter.

Antallet vektet, slik at en arbeidsplass eller servicefunksjon som ligger nært bostedet, teller mer enn en som ligger lenger bort. Indeksen har verdier fra 0 (kun teoretisk mulig) til 1000 langs en kontinuerlig skala. Disse verdiene er gruppert i seks følgende grupper, der andel innbyggere i hver gruppe er et viktig kriterium for klassifiseringen:

1. Mest sentrale kommuner (verdier mellom 930 - 1000)
2. Nest-mest sentrale kommuner (verdier mellom 870 - 929)
3. Mellomsentrale kommuner 1 (verdier mellom 770 - 869)
4. Mellomsentrale kommuner 2 (verdier mellom 650 - 769)
5. Nest-minst sentrale kommuner (verdier mellom 550 - 649)
6. Minst sentrale kommuner (verdier mellom 0 - 549)

Tabell 2.6 viser hvordan antall kommuner og befolkningen fordeler seg etter sentralitet per 31.12.2013.

Tabell 2.6 Kommuner og befolkning etter sentralitet. 2013. Absolutte tall

	Antall kommuner	Befolkning totalt	Befolkning i kommuner med frisklivssentraler	Andelen av befolkningen i kommuner med frisklivssentraler (prosent)
Hele landet	428	5 109 056	3 523 741	69
1 Mest sentrale kommuner	8	1 011 602	853 962	84
2 Nest-mest sentrale kommuner	25	1 199 290	969 396	81
3 Mellomsentrale kommuner 1	67	1 357 164	917 762	68
4 Mellomsentrale kommuner 2	107	906 580	479 237	53
5 Nest-minst sentrale kommuner	120	459 368	246 222	54
6 Minst sentrale kommuner	101	175 052	57 162	33

Kilde: Befolkningsstatistikk, Standard for sentralitet, KOSTRA, SSB

Tabell 2.7 viser hvordan antall kommuner og befolkningen fordeler seg etter sentralitet per 31.12.2016.

Tabell 2.7 Kommuner og befolkning etter sentralitet. 2016. Absolutte tall

	Antall kommuner	Befolkning totalt	Befolkning i kommuner med frisklivssentraler	Andelen av befolkningen i kommuner med frisklivssentraler (prosent)
Hele landet	428	5 258 317	4 291 062	82
1 Mest sentrale kommuner	8	1 060 728	967 540	91
2 Nest-mest sentrale kommuner	25	1 240 065	1 141 130	92
3 Mellomsentrale kommuner 1	67	1 399 265	1 214 782	87
4 Mellomsentrale kommuner 2	107	921 890	608 639	66
5 Nest-minst sentrale kommuner	120	462 380	272 853	59
6 Minst sentrale kommuner	101	173 989	86 118	49

Kilde: Befolkningsstatistikk, Standard for sentralitet, KOSTRA, SSB

Tabell 2.8 viser hvordan antall kommuner og befolkningen fordeler seg etter sentralitet per 31.12.2019.

Tabell 2.8 Kommuner og befolkning etter sentralitet. 2019. Absolutte tall

	Antall kommuner	Befolkning totalt	Befolkning i kommuner med frisklivssentraler	Andelen av befolkningen i kommuner med frisklivssentraler (prosent)
Hele landet	422	5 367 580	4 471 061	83
1 Mest sentrale kommuner	8	1 102 146	1 007 002	91
2 Nest-mest sentrale kommuner	26	1 346 924	1 255 919	93
3 Mellomsentrale kommuner 1	63	1 375 691	1 186 116	86
4 Mellomsentrale kommuner 2	105	915 915	678 030	74
5 Nest-minst sentrale kommuner	119	457 490	263 972	58
6 Minst sentrale kommuner	101	169 414	80 022	47

Kilde: Befolkningsstatistikk, Standard for sentralitet, KOSTRA, SSB

Alle bydeler i Oslo er plassert i samme sentralitetsgruppe som Oslo kommune for alle årganger: Mest sentrale kommuner.

2.3. Metode

Deskriptiv statistikk og faktaomtale

Kjennetegn ved kommuner som hadde etablert frisklivssentraler i 2019 og utviklingen i perioden 2013-2019, blir presentert i kapittel 4-8. Formålet er å presentere og omtale slike kommuner og avdekke variasjoner med hensyn til personell og ressurser, hvilke tilbud som blir gitt, hvilke aktører kommunene samarbeider med og hvor mange som har deltatt på ett eller flere av tilbudene ved frisklivssentralene. Hvor store utgifter kommuner har brukt på forebyggende helsearbeid, blir presentert i kapittel 9. Her er fokuset særlig å sammenligne kommuner med og uten frisklivssentral. Ulike frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommuner uten frisklivssentral blir presentert i kapittel 10, mens resultatene fra tilleggsundersøkelsen blant kommuner uten frisklivssentral blir presentert i kapittel 11.

Presentasjonen og omtalen i kapittel 4-11 blir gjort i form av deskriptiv statistikk og omtale av hovedresultat og funn. Denne vil inneholde relevante tabeller og figurer. I tillegg vil hovedresultat og funn bli omtalt deskriptivt og drøftet. Det er grunn til å understreke at omtalen av hovedresultater og funn i kapittel 4-11, ikke tar sikte på å gi årsaksforklaringer på forskjellene i datamaterialet, for eksempel ved hjelp av kausalanalyser.

3. Hvordan er helsefremmende og forebyggende arbeid organisert i ulike kommuner med hensyn til samarbeid og tilbud?

Som nevnt innledningsvis er folkehelsen i Norge i hovedsak god og levealderen stigende. Når det gjelder helseproblemene i samfunnet så har stadig flere av sykdommene sammenheng med livsstilen vår. For å gi befolkningen flest mulig leveår med god helse og dermed også spare samfunnet for store utgifter til helsestell, har det blitt mer oppmerksomhet om å forebygge eller hindre videreutvikling av sykdommer som i stor grad kan ha sammenheng med levevanene våre.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) vektlegger en styrking av den helsefremmende og forebyggende innsatsen for å hindre at sykdom oppstår og utvikler seg. St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* peker på at det er behov for folkehelsearbeid på tvers av sektorer, økt helsefremmende og forebyggende innsats, og styrking av de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Helse- og omsorgstjenesteloven vektlegger kommunenes plikt til å yte tjenester som fremmer helse og forsøker å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer.

Kommunene står fritt til å organisere det helsefremmende og forebyggende helsearbeid på den måten kommunen ønsker og anser som mest formålstjenlig. De helsefremmende og forebyggende helsetjenestene er følgelig organisert på ulike måter rundt om i kommune-Norge. Tjenestene kan være organisert som frisklivssentraler, som egne enheter for læring- og mestring, som felles frisklivs- og mestringstilbud eller i regi av ulike tjenester innen kommunen og/eller et samarbeid mellom disse, for eksempel fastlegetjenesten, fysioterapitjenesten eller psykisk helsetjeneste. De sentrale helsemyndighetene er tydelige på at frisklivssentraler er en anbefalt måte å organisere helsetjenester som bidrar i det helsefremmende og forebyggende helsearbeidet.

3.1. Frisklivssentraler

Frisklivssentraler er en forebyggende, kommunal helsetjeneste som skal tilby kunnskapsbasert og effektiv hjelp til å endre levevaner og mestre sykdom og helseplager. I 2019 var det 262 kommuner (inkludert bydeler i Oslo) som rapporterte at de hadde etablert frisklivssentral. Det tilsvarer om lag 60 prosent av alle kommunene i Norge. Formålet med arbeidet i frisklivssentralen er å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom (Helsedirektoratet 2019).

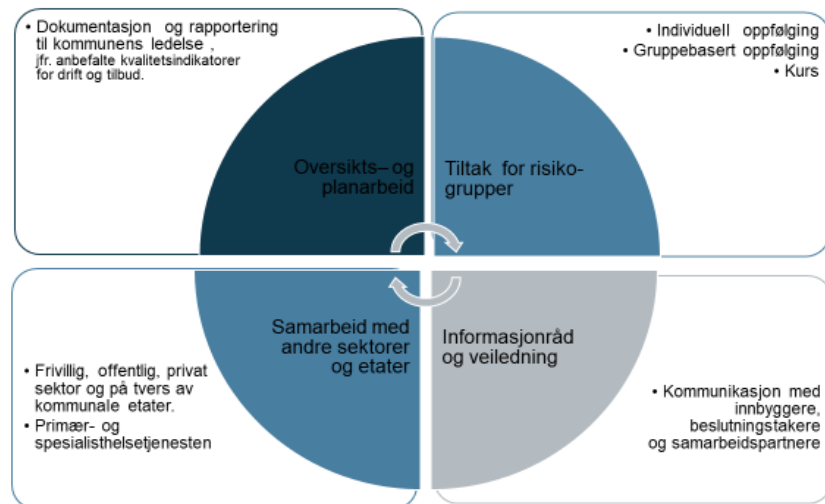
Virksomheten ved frisklivssentralene skal bygge på kunnskapsbasert praksis og brukermedvirkning. Målsetningen er at frisklivssentraler skal nå de i befolkningen med sammensatte og langvarige helseplager og dem som ikke finner seg til rette andre steder, som for eksempel i den ordinære helsetjenesten eller på tradisjonelle treningssenter. I mange av kommunene er ikke frisklivssentralen en fysisk bygning, men kan være spredte tjenester innenfor f.eks. fysioterapi, helsestasjon, bo- og behandlingsinstitusjoner eller ved spredte kurslokaler.

Helsedirektoratet har utviklet en veileder for kommunale frisklivssentraler, som skal være til hjelp for kommuner som ønsker å etablere frisklivssentral. Veilederen beskriver kvalitetskrav og anbefalinger for etablering, organisering og tilbud ved sentralene. Veilederen ligger på hjemmesidene til Helsedirektoratet (<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/>).

3.2. Organisering og samarbeid

Helsedirektoratet oppfordrer kommunene til å etablere frisklivssentraler i egen kommune eller i samarbeid med andre kommuner, f.eks. i interkommunale samarbeid. Samarbeid med andre kommuner om frisklivssentral kan være hensiktsmessig og gi mulighet for styrket og bredere kompetanse, bedre kvalitet og ressursutnyttelse og et mer robust tilbud til innbyggerne. Interkommunalt samarbeid kan innebære at flere kommuner etablerer en felles frisklivssentral, eller at kommuner samarbeider om tilbud og kompetanse, utstyr, lokaler og andre ressurser. Mange kommuner velger å samarbeide om tjenesten. Etablering og organisering av frisklivssentraler og samarbeid med andre kommuner går rapporten nærmere på i kapittel 4.

Figur 3.1 Arbeidet i frisklivssentralen



Kilde: Helsedirektoratet

Figur 3.1 gir en oversikt over arbeidet som utføres ved sentralene. Frisklivssentralen samarbeider med flere aktører innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunelegen har en sentral rolle når det gjelder å forankre og organisere frisklivssentralen som en del av helsetjenesten i kommunene. Fastlegene kan henvise pasienter til frisklivssentralen, samt samarbeide om oppfølging av pasienter. Primærhelseteam og helsestasjon- og skolehelsetjeneste er eksempler på andre aktuelle samarbeidspartnere innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Frisklivssentralen skal bidra til sammenhengende helsetjenester og være en samarbeidspartner i kommunens folkehelsearbeid (Helsedirektoratet 2019).

Frisklivssentralene samarbeider dessuten med en rekke andre aktører; spesialisthelsetjenesten, NAV, tannhelsetjenesten, arbeidsgivere, brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner og andre lokale og private aktører. NAV, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan, på samme måte som fastlegene, henvise brukere eller pasienter til frisklivssentralen. Spesialisthelsetjenesten kan videre benytte frisklivssentralen som samarbeidspartner før, under og etter behandling av pasienter. Frisklivssentralene samarbeider med ulike deler av spesialisthelsetjenesten, blant annet lærings- og mestringssentrene. Det anbefales i veilederen for kommunale frisklivssentraler at samarbeidet med andre aktører er gjensidig forpliktende og gjerne formalisert gjennom rutiner og skriftlige avtaler (Helsedirektoratet 2019). Frisklivssentralenes samarbeid med andre aktører blir nærmere omtalt og analysert i kapittel 8.

Det er også viktig for frisklivssentralene å bidra med informasjon til administrativ og politisk ledelse og gi innspill til kommuneplanarbeid om forhold knyttet til

levevaner. De blir oppfordret til å rapportere årlig til politikere og administrasjon om drift og resultat. Frisklivssentralen bør også drive systematisk informasjons- og kommunikasjonsarbeid for å sikre forankring, og for at innbyggerne skal kjenne til frisklivssentralen og tilbudene der. Fylkesmannen har ansvar for tilsyn, rådgiving, kompetansetiltak og annet kvalitetsarbeid for frisklivssentralene. I mange fylker har Fylkesmannen i samarbeid med fylkeskommunen etablert regionale nettverk for frisklivssentralene.

3.3. Tilbud ved frisklivssentralen

Frisklivssentraler er en kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste som gir støtte til endring av levevaner i mestring av helseutfordringer. Målgruppen er personer som har økt risiko for, eller allerede har utviklet sykdom og som trenger hjelp til å endre levevaner og mestre sine helseutfordringer. Tilbudet skal være for alle i målgruppen som bor og oppholder seg i kommunen og arbeidet til frisklivssentralene er som figur 3.1 viser knyttet til tiltak for risikogrupper gjennom individuell og gruppebasert oppfølging og kurs. Frisklivssentralen gir en strukturert, tilpasset og tidsavgrenset oppfølging (12 uker av gangen). Oppfølgings-tilbudet starter med en helsesamtale mellom bruker og veilederen ved frisklivssentralen (Helsedirektoratet 2019). Underveis skal brukerne få informasjon om og prøve ut lokale tilbud, med en målsetning om å fortsette med egenaktivitet etter at oppfølgingsperioden er over.

Veilederen for kommunale frisklivssentraler beskriver at basistilbudet ved sentralen skal bestå av tilbud om støtte til fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt. Frisklivssentralen anbefales videre, dersom det er ressurser til det, å supplere med tilbud til personer med lettere psykiske plager, søvnvansker og/eller risikofylt alkoholbruk. Gruppetilbud og kurs kan gis i egen regi eller i samarbeid med andre aktører eller kommuner. Frisklivssentralens tilbud skal i utgangspunktet være generelt og diagnoseuavhengig. Tilbudene er beskrevet i detalj i veilederen for kommunale frisklivssentraler som er tilgjengelig på Helsedirektoratets hjemmesider. De ulike tilbudene, samt utbredelsen av og bruken av tilbudene blir gjennomgått nærmere i kapittel 7.

3.4. Finansiering av frisklivssentraler

Kommunene må finansiere frisklivssentralene over eget budsjett. Det kan søkes om tilskudd til etablering og utvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestrings-tilbud. Det er Fylkeskommunen som forvalter tilskuddet på vegne av Helsedirektoratet. Fram til 2020 var det Fylkesmannen som gjorde dette. Helsedirektoratet fordeler tilskuddsmidler årlig til fylkeskommunen, som står for den videre tilskuddsforvaltningen. Tilskudd til frisklivs-, lærings- og mestrings-tilbud kan gis til samme formål i inntil tre år, men med forbehold om behandlingen i statsbudsjettet. Kommunene som har mottatt tilskuddet, må årlig rapportere til fylkeskommunen hvordan tilskuddet er anvendt og gi en vurdering av hvordan gjennomførte tiltak har bidratt til måloppnåelse for ordningen.

Kommunene har anledning til å be om egenbetaling fra brukerne for noen av tilbudene ved frisklivssentralen. Muligheten for å be om egenbetaling fra deltakere er regulert av § 11-2 i Helse- og omsorgstjenesteloven. Frisklivssentralen kan ikke kreve egenbetaling av brukerne for den individuelle helsesamtalen, da denne er å anse som en lovpålagt tjeneste. Andre temabaserte kurs og gruppeaktiviteter som ikke skal behandle spesifikke diagnoser blir ikke ansett som lovpålagte tjenester. Kommunen har derfor anledning til å be om en egenandel av brukerne for disse tilbudene, men det blir anbefalt at egenbetalingen holdes lav.

3.5. Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommuner uten frisklivssentral

Som nevnt innledningsvis, står kommunene fritt til å organisere det forebyggende og helsefremmende arbeidet på den måten de selv mener er mest formålstjenlig. Selv om kommuner ikke har frisklivssentral, kan de tilby kurs og tilbud som oppfyller kravene om at de skal være strukturerte og tidsavgrensede når det gjelder oppfølging med individuell og grupperettet veiledning til voksne over 18 år. Tilbudene kan bli gitt i regi av en eller flere ulike tjenester innen kommunen, for eksempel fastlegetjenesten eller fysioterapitjenesten eller av egne enheter for læring og mestring.

I 2019 var det 174 kommuner som ikke hadde etablert frisklivssentral, det vil si om lag 40 prosent av kommunene i Norge. Det er begrenset med datakilder som dokumenterer hvilke forebyggende helsetilbud som finnes i kommuner uten frisklivssentraler og hvordan disse er organisert. I forbindelse med kartleggingene av frisklivssentraler i 2013 og 2016 ble det utført casestudier og telefonintervju for å få mer kunnskap om hvilke frisklivs-, lærings- og mestringstilbud som finnes i kommuner uten frisklivssentral. Disse studiene viste blant annet at de fleste kommunene i undersøkelsen ikke har tilsvarende forebyggende og helsefremmende lavterskeltilbud som tilbys ved frisklivssentraler og at tilbudene som blir gitt i kommuner uten frisklivssentral i all hovedsak er sekundærforebygging. (Ekornrud og Thonstad 2016 og 2018).

Kartleggingen av frisklivstilbud i kommuner uten frisklivssentral via KOSTRA-skjema 1 for 2019-årgangen viser at en betydelig andel kommuner uten frisklivssentraler tilbyr forebyggende og helsefremmende tilbud til innbyggerne sine. 71 prosent av kommunene uten frisklivssentral oppgir å ha tilbudt ett eller flere av tilbudene det spørres om i kartleggingen, mens 29 prosent oppgir at de ikke har noen av tilbudene. For 2019-årgangen svarte et utvalg av kommunene uten frisklivssentral på en tilleggsundersøkelse for å få mer utfyllende informasjon om disse frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene med hensyn til organisering, samarbeid, brukermedvirkning og kompetanse. I kapittel 10 og 11 vil frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommuner uten frisklivssentral og resultatene fra tilleggsundersøkelsen bli omtalt nærmere.

4. Er det regionale forskjeller i etablering og organisering av frisklivssentraler?

Dagens helseutfordringer krever økende forebyggende innsats. Frisklivssentraler er en viktig forebyggende helsetjeneste som skal tilby kunnskapsbasert og effektiv hjelp til å endre levevaner og mestre sykdom og helseplager, og slik være en hensiktsmessig måte å organisere forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunene. Målsetningen er at frisklivssentraler skal nå de i befolkningen med sammensatte og langvarige helseplager og de som ikke finner seg til rette andre steder, som for eksempel i den ordinære helsetjenesten eller på tradisjonelle treningssenter.

Nasjonale helse- og omsorgsplan (2011-2015) vektlegger en styrking av den helsefremmende og forebyggende innsatsen for å hindre at sykdom oppstår og utvikler seg. St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* peker på at det er behov for folkehelsearbeid på tvers av sektorer, økt helsefremmende og forebyggende innsats, og styrking av de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Helse- og omsorgstjenesteloven vektlegger kommunenes plikt til å yte tjenester som fremmer helse og forsøker å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer.

I forbindelse med det økende behovet for forebyggende innsats i kommunene er de sentrale helsemyndighetene tydelige på at frisklivssentraler er en anbefalt måte å organisere helsetjenester som bidrar i arbeidet med det helsefremmende og forebyggende helsearbeidet (Helsedirektoratet 2019). Formålet med arbeidet i frisklivssentralen er å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom. Endring av levevaner kan være utfordrende, men ifølge helsemyndighetene vil frisklivssentraler gi deltakere hjelp til dette gjennom metoder med dokumentert effekt. I tillegg kan deltakelse i grupper gi økt motivasjon og bidra til nettverksbygging (Helsedirektoratet 2019).

4.1. Organisering av tjenesten fordelt etter ulike regionale bakgrunnskjennetegn

Helsemyndighetene anbefaler at frisklivssentraler blir etablert i alle kommuner, eventuelt i interkommunale samarbeid. Tall fra SSB viser at det har vært en jevn økning i antall kommuner som har etablert frisklivssentraler i perioden 2011-2019. I 2019 var det 262 kommuner (inkludert bydeler i Oslo) som rapporterte at de hadde etablert tilbudet. Dette er ca. 60 prosent av alle kommunene i Norge. Mellom 2011 og 2019 har antallet kommuner som har etablert tilbudet økt fra 115 til 262 kommuner, som er over en dobling på disse åtte årene.

Frisklivssentraler ble definert i loven som en forebyggende helsetjeneste i 2013 og er regulert av Lov om helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet 2013). Selv om tjenesten utfører lovpålagte oppgaver, er det ikke en lovpålagt helsetjeneste. Det innebærer at kommunene fremdeles står fritt til å organisere det forebyggende og helsefremmende arbeidet på den måten de selv mener er mest formålstjenlig. Den breie kartleggingen som ble gjennomført for årgangene 2013, 2016 og 2019 gir informasjon om organiseringen av frisklivssentraler i kommune-Norge. I tillegg gir den årlige innsamlingen i KOSTRA informasjon om antall kommuner som har etablert tilbudet, og om de samarbeider med andre kommuner om tilbudet.

Det vil derfor være interessant å se om det er forskjeller i etablering og samarbeid når det gjelder frisklivssentraler etter ulike regionale bakgrunnskjennetegn som fylker, kommunestørrelse og kommunesentralitet. Er det slik at kommuner med et sett av felles regionale bakgrunnskjennetegn velger å etablere frisklivssentraler framfor andre? Er det slik at en høyere andel kommuner i bestemte fylker velger å

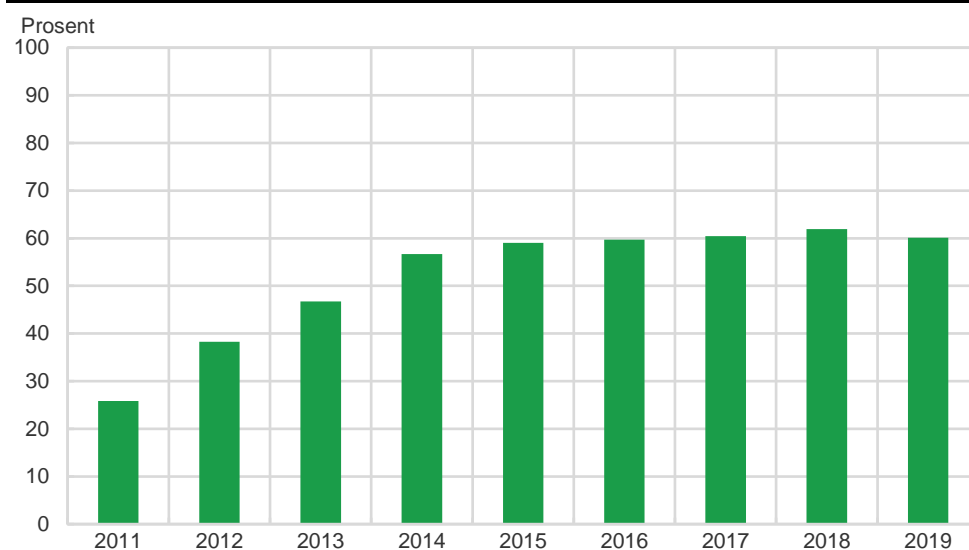
etablere frisklivssentraler sammenlignet med andre fylker? Kan det være at størrelsen til en kommune, målt i innbyggertall, er avgjørende for om en velger å etablere tilbudet? Eller er det slik at sentraliteten til en kommune er med på å avgjøre om en velger å etablere tilbudet eller ikke? For alle disse spørsmålene vil det også være interessant å se på utviklingen i perioden 2013-2019.

4.2. Veksten i andel kommuner med frisklivssentral flater ut

Stadig flere kommuner har over tid valgt å etablere frisklivssentral i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger. Noen frisklivssentraler blir avviklet, mens andre kommer til, men i sum har det stort sett vært en økning i det totale antall kommuner med frisklivssentraler i perioden 2011-2019.

Figur 4.1 viser andelen kommuner og bydeler i Oslo som har etablert frisklivssentraler i perioden 2011-2019.

Figur 4.1 Kommuner som har etablert frisklivssentraler. Hele landet. 2011-2019. Prosent



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.1 viser at 3 av 5 kommuner, eller 60 prosent, har etablert frisklivssentral i Norge i 2019. Tallene viser en jevn økning i perioden 2011-2015, før det flater ut i perioden 2015-2018, og reduseres noe mellom 2018 og 2019. Mens det var 115 kommuner som hadde etablert frisklivstilbudet i 2011, var antallet 262 i 2019, noe som tilsvarer en økning fra rundt 26 prosent til i overkant av 60 prosent. Dette utgjør godt over en dobling av kommuner som har etablert tjenesten i perioden, eller vel 130 prosent. Et tallmateriale som har blitt samlet inn av Helsedirektoratet, viser for øvrig at det også var en jevn økning i kommuner som etablerte frisklivssentraler i perioden 2008-2011 (Ekornrud og Thonstad 2016).

Utflatingen i perioden 2015 til 2019 kan skyldes flere årsaker. En gjennomgang av grunnlagstallene for perioden viser imidlertid at selv om stadig nye kommuner etablerte frisklivssentraler, er det tilsvarende antall kommuner som la ned tilbudet. Mens det var 57 kommuner som etablerte frisklivssentral i perioden 2015-2019, var det til gjengjeld 56 kommuner som la ned tilbudet. Dette tilsvarer i gjennomsnitt 14 nyetableringer og nedleggelses per år. Antall nyetableringer og nedleggelses av frisklivssentraler kan her inkludere kommuner som har etablert tilbudet, for så legge det ned og starte det opp igjen. I og med at antallet nyetableringer og nedleggelses er relativt likt, er dette med på å forklare utflatingen i veksten i kommuner med frisklivssentraler i perioden.

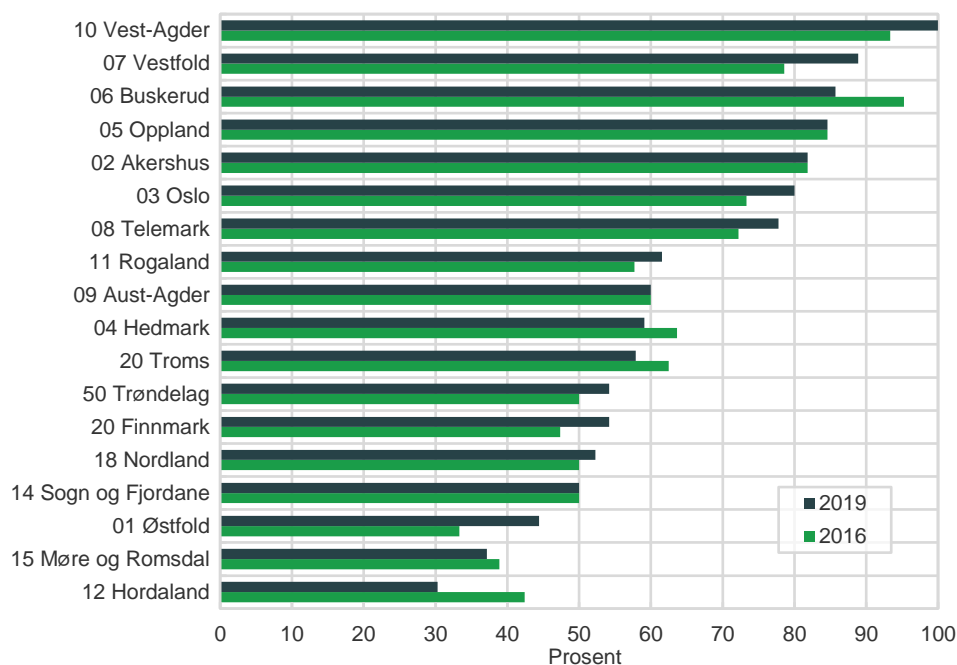
Det største antallet nedleggelse i perioden 2015-2019 er mellom årene 2018 og 2019. Denne nedgangen kan delvis skyldes kommunereformen som tredde i kraft i f.o.m. 1.1.2020. Kommunene rapporterte 2019-tall i første halvdel av 2020, og flere kommuner som det skulle rapporteres tall for, eksisterte ikke på rapporteringstidspunktet. Dette kan ha ført til at noen nye kommuner har svart nei på om den gamle kommunen har frisklivssentral i og med at den ikke lenger eksisterer, selv om den faktisk hadde tilbudet i 2019. En gjennomgang av tallene viser at det var 20 kommuner (inkludert bydeler i Oslo) som la ned tilbudet mellom 2018 og 2019. 3 av disse 20 kommunene inngår i nye sammenslåtte kommuner f.o.m. 2020. Det betyr at dette ikke forklarer flertallet av nedleggelse mellom 2018 og 2019. Samtidig bør den lille nedgangen i andelen kommuner med frisklivssentraler mellom 2018 og 2019 tolkes med varsomhet. Først når rapporteringen for 2020-årgangen er gjennomført kan man fastslå om nedgangen er reell eller ikke.

4.3. Store fylkesvise forskjeller i andelen kommuner med frisklivssentral

Frisklivssentraler er et relativt nytt helsetilbud og en ny måte å organisere forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunene, og har derfor kan hende fått et større fotfeste i enkelte deler av landet sammenlignet med andre. Det er rimelig å anta at fylker som var tidlig ute med å etablere frisklivssentraler i kommunene, har kommet lenger i etableringsarbeidet og med å rekruttere andre kommuner enn fylker der det er først de siste årene at kommuner har etablert tilbudet.

Figur 4.2 viser andelen kommuner som har etablert frisklivssentraler i de 18 fylkene i 2016 og 2019.

Figur 4.2 Kommuner/bydeler i Oslo som har etablert frisklivssentral. Fylker. 2016 og 2019. Prosent



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Det er store fylkesvise forskjeller i andelen kommuner som har etablert frisklivssentraler. Mellom 2016 og 2019 har 13 av fylkene hatt en økning eller uendret andel kommuner som har etablert tilbudet, mens 5 fylker har hatt en nedgang.

Hordaland er fylket med minst og Vest-Agder fylket med størst andel kommuner som har etablert frisklivssentraler i 2019. Mens bare hver tredje kommune i Hordaland hadde etablert frisklivssentral i 2019, hadde alle kommuner i Vest-Agder etablert tilbudet. Blant fylkene som har minst andel kommuner med frisklivssentraler i 2019 finner vi Hordaland (30 prosent), Møre og Romsdal (37 prosent) og Østfold (44 prosent). Blant fylkene der andelen kommuner med frisklivssentraler er størst i 2019 finner man Oppland (85 prosent), Buskerud (86 prosent), Vestfold (89 prosent) og Vest-Agder (100 prosent).

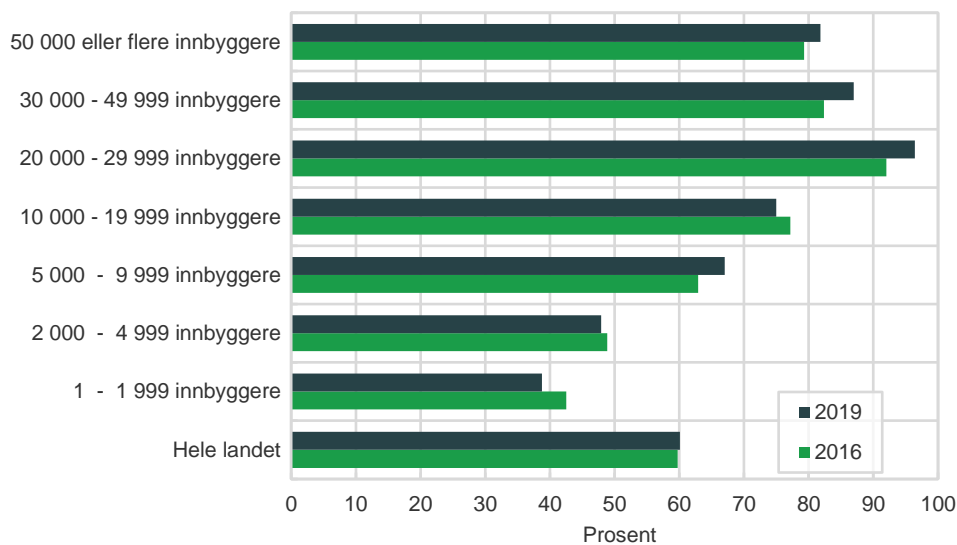
I 13 av 18 fylker har andelen kommuner med frisklivssentraler økt eller vært uendret mellom 2016 og 2019. Den største prosentvise økningen er i fylkene som i utgangspunktet hadde en relativt liten andel kommuner med frisklivssentraler. Østfold og Finnmark har størst prosentvis økning med hhv. 33 og 14 prosent. Det er også en økning i fylker som i utgangspunktet hadde en stor andel kommuner med tilbudet. Vestfold og Vest-Agder har begge hatt en økning i perioden 2016-2019. I 5 av 18 fylker har andelen kommuner med frisklivssentraler blitt mindre mellom 2016 og 2019. Den største prosentvise nedgangen var i Hordaland og Buskerud med hhv. 29 og 10 prosent.

Selv om andelen kommuner som har etablert frisklivssentraler mellom 2016 og 2019 er relativt uendret på rundt 60 prosent for landet totalt, viser grunnlagstallene at en rekke nye kommuner velger å etablere tilbudet, samtidig som flere kommuner velger å legge ned. Antallet nyetableringer og nedleggelse er omtrent likt landet sett under ett, men varierer etter fylker. I perioden 2015-2019 var Hordaland og Troms fylkene med flest nedleggelse med hhv. 12 og 6 kommuner. Hordaland og Troms var fylkene med flest etableringer av frisklivssentral med hhv. 7 og 6. En av årsakene til at kommuner velger å legge ned tjenesten, kan være at det er utfordrende å finne midler i kommunen etter at etableringstilskuddet fra fylkesmannen blir avsluttet etter tre år. De fleste kommunene som har valgt å legge ned tjenesten, er små, målt i innbyggertall. Det kan tyde på at disse er særlig utsatt med tanke på både nøkkelpersonell og tilgang til lokaler for å videreføre tilbudet. I tillegg kan mangel på god forankring i politisk og administrativ ledelse også være en årsak. Disse antakelsene ble langt på vei bekreftet i case-studiene og telefonintervjuene som ble gjennomført i rapportene om frisklivssentraler fra 2016 og 2018 (Ekornrud og Thonstad 2016 og Ekornrud og Thonstad 2018).

4.4. Minst andel frisklivssentraler i de minste kommunene

Kommunestørrelse, målt i innbyggertall, kan være med å påvirke om en kommune velger å etablere frisklivssentral for å utføre lovpålagte tjenester knyttet til forebygging og helsefremmende arbeid. Dette kan være både fordi kommuner med omtrent lik størrelse kan ha noen av de samme utfordringene med hensyn til folkehelsen i befolkningen. Samtidig kan frisklivssentral også være mer formålstjenlig å etablere i kommuner av en bestemt størrelse sammenlignet med andre. For eksempel kan det være grunn til å anta at en i større kommuner med et større utbygd sett av helse- og omsorgstjenester ser på frisklivssentraler som en nødvendig måte å organisere det forebyggende og helsefremmende tjenestetilbudet på. Det vil derfor være interessant å se hvordan kommuner som har etablert frisklivssentraler fordeler seg etter kommunestørrelse.

Figur 4.3 viser andelen kommuner som har etablert frisklivssentraler fordelt etter kommunestørrelse (målt i folketall) i 2016 og 2019.

Figur 4.3 Kommuner/bydeler i Oslo som har etablert frisklivssentral fordelt etter kommunistørrelse. 2016 og 2019. Prosent

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.3 viser at det er særlig blant de minste kommunene at andelen som har etablert frisklivssentraler er liten i 2019. Videre øker andelen kommuner som har etablert tilbudet jevnt med økende innbyggertall fram til i de to største kommunegruppene, hvor det er en liten nedgang. I perioden 2016-2019 er det ellers en økning i andelen kommuner som har etablert frisklivssentraler i de mest folkerike kommunene og en nedgang i kommunene med færrest innbyggere.

Andelen som har etablert frisklivssentraler i 2019 er minst i kommuner med under 2 000 innbyggere og størst i kommuner med 20 000 – 29 999 innbyggere. Andelen kommuner øker jevnt med voksende innbyggertall, men bare fram til et visst punkt. Andelen kommuner med frisklivssentraler faller fra kommunegruppen med 20 000 – 29 999 innbyggere (96 prosent) til den med 30 000 – 49 999 innbyggere (87 prosent) og kommuner med over 50 000 innbyggere (82 prosent).

En sammenligning av resultatene for 2016 og 2019 viser relativt stabile tall mellom de to årene. Det har riktignok vært en økning i andelen kommuner som har etablert frisklivssentraler i kommunegruppen 5 000 – 9 999 innbyggere, samt for kommunegruppene med over 20 000 innbyggere. Samtidig har det vært en nedgang for kommunegruppen med 10 000 – 19 999 innbyggere og for de to kommunegruppene med under 5 000 innbyggere. I de fire kommunegruppene hvor det har vært en økning, er den relativt moderat. Den største prosentvise økningen er i kommunegruppen med 5 000 – 9 999 innbyggere med 7 prosent, mens den er noe lavere i de tre største kommunegruppene (f.o.m. 20 000 innbyggere). I disse tre gruppene var andelen kommuner med frisklivssentral størst både i 2016 og 2019. Den største prosentvise nedgangen er i kommunegruppa med under 2 000 innbyggere med 9 prosent.

Tendensen for 2019 er at andelen kommuner som etablerer frisklivssentraler øker med økende innbyggertall i kommuner fram til i de to største kommunegruppene. Den samme tendensen så vi også i 2016. Utviklingen mellom 2016 og 2019 viser samtidig at forskjellene mellom de minste og største kommunegruppene blir noe større når det gjelder andelen som har etablert frisklivssentral.

Grunnlagstallene fra kartleggingene viser for øvrig at det er i mest sentrale strøk at størst andel kommuner har etablert frisklivssentraler i både 2016 og 2019. Andelen er minst i de minst sentrale kommunene og størst i de mest sentrale kommunene.

Utviklingen i perioden 2016-2019 viser samtidig de samme tendensene som for kommunestørrelse: Det har vært en økning i andelen med frisklivssentraler i de mest sentrale kommunene, mens det har vært en tilsvarende nedgang i de minst sentrale kommunene.

At andelen kommuner med frisklivssentraler er minst i de folkefattigste kommunene i minst sentrale strøk kan skyldes flere faktorer. Utviklingen mellom 2016 og 2019 viser dessuten at forskjellene mellom små og store kommuner er blitt noe større. En av årsakene kan være at små og mindre sentrale kommuner ikke ser på frisklivssentraler som den mest hensiktsmessige måten å organisere forebyggende og helsefremmende arbeid på. Frisklivssentraler legger opp til en rekke gruppetilbud hvor det kan tenkes at befolkningsgrunnlaget i målgruppene tjenesten ønsker å nå må være av en viss størrelse. Det kan tenkes at dette grunnlaget med potensielle deltakere ikke er stort nok i små kommuner. En annen årsak kan være at små kommuner har begrenset med tilgang til ressurser og personell med nødvendig kompetanse til å drive et slikt tilbud. I tillegg kan lange reiseavstander internt i mindre sentrale kommuner gjøre det vanskelig å etablere frisklivssentral uten at det går på bekostning av målet om å være et lavterskeltilbud for de aktuelle målgruppene. Dette ble bekreftet som en årsak til at en kommune hadde lagt ned frisklivssentralen i telefonintervju gjennomført i forbindelse med forrige rapport (Ekornrud og Thonstad 2018). Det kan samtidig nevnes at utviklingen fra 2016 til 2019 viser at relativt små kommuner med 5 000 – 9 999 innbyggere har hatt den største prosentvise økningen i andelen frisklivssentraler av alle kommune grupper. At andelen kommuner som velger å etablere frisklivssentraler er størst blant større kommuner i sentrale strøk, og at andelen øker mellom 2016 og 2019, tyder på at kommuner av en viss størrelse ser på det som særlig formålstjenlig å organisere og samle de forebyggende og helsefremmende tjenestene i kommunen innenfor rammen av en frisklivssentral.

4.5. Samarbeid om frisklivssentraler mellom kommunene

Helsedirektoratet oppfordrer kommunene til å etablere frisklivssentraler i egen kommune eller i samarbeid med andre kommuner, f.eks. i interkommunale samarbeid. Samarbeid med andre kommuner om en frisklivssentral kan være hensiktsmessig. Det kan gi mulighet for styrket og bredere kompetanse, bedre kvalitet og ressursutnyttelse og et mer robust tilbud til innbyggerne. Interkommunalt samarbeid kan innebære at flere kommuner etablerer en felles frisklivssentral, eller at kommuner samarbeider om tilbud og kompetanse, utstyr, lokaler og andre ressurser. Kommuner kan også inngå samarbeidsavtaler om for eksempel utviklingsprosjekter, ansettelse av personell med spesiell kompetanse og/eller kompetansehevende tiltak for personell i kommunene.

Mange kommuner velger å samarbeide om tjenesten. Interkommunale samarbeid blir i mange kommuner sett på som en mer formålstjenlig organisering med hensyn til tilgjengelig personell, ressurser og fagkompetanse. Samarbeid på tvers av kommuner og gjerne i interkommunale samarbeid er også vanlig innenfor andre helse- og omsorgstjenester i kommunene. Organiseringen av legevaktstjenesten er et eksempel på hvor dette er utbredt (SSB 2020).

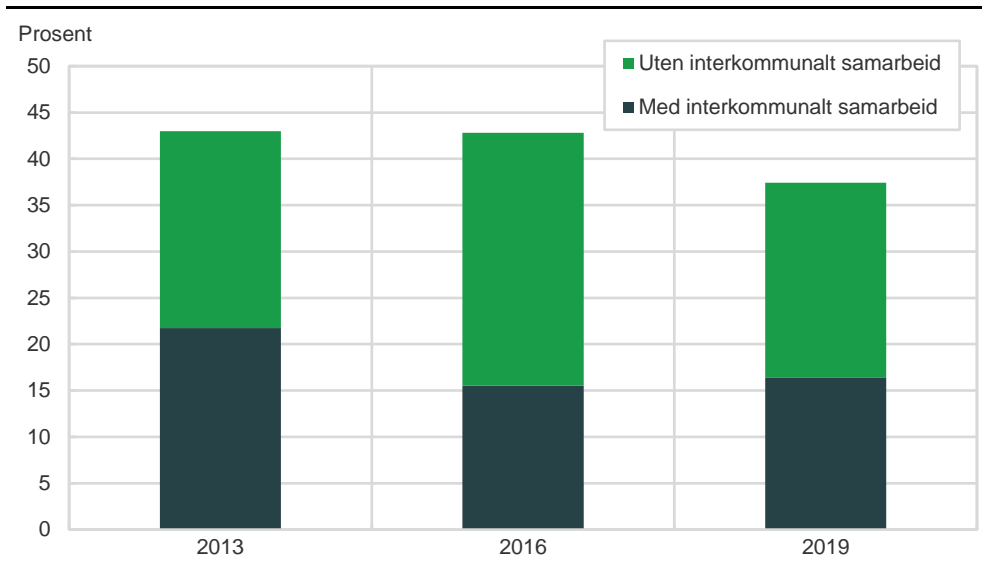
Organisering av frisklivssentraler i samarbeid med andre kommuner kan variere etter regionale bakgrunnskjennetegn. Er det slik at kommuner med mange fellestrekk velger interkommunalt samarbeid i større grad? Har kommunene i enkelte fylker større grad av samarbeid om frisklivssentraler enn andre? Er det slik at størrelsen på en kommune, målt i innbyggertall, kan være avgjørende for om en velger å etablere et samarbeid? Eller er det slik at sentraliteten til en kommune er med på å avgjøre om en velger å etablere tilbudet i samarbeid med andre kommuner eller ikke? I tillegg vil det være interessant å se på om det er noen

endring i perioden 2013-2019 når det gjelder samarbeid. Er det slik at det er forskjell i utviklingen etter ulike regionale bakgrunnskjennetegn som fylke og kommunestørrelse? Det er rimelig å anta at små kommuner med avgrenset tilgang til personell, ressurser og kompetanse på området velger å samarbeide med andre kommuner om tjenesten i større grad enn andre.

Med interkommunalt samarbeid menes et mer formalisert samarbeid enn et samarbeid som ikke er interkommunalt. Det kan være et samarbeid om en felles frisklivssentral, eller at kommuner samarbeider om tilbud og kompetanse, utstyr, lokaler og andre ressurser. Til sammenligning kan et samarbeid som ikke er interkommunalt være mer løselig, og bestå av at en kommune har mulighet til å sende innbyggerne sine på et frisklivstilbud i nabokommunen uten at det foreligger en formalisert avtale om dette. SSB vurderer at det er ulike tolkninger blant kommunene når det gjelder hva som defineres som et interkommunalt samarbeid og ikke.

Figur 4.4 viser andelen kommuner med frisklivssentral som har inngått samarbeid med andre kommuner om tilbudet, med og uten interkommunalt samarbeid i 2013, 2016 og 2019.

Figur 4.4 Kommuner med frisklivssentraler som har inngått samarbeid med andre kommuner i alt, med og uten interkommunalt samarbeid. Hele landet. 2013, 2016 og 2019. Prosent



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.4 viser at andelen som velger å inngå samarbeid med andre kommuner om frisklivssentraler er redusert i perioden 2013-2019. Det er i hovedsak andelen samarbeidende kommuner uten interkommunalt samarbeid som er redusert.

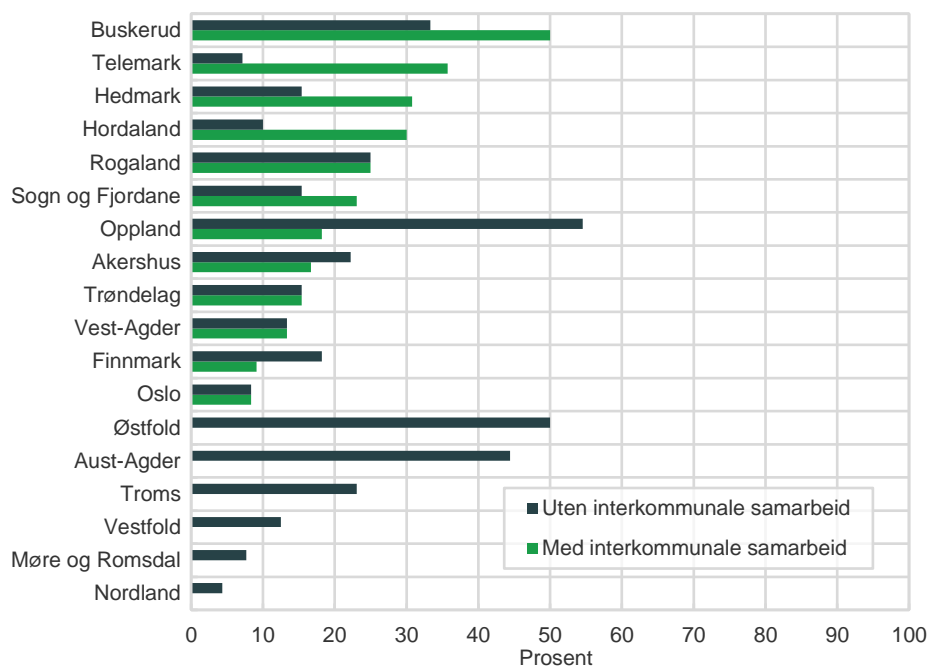
Blant alle kommunene som har etablert frisklivssentraler, var det 37 prosent som hadde inngått samarbeid med andre kommuner i 2019. Utviklingen i perioden 2016-2019 viser at andelen kommuner som har inngått samarbeid totalt er blitt redusert fra 43 til 37 prosent. Andelen som hadde inngått interkommunalt samarbeid er uendret mellom 2016 og 2019 med 16 prosent, mens kommuner som samarbeider uten et formalisert interkommunalt samarbeid, er redusert fra 27 til 21 prosent. I og med at antallet kommuner med frisklivssentral er omtrent det samme i 2016 og 2019 (hhv. 264 og 262), er det absolutte antallet kommuner som har inngått samarbeid om tjenestetilbudet også lavere i 2019 enn i 2016.

Grunnlagstallene for 2019 viser for øvrig at interkommunalt samarbeid om ett eller flere av tilbudene ved frisklivssentralene med tre andre kommuner er det vanligste

(17 kommuner). Videre er interkommunale samarbeid med en annen kommune den nest mest vanlige måten (1617 kommuner) og samarbeid med to andre kommuner minst vanlig (12 kommuner).

Figur 4.5 viser andelen kommuner med frisklivssentraler som har inngått samarbeid med andre kommuner om tilbud, med og uten interkommunalt samarbeid, fordelt etter fylker i 2019.

Figur 4.5 Kommuner med frisklivssentraler som har inngått samarbeid med andre kommuner, med eller uten interkommunalt samarbeid. Fylker, 2019. Prosent



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

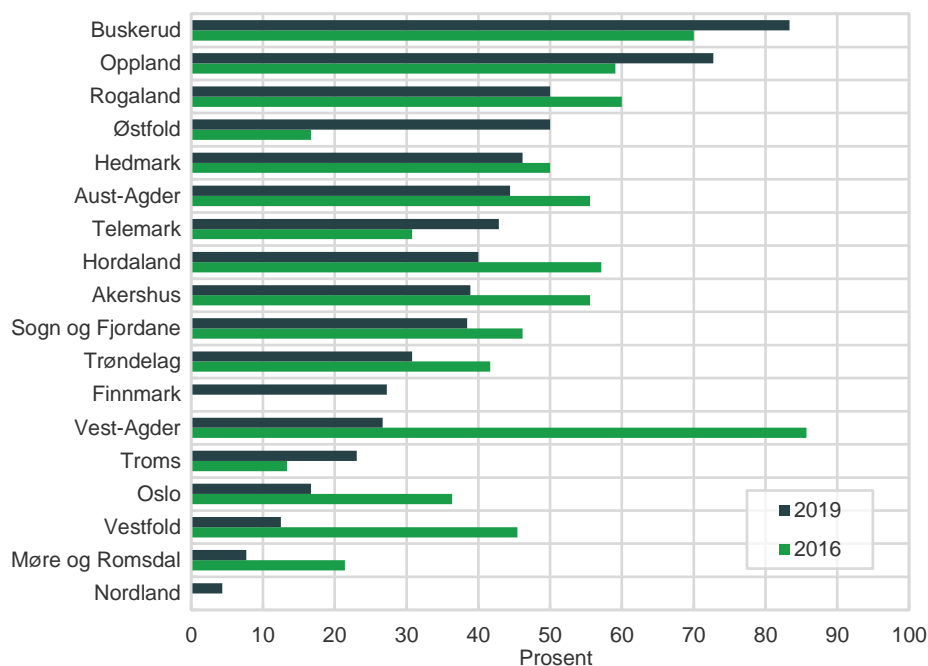
Figur 4.5 viser store fylkesvise forskjeller når det gjelder å organisere frisklivssentraler i samarbeid med andre kommuner. Den viser også forskjeller mellom fylker når det gjelder om samarbeidet er interkommunalt eller ikke.

Buskerud var det fylket der størst andel kommuner med frisklivssentral valgte å samarbeide om tilbudet (83 prosent), mens Nordland og Møre og Romsdal var fylkene med minst andel samarbeidende kommuner med hhv. 4 og 8 prosent. Det er rimelig å anta at til dels lange reiseavstander i Nordland kan gjøre det vanskelig å samarbeide på tvers av kommuner om et lavterskeltilbud som frisklivssentraler. På den annen side samarbeider 27 prosent av kommunene i Finnmark om tilbudet, hvor lange reiseavstander kan være en vel så stor utfordring. Dersom et tilbud bare blir gitt i en samarbeidskommune der reisetiden vil være lang for å delta, kan ikke lenger tilbudet regnes som et lavterskeltilbud. Det er samtidig viktig å understreke at kommuner ikke bare samarbeider om enkelttilbud. Det kan også være tilfelle av samarbeid om personell. Dersom personell fysisk gjennomfører kurs i alle de samarbeidende kommunene, vil ikke reiseavstander nødvendigvis være en utfordring for deltakerne.

I Buskerud valgte totalt 83 prosent av kommunene med frisklivssentraler å samarbeide. 50 prosent av dem valgte å samarbeide interkommunalt. I Oppland var det 73 prosent som samarbeidet om tilbudet, mens bare 15 prosent av kommunene valgte å samarbeide interkommunalt. I Oslo hadde to bydel, eller 17 prosent av bydelene med frisklivssentraler valgt å samarbeide.

Figur 4.6 viser andelen kommuner med frisklivssentral som har inngått samarbeid med andre kommuner (både med og uten formalisert interkommunalt samarbeid) fordelt etter fylker i 2016 og 2019.

Figur 4.6 Kommuner med frisklivssentraler som har inngått en form for samarbeid med andre kommuner. Fylker. 2016 og 2019. Prosent



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

En sammenligning mellom 2016 og 2019 viser at andelen kommuner som velger å samarbeide, har blitt redusert i 11 av 18 fylker. I de 7 øvrige har andelen økt. Vestfold har hatt den største prosentvise nedgangen mellom 2016 og 2019, mens Østfold har hatt den største økningen med 200 prosent. Mens det var 45 prosent av kommunene med frisklivssentraler som samarbeidet om tilbudet i Vestfold i 2016, gjaldt dette 13 prosent av kommunene i 2019. I Østfold samarbeidet 17 prosent av kommunene med frisklivssentral i 2016, men bare halvparten i 2019. Det er vanskelig å se systematiske forskjeller i endringene mellom 2016 og 2019. I flertallet av fylker går andelen kommuner med samarbeid ned, men samtidig har et betydelig antall fylker en økning i kommuner med samarbeid. Endringene i samarbeid mellom 2016 og 2019 er relativt store både for fylker som har hatt nedgang og økning, og i fylker som har relativt få og relativt mange kommuner med frisklivssentral. Ulik tilnærming i ulike fylker når det gjelder ønske om samarbeid, kan være en av årsakene til de fylkesvise endringene. Her vil det være flere faktorer som spiller inn. I flere tilfeller kan samarbeid komme av at kommunene allerede har inngått samarbeid på andre tjenesteområder der dette har fungert bra. I andre tilfeller kan behov for personell, ressurser og fagkompetanse gjøre det nødvendig å samarbeide med nabokommuner om hele eller deler av tilbudet ved frisklivssentraler. At enkelte kommuner har valgt å ikke lenger samarbeide om tjenesten kan tyde på at de har bygd opp den relevante kompetansen de trenger, har det nødvendige utstyret og tilgang til lokaler, som er tilstrekkelig for å drifte frisklivssentralen på egenhånd.

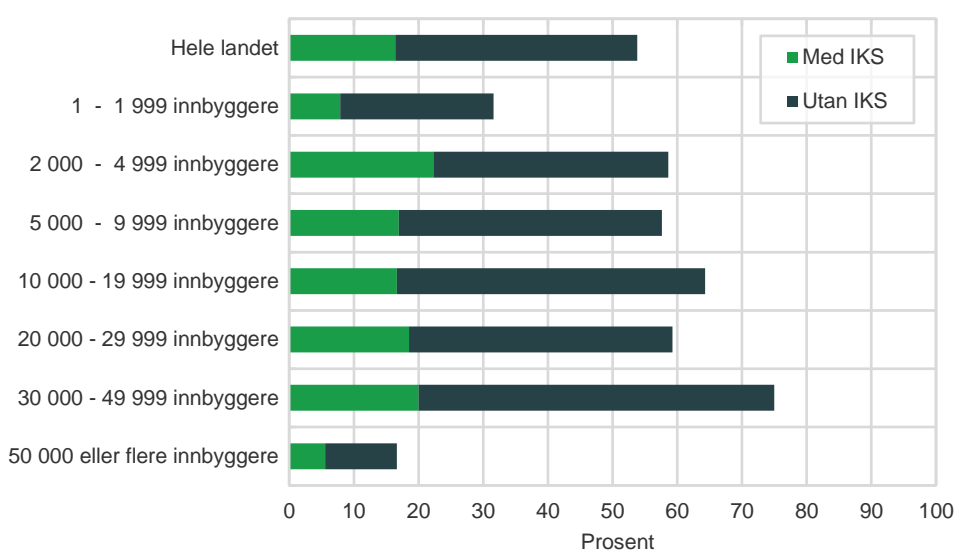
Målt i innbyggertall finnes det kommuner av ulike størrelse i de ulike fylkene, og innslaget av store og små kommuner varierer mellom fylkene. I fylker med mange kommuner med under 5 000 innbyggere vil det være rimelig å anta at flere søker samarbeid om frisklivssentraler. I Buskerud, som er fylket der andelen kommuner med samarbeid er størst, har fire av fem kommuner under 5 000 innbyggere. Dette

underbygger hypotesen om at samarbeid blir inngått i fylker med mange små kommuner. Samtidig har Finnmark og Nordland også en stor andel kommuner med under 5 000 innbyggere. I disse fylkene er andelen av kommunene som har valgt å samarbeide relativt liten. Her gjør nok lange reiseavstander seg gjeldende, og det blir derfor vanskelig å inngå samarbeid. Dette vil trolig også gjøre seg gjeldende i andre fylker med mange små kommuner. Det vil derfor være interessant å se hvordan samarbeidskommuner fordeler seg etter kommunestørrelse.

4.6. Samarbeid om frisklivssentraler etter ulike kommunestørrelse

Det er rimelig å anta at små kommuner med begrenset tilgang til fagpersonell med kompetanse, ressurser og godt utbygde helsetjenester oftere vil søke samarbeid enn større kommuner. Figur 4.7 viser andelen kommuner som har inngått samarbeid med og uten interkommunalt samarbeid i 2019.

Figur 4.7 Kommuner med frisklivssentral som har inngått samarbeid med andre kommuner med eller uten interkommunalt samarbeid. Kommunestørrelse. 2019. Prosent



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.7 viser at andelen kommuner som velger å samarbeide om frisklivstilbudet er minst i de minste og de største kommunene. Andelen øker stort sett med voksende innbyggertall fram til i de største kommunene.

Andelen kommuner som har inngått samarbeid er altså minst blant de med under 2 000 eller over 50 000 innbyggere, med hhv. 24 prosent og 11 prosent. Andelen er størst blant kommuner med 30 000 – 49 999 innbyggere med 55 prosent. For kommunegruppene med mellom 2 000 og 30 000 innbyggere er andelen som samarbeider på rundt 40 prosent. Den er noe økende med voksende innbyggertall, med unntak for kommunene med 20 000-29 999 innbyggere.

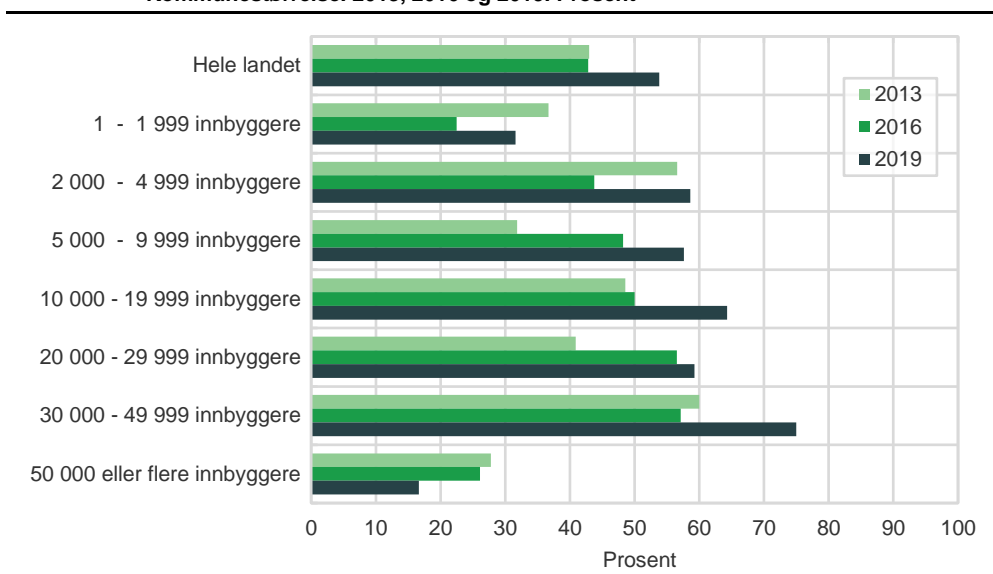
Når det gjelder andelen kommuner som har valgt å organisere hele eller deler av tjenesten som et interkommunalt samarbeid, er andelen størst blant kommuner med 2 000 – 4 999 innbyggere og minst i kommuner med over 50 000 innbyggere. I denne gruppen er bydeler i Oslo inkludert, som bidrar til at andelen med interkommunalt samarbeid er liten.

Grunnlagstallene viser at geografisk nærhet spiller den viktigste rollen for hvilke kommuner som velger å inngå samarbeid. I 2019 var det ingen kommuner som rapporterte at de samarbeider interkommunalt på tvers av fylkesgrensene. Videre

ser en at de minste kommunene (0- 1 999 innbyggere) samarbeider mest med like store, men også litt større kommuner enn seg selv. Blant kommuner med 2 000 – 4 999 innbyggere er det mest vanlig med samarbeid med like store eller mindre kommuner, samtidig som en del også samarbeider med større kommuner. Blant kommuner med 5000 – 9 999 innbyggere samarbeider de fleste med like store eller mindre, mens noen samarbeider med større nabokommuner. I kommuner med 10 000 – 19 999 innbyggere samarbeider flertallet med kommuner som er like store eller mindre. I kommuner med 20 000 – 29 999 har de fleste samarbeid med mindre kommuner. I de to største kommunegruppene (30 000 – 49 999 og mer enn 50 000) samarbeider flertallet med mindre kommuner.

Figur 4.8 viser utviklingen i andelen kommuner som har inngått samarbeid med andre kommuner for årene 2013, 2016 og 2019 etter kommunestørrelse.

Figur 4.8 Kommuner med frisklivssentral som har inngått samarbeid med andre kommuner. Kommunestørrelse. 2013, 2016 og 2019. Prosent



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.8 viser at det har vært en nedgang i andelen kommuner som samarbeider i de fleste kommunegruppene i perioden 2013 og 2019. For flere kommunegrupper er det samtidig store variasjoner i andelen som samarbeider mellom de tre årgangene.

Nedgangen i andelen kommuner som har inngått samarbeid i landet totalt, kan forklares med en nedgang i alle kommunegrupper. Unntaket er i kommunene med 5 000-9 999 innbyggere hvor det har vært en økning på 28 prosent i perioden. Den største prosentvise nedgangen er i kommuner med over 50 000 innbyggere. For flere kommunegrupper er det en økning mellom 2013 og 2016 som etterfølges av en nedgang mellom 2016 og 2019.

Det er nokså stor tilgang og avgang av kommuner som samarbeider og ikke mellom 2013 og 2019. Grunnlagstallene viser at det er 41 kommuner som hadde etablert samarbeid både i 2013 og 2019, mens 57 kommuner som samarbeidet i 2019 ikke hadde et samarbeid i 2013. Tilsvarende var det 48 kommuner som samarbeidet i 2013, som ikke lenger hadde i 2019. Den relativt store gjennomstrømmingen av kommuner som samarbeider og ikke, kan være en årsak til svingningene i tallene for enkelte kommunegrupper, i og med at det er en endring i hvilke kommuner som inngår i de ulike kommunegruppene mellom de ulike årgangene. Som tidligere nevnt er antallet nedleggelse og nyetableringer av frisklivssentraler nokså lik i perioden. Nedgangen i andelen kommuner som

samarbeider kan delvis forklares med at et større antall av kommunene som la ned frisklivssentralen samarbeidet enn hva som er tilfelle for dem som har etablert tilbudet i samme periode.

Det er gjennomstrømning av kommuner som samarbeidet i alle kommunegrupper, men det er særlig i de minste kommunegruppene at antallet som bare samarbeidet i 2019, er høyest. For de største kommunegruppene er det mindre endring av hvilke som samarbeidet i perioden.

Grunnlagstallene for 2019 viser ellers at andelen kommuner som samarbeider om frisklivstilbudet, er størst i mellomsentrale kommuner. Dette gjelder både samarbeid totalt og som interkommunalt samarbeid. Andelen som etablerer samarbeid, er minst i de mest sentrale og minst sentrale kommunene. Utviklingen mellom 2013 og 2019 viser ellers at det har vært en nedgang i andelen samarbeidende kommuner i alle grupper etter sentralitet. Unntaket er i de to mellomsentrale gruppene, hvor det har vært en liten økning. At andelen som samarbeider er minst i usentrale strøk, kan tyde på at mange kommuner som etablerer frisklivssentral her, ikke ser på det som formålstjenlig å etablere tilbudet i samarbeid med andre kommuner, f.eks. pga. reiseavstandene.

Grunnlagstallene viser for øvrig at kommuner i all hovedsak samarbeider med andre kommuner innenfor samme gruppe for sentralitet. Unntaket er i gruppene med minst sentrale kommuner der de i hovedsak samarbeider med nabokommuner som er plassert i mer sentrale kommunegrupper. Når det gjelder de mest sentrale kommunegruppene, samarbeider kommunene i all hovedsak med andre sentrale nabokommuner. Dette støtter opp under hypotesen om at geografisk nærhet er avgjørende for om de velger å inngå interkommunalt samarbeid eller ikke.

4.7. Oppsummering

Det har vært over en dobling av kommuner som har etablert frisklivssentraler i perioden 2011-2019. Samtidig er det en utflating hvor rundt 60 prosent av kommunene hadde etablert tilbudet for alle årgangene i perioden 2015-2019. I 2019 rapporterte 262 kommuner og bydeler i Oslo (60 prosent) at de hadde etablert frisklivssentraler. Samtidig viser resultatene at det er forskjeller i andelen kommuner med frisklivssentraler etter regionale bakgrunnskjennetegn. Fordelt etter fylke er det store forskjeller i 2019. Mens alle kommunene i Vest-Agder hadde etablert tjenesten, var det 30 prosent i Hordaland. Dette viser at arbeidet med å etablere frisklivssentraler har kommet lenger på vei i enkelte fylke enn andre. Flertallet av fylker har hatt en økning eller uendret andel kommuner med frisklivssentral i perioden 2016-2019. Samtidig er det flere fylker hvor det har vært en nedgang i samme periode.

Det er forskjeller mellom kommuner som har etablert frisklivssentral etter kommunestørrelse. Resultatene viser i all hovedsak at andelen er minst i kommunene med færrest innbyggere og øker jevnt med voksende befolkning. I perioden 2016-2019 er det ellers en tendens til at andelen med frisklivssentral går noe ned i de minste kommunene og øker tilsvarende i de største. Følgelig øker forskjellene i andelen som har etablert tilbudet mellom små og store kommuner i perioden. Tendensen er den samme for kommuner fordelt etter sentralitet. Andelen med tilbudet går ned i de minst sentrale kommunene og øker i de mest sentrale i perioden 2016-2019. Dette kan tyde på at flere av de minste kommunene i mindre sentrale strøk ikke vurderer frisklivssentral som en like formålstjenlig måte å organisere det helsefremmende og forebyggende helsetilbudet på som større og mer sentrale kommuner. Et lite befolkningsgrunnlag kan i seg selv være årsak til at små kommuner ikke ser frisklivssentraler og de mange gruppetilbudene her som den beste løsningen for forebyggende og helsefremmende arbeid.

En viktig årsak til at det har vært en utflating i andelen kommuner med frisklivssentraler i perioden 2015-2019, er at det er nokså stor endring i hvilke kommuner som har tilbudet. Antallet kommuner som velger å etablere frisklivssentral er omtrent det samme som antallet som velger å legge ned. Mens det var 57 nye kommuner som etablerte frisklivssentral i perioden 2015-2019, var det tilsvarende 56 kommuner som la ned tilbudet. Dette tilsvarer i gjennomsnitt 14 nyetableringer og nedleggelse per år. Antall nyetableringer og nedleggelse av frisklivssentral varierer også etter regionale bakgrunnskjenntegn. Det er flest nedleggelse blant små kommuner, målt i innbyggertall.

Det er stor variasjon i andelen kommuner som velger å samarbeide etter regionale bakgrunnskjenntegn. Fordelt etter fylker samarbeidet 83 prosent av kommunene med frisklivssentral i Buskerud, mens tilsvarende tall bare var 4 prosent i Nordland. Fordelt etter kommunestørrelse er andelen kommuner med frisklivssentral som samarbeider, minst i de minste og øker med voksende befolkning fram til i kommunene med over 50 000 innbyggere, hvor andelen med samarbeid er omtrent like liten som i de aller minste kommunene. Tendensen er ellers at andelen som velger å samarbeide går ned i alle kommunegrupper i perioden 2016-2019.

Gjennomgangen av kommuner som velger å inngå interkommunalt samarbeid viser ellers at geografisk nærhet ser ut til å være den mest avgjørende faktoren for slikt mer formalisert samarbeid. Små kommuner velger å samarbeide med nabokommuner, som oftest på samme størrelse. Større kommuner velger å samarbeide med andre store nabokommuner. I 2019 er det ellers ingen kommuner som har oppgitt at de samarbeider med kommuner på tvers av fylkesgrensene. Gjennomstrømning av kommuner som samarbeider og ikke, er nokså stor mellom 2013 og 2019. Det var 41 kommuner som hadde etablert en form for samarbeid både i 2013 og 2019, mens 57 kommuner som samarbeidet i 2019, ikke hadde et samarbeid i 2013. Tilsvarende var det 48 kommuner som samarbeidet i 2013, som ikke lenger samarbeider med andre i 2019. Som tidligere nevnt er antallet nedleggelse og nyetableringer av frisklivssentraler nokså lik i perioden. Nedgangen i andelen kommuner som samarbeider, kan delvis forklares med at et større antall av kommunene som la ned frisklivssentralen samarbeidet enn hva som er tilfelle for de som etablerte tilbudet i samme periode.

Årsaken til at kommuner velger å samarbeide kan blant annet være at størrelsen på målgruppene til de ulike tilbudene ikke er store nok i egen kommune til at det er formålstjenlig å tilby dette uten et samarbeid med en eller flere nabokommuner. I tillegg kan det være at kommuner ikke har den nødvendige fagkompetansen for å tilby enkelte tilbud ved sentralen, og derfor ser seg nødt til å samarbeide med nabokommuner. Andelen som samarbeider er relativt liten i fylker med lange reiseavstander. Dette kan tyde på at de ser på det som lite attraktivt for målgruppen å bli tilbudt tjenester i nabokommuner dersom reisetiden er lang. Det fører igjen til at tilbudet ikke lenger kan kalles et lavterskeltilbud, som er et av hovedformålet til frisklivssentraler.

5. Ansatte ved frisklivssentraler: utdanning og årsverksdekning

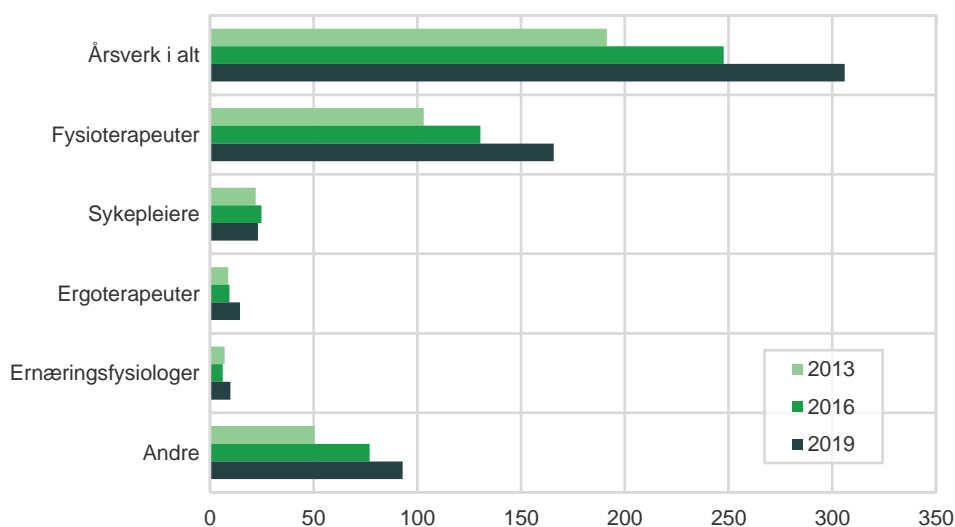
«Alt personell som utfører helsehjelp på en frisklivssentral, er omfattet av helsepersonelloven (www.lovdatab.no). Dette er uavhengig av om de ansatte har helsefaglig profesjonsutdanning eller annen faglig bakgrunn. Det avgjørende er at hjelpen som gis anses som helsehjelp. Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål. Helsesamtaler og veiledning av brukere på frisklivssentralen anses som helsehjelp. Personellet skal ikke utføre individuell medisinsk behandling, men lede videre til andre aktuelle helsetjenester ved behov. (...) Den som leder frisklivssentralen skal ha helsefaglig bakgrunn. Frisklivssentralen er en tverrfaglig tjeneste. De som jobber på frisklivssentralen kan ha ulik faglig bakgrunn som f. eks. fysioterapi, ernæring, pedagogikk, ergoterapi, sykepleie, folkehelsevitenskap, psykologi, fysisk aktivitet og helse.» (Helsedirektoratet 2019).

Seks av ti kommuner har frisklivssentral, men personellet som er ansatt ved disse varierer både når det gjelder avtalte årsverk og faglig bakgrunn. I tillegg har personell som jobber ved sentralene ofte andre oppgaver i kommunen. Det er rimelig å anta at personelldekningen ved en frisklivssentral vil være avhengig av befolkningsgrunnlaget i kommunen, antall personer i målgruppen og omfanget av tilbudet som blir gitt. Kommunens økonomi, prioriteringer, tilgang på andre tilsvarende tilbud og på relevant helsepersonell vil også ha betydning. Vi skal se nærmere på om regionale kjennetegn ved kommunen, som innbyggertall, sentralitet og fylke, har betydning for antall årsverk ved frisklivssentralene. Videre vil det være interessant å se på utviklingen i personelldekning mellom 2013, 2016 og 2019. Med personelldekning og dekningsgrad mener man i dette tilfellet antall årsverk ved frisklivssentraler i forhold til innbyggertallet i kommunene.

5.1. Stadig flere årsverk ved frisklivssentraler

Mellom 2013 og 2019 har det vært en sterk økning i antall årsverk ved frisklivssentraler. Likevel utgjør disse vel 300 årsverkene en veldig liten del av totalen i helse- og omsorgstjenesten. Til sammenligning hadde det lovpålagte, forebyggende tilbudet helsestasjons- og skolehelsetjenesten (inklusive jordmødre) 5860 årsverk i 2019. Det er avtalte årsverk det er spurt om i kartleggingen, som ikke tar høyde for fravær og overtid.

Figur 5.1 Avtalte årsverk ved frisklivssentraler fordelt etter utdanning. Hele landet. 2013, 2016 og 2019. Absolutte tall



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

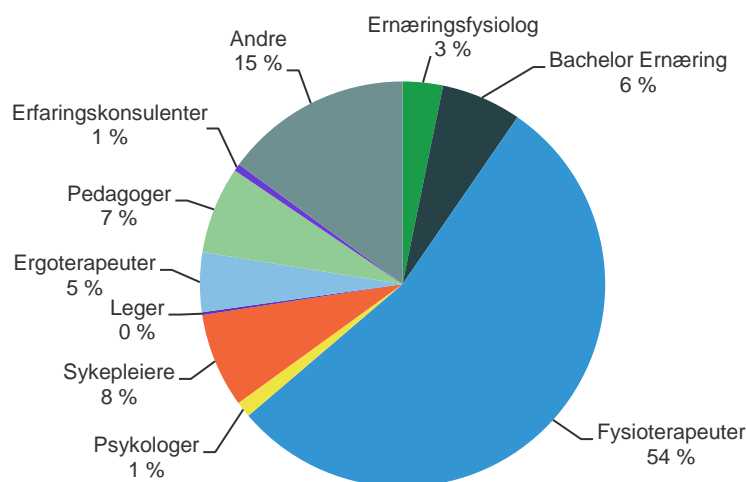
Figur 5.1 viser utviklingen mellom de tre kartleggingsårene i avtalte årsverk for ansatte ved frisklivssentraler, og hvor mange årsverk ansatte med ulike utdanninger hadde. Siden mange arbeider deltid, er det langt flere personer enn årsverk bak de ulike utdanningsgruppene. Det var 306 årsverk totalt ved frisklivssentralene i 2019, en vekst på 60 prosent fra 2013 og på 23 prosent fra 2016.

5.1.1 Flest fysioterapeuter ved frisklivssentralene

Fysioterapeuter utgjør den klart største utdanningsgruppen med over halvparten av årsverkene for alle de tre årgangene. Det var 166 fysioterapeutårsverk ved frisklivssentralene i 2019, en økning på om lag 28 prosent fra 2016. Sykepleiere var den nest største gruppen, og her har årsverkstallene gått litt opp og ned. De sto for 23 årsverk i 2019, som er en liten nedgang på 8 prosent fra 2016.

I 2019-kartleggingen var flere utdanningsgrupper spesifisert enn for de to tidligere årgangene, slik at restgruppen «Andre utdanninger» derfor er mindre i figur 5.2 enn i figur 5.1.

Figur 5.2 Avtalte årsverk ved frisklivssentraler fordelt etter utdanning. Hele landet. 2019. Absolutte tall



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Pedagoger var den tredje største utdanningsgruppen ved frisklivssentralene i 2019, med 21 årsverk. Personell med bachelor ernæring sto for 20 av årsverkene. Ergoterapeuter ble registrert i 2013 og 2016 med 9 årsverk, men hadde økt til 15 i 2019. Det har også vært en vekst for ernæringsfysiologer, som i 2019 utgjorde 10 årsverk. Psykologer sto for 4 årsverk, erfaringskonsulenter for 2 og leger 1 årsverk i 2019. En erfaringskonsulent er en person som arbeider i tjenesten på bakgrunn av at vedkommende har relevant egen erfaring, og som hjelper andre som har rusutfordringer, psykisk helseutfordringer eller andre sykdommer. Dette har ofte blitt kalt likemenn.

Kategorien Andre utdanninger utgjorde 46 årsverk i 2019. En gjennomgang av hva kommunene har spesifisert her viser en blanding av utdanning, yrke og stillingsbetegnelser, det står blant annet: *frisklivs koordinator, bachelor idrettsvitenskap med spesialisering i fysisk aktivitet, bachelor/master i folkehelse, master i fysisk aktivitet og helse, treningsveileder, frisklivsmedarbeider, miljøarbeider med videreutdanning i fysisk aktivitet, aktivitetsledere som arrangerer ferietilbud for ungdom, master i folkehelsevitenskap, master i samfunns ernæring, fysisk aktivitet- og helserådgiver, personlig trener, frivillig aktivitet, idrettspedagog, aktivitet, folkehelsekoordinator, helsesykepleier,*

familieterapeut, merkantil stilling, leder/koordinator av frisklivssentral, fagarbeider omsorg, master i klinisk helsevitenskap, master i human ernæring, seksjonsleder(fysioterapeut), sekretær, instruktører på timeleie, psykisk helsearbeider, master i fedme og helse, pedagog, midlertidig ansatt på tilskuddsmidler, aktivitetskoordinator, ernæringsfysiolog, helsefagarbeider, psykiatrisk sykepleier/hjelpepleier, idrett/psykologi, aktivitetsvenn for hjemmeboende m/demens, vernepleier, kreftkoordinator, bachelor/master idrettsfag, sosionom og miljøterapeut. Her ser vi at kommunene kunne ha rapportert enkelte av disse i en av de spesifikke utdanningskategoriene. Bachelorgrad og mastergrad i hhv. folkehelse(vitenskap/arbeid) eller fysisk aktivitet og helse samt helsesykepleier er utdanningene som er nevnt flest ganger.

Selv om fysioterapeuter står for den største delen av årsverkene, er det også personer med et variert utvalg andre utdanninger innenfor helse, ernæring, trening og pedagogikk som jobber der. Det er grunn til å anta at enkelte av utdanningsgruppene er involvert i undervisningen ved bestemte tilbud i frisklivssentralene, og at sammensetningen i den enkelte kommune derfor varierer etter kurstilbudet.

5.2. Økende personelldekning ved frisklivssentralene

Som tidligere nevnt, kan personelldekningen ved frisklivssentraler variere mellom kommunene. Faktorer som spiller inn, kan være folketallet i kommunen generelt og i målgruppen spesielt, økonomiske ressurser, tilgang til relevant personell og omfanget av tilbud ved frisklivssentralen. Det vil være rimelig å anta at større kommuner har flere årsverk for ansatte, siden det der kan være flere folk som benytter seg av tilbudet. Samtidig som antall avtalte årsverk har økt fra 2013 til 2019, har også flere kommuner etablert frisklivssentraler i perioden. Det vil derfor være interessant å se hvordan personelldekningen har utviklet seg per kommune med frisklivssentral og i forhold til innbyggertallet.

Tabell 5.1 viser antall avtalte årsverk: i alt ved frisklivssentraler, per kommune med frisklivssentral og per 10 000 innbyggere i kommuner med frisklivssentral - for hele landet og i de ulike fylkene i 2019.

Tabell 5.1 Avtalte årsverk i alt ved frisklivssentraler, årsverk per kommune med frisklivssentral og årsverk per 10 000 innbyggere i kommuner med frisklivssentral. Fylke. 2019

	Avtalte årsverk i alt	Antall årsverk per kommune med frisklivssentral	Antall årsverk per 10 000 innbyggere i kommuner med frisklivssentral
Hele landet	306	1,2	0,7
0100 Østfold	7	0,9	0,5
0200 Akershus	31	1,7	0,6
0300 Oslo	21	1,8	0,4
0400 Hedmark	21	1,6	1,3
0500 Oppland	14	0,6	0,8
0600 Buskerud	22	1,2	0,9
0700 Vestfold	12	1,5	0,5
0800 Telemark	11	0,8	0,7
0900 Aust-Agder	6	0,7	0,6
1000 Vest-Agder	18	1,2	0,9
1100 Rogaland	28	1,7	0,6
1200 Hordaland	15	1,5	0,4
1400 Sogn og Fjordane	9	0,7	1,3
1500 Møre og Romsdal	12	0,9	1,0
1800 Nordland	27	1,2	1,6
1900 Troms Romsa	9	0,7	0,6
2000 Finnmark Finnmarku	7	0,6	1,2
5000 Trøndelag	36	1,4	1,0

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.1 viser at det var 1,2 årsverk per frisklivssentral i 2019. Tilsvarende tall fra kartleggingene for 2013 og 2016 var 0,9 årsverk, så det har dermed vært en

vekst i personelldekningen. Dekningsgraden var 0,7 årsverk per 10 000 innbyggere i kommuner med frisklivssentraler i 2019, opp fra 0,6 i 2013 og 2016. Samtidig viser tallene for 2019 fylkesvise forskjeller både når det gjelder årsverk per frisklivssentral og årsverk per 10 000 innbyggere.

Trøndelag var fylket med flest årsverk totalt tilknyttet frisklivssentraler i 2019 med 36 årsverk, fulgt av Akershus med 31. Dette kan i stor grad forklares med at disse fylkene har mange kommuner med frisklivssentraler. Aust-Agder hadde færrest avtalte årsverk (6). Dersom en ser på årsverk per frisklivssentral, viser tabellen at Oslo er fylket som har flest med 1,8 årsverk per bydel, mens Oppland og Finnmark hadde færrest med 0,6. Oslos bydeler er relativt folkerike, og vil dermed ha behov for flere årsverk enn fylker med mange småkommuner med frisklivssentral.

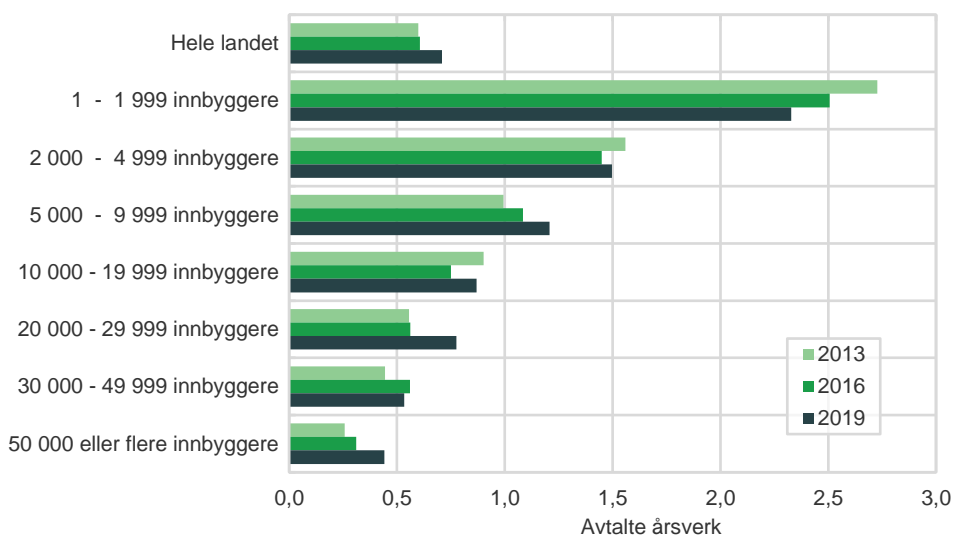
Når det korrigeres for folketall, blir dermed bildet litt annerledes. Tabell 5.1 viser at det for hele landet var 0,7 årsverk per 10 000 innbyggere i kommuner med frisklivssentraler i 2019. Tallene viser ellers forskjeller mellom fylkene i personelldekning. Nordland var fylket med høyest dekningsgrad med 1,6 årsverk per 10 000 innbyggere, mens Sogn og Fjordane og Hedmark hadde 1,3. Oslo og Hordaland lå lavest per 10 000 innbyggere med 0,4 årsverk hver. En sammenligning mellom 2016 og 2019 viser at ingen av fylkene hadde nedgang i dekningsgraden, og at den var uendret i 8 av dem. Den kraftigste veksten var i Vest-Agder, som gikk fra 0,3 til 0,9 årsverk per 10 000 innbyggere. Det kan ellers være grunn til å tro at de fylkesvise variasjonene i 2019 kan forklares med hvor omfattende tilbudet er og hvor mange som benytter seg av tjenestene ved frisklivssentralene i de ulike kommunene.

5.3. Flere årsverk ved sentralene per innbygger jo færre som bor i kommunen

Det vil ellers være interessant å se hvordan årsverksdekningen varierer med størrelsen på kommunene. Er det slik at dekningsgraden er høyest i små kommuner som har etablert frisklivssentraler, eller er den høyest i større kommuner der det er grunn til å tro at tilbudet er mer omfattende og antall deltakere er flere?

Figur 5.3 viser antall avtalte årsverk i frisklivssentraler per 10 000 innbyggere i kommuner med frisklivssentraler fordelt etter ulik kommunestørrelse i 2013, 2016 og 2019.

Figur 5.3 Avtalte årsverk i frisklivssentraler per 10 000 innbyggere i kommuner med frisklivssentral, etter kommunestørrelse. 2013, 2016 og 2019



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 5.3 viser at dekningsgraden er høyest i små kommuner og lavest i de største kommunene. Figuren viser ellers at dekningsgraden faller entydig med økende kommunestørrelse i 2019.

Det er høyest dekningsgrad i kommunene med under 2 000 innbyggere og lavest i kommuner med over 50 000 innbyggere. Mens det i 2019 var 2,3 avtalte årsverk per 10 000 innbyggere i den minste kommunegruppen, var tilsvarende tall 0,4 i storkommunene.

Ellers viser tallene at dekningsgraden faller jo større folkemengden er. Det er viktig å understreke at andelen kommuner som har etablert frisklivssentraler er minst i kommunene med færrest innbyggere. Samtidig kan resultatene tyde på at når man først etablerer tilbudet i de minste kommunene, blir det satt av relativt mange ressurser sammenlignet med større kommuner. En årsak kan være at når en liten kommune har valgt å satse på frisklivssentral, kanalisere de en større del av ressursene til sitt forebyggende helsearbeid dit, bl. a. siden alternative tilbud kan være færre enn i byer. Det kan også være et uttrykk for at det må en minimums stillingsprosent til for i det hele tatt å kunne tilby denne typen helsetjeneste. Høyere dekningsgrad per innbygger (eller per deltaker) på tilbudet i de minste kommunene er helt i tråd med dekningsgrad for årsverk totalt innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten i små kommuner sammenlignet med store kommuner.

Helsedirektoratets veileder for frisklivssentraler anbefaler følgende: «*Frisklivssentralen må ut fra befolkningsgrunnlag ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ivareta kravet om faglig forsvarlighet, og kunne gi tilbud i samsvar med befolkningens behov. Frisklivssentralen bør som et minimum ha tilstrekkelig antall fast ansatte til at basistilbudet kan gjennomføres på en faglig forsvarlig måte.*»

En sammenlikning av dekningsgrad mellom 2013, 2016 og 2019 viser de samme hovedtendensene for alle årene. Samtidig viser figur 5.3 at selv om det er store forskjeller i dekningsgraden mellom små og store kommuner, er forskjellen blitt stadig mindre fra 2013 til 2019 mellom kommunegruppene med under 2 000 innbyggere og med over 50 000 innbyggere.

Kartleggingene viser de samme tendensene når vi ser på dekningsgrad fordelt etter kommunesentralitet. Den er høyest i de minst sentrale kommunene og lavest i de mest sentrale for alle årene. Dekningsgraden faller entydig jo mer sentrale kommunegruppene er.

Forskjellene i dekningsgrad mellom små og store og mindre sentrale og sentrale kommuner er ellers i tråd med dekningsgraden av årsverk for helse- og omsorgstjenestene i kommunene generelt og for dem innenfor forebyggende helsearbeid spesielt. Det er høyest dekningsgrad i små kommuner og lavest i de mest folkerike. Det kan tyde på at kommuner med mange innbyggere oppnår enkelte stordriftsfordeler, som gjør det mulig å tilby de samme tjenestene med færre årsverk enn i mindre sentrale kommuner.

Det bør ellers nevnes at flere av gruppetilbudene ved frisklivssentralene ikke blir holdt av ansatte ved sentralene. Ofte blir tilbudene gitt helt eller delvis av andre aktører, eller i samarbeid. Det kan være grunn til å anta at større sentrale kommuner har flere muligheter for samarbeid med andre aktører enn i mindre kommuner i lite sentrale strøk. Det kan være en av årsakene til at dekningsgraden minker entydig både med økt kommunestørrelse og sentralitet. At dekningsgraden er høyest i de minste kommunene i mindre sentrale strøk, kan blant annet forklares ved at det uansett vil kreve et visst minstemål av personell for å oppfylle minimumskravet om tilbud til hjelp til økt fysisk aktivitet, snus- og røykeslutt og

sunnere kosthold, som Helsedirektoratet stiller til kommuner som skal etablere frisklivssentral.

At mange av kursene som blir tilbudt ved frisklivssentraler er gruppebaserte, gjør det kanskje mulig for flere å benytte seg av samme tilbud uten at det nødvendigvis trengs mer personell. Samtidig vil det være en grense for hvor mange en kan ta inn på de ulike gruppetilbudene dersom hver enkelt skal gjennomgå et motiverende intervju ved start og slutt av tilbudet. De motiverende intervjuene vil trolig være tidkrevende å gjennomføre, og tilgjengelig personell ved en frisklivssentral vil være med å regulere hvor mange deltakere man kan ta inn. Det holdes jevnlig kurs i motiverende intervju for ansatte ved frisklivssentraler, og i tillegg har Helsedirektoratet veilederkurs for de ulike tilbudene sentralene har, som Bra mat for bedre helse og søvnkurs.

Det er samtidig viktig å understreke at det totale antallet avtalte årsverk for frisklivssentraler er relativt lavt sammenlignet med det totale antall årsverk innenfor helse- og omsorgstjenestene i kommunene. I 2013 og 2016 utgjorde avtalte årsverk knyttet til frisklivssentraler 0,1 prosent av alle årsverkene innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene, mens det i 2019 var økt til om lag 0,2 prosent. Dette viser om ikke annet at det er en sårbar tjeneste dersom nøkkelpersonell skulle forsvinne ut. Det vil være grunn til å tro at små kommuner i mindre sentrale strøk vil være særlig utsatt dersom dette skulle skje.

5.4. Oppsummering

Det har vært en sterk vekst i antall avtalte årsverk ved frisklivssentralene i perioden 2013- 2019. Det var 306 årsverk totalt i 2019, en vekst på 60 prosent fra 2013 og på 23 prosent fra 2016.

I gjennomsnitt var det 1,2 årsverk per frisklivssentral i 2019. Tilsvarende tall fra kartleggingene for 2013 og 2016 var 0,9 årsverk, så det har dermed vært en vekst i personelldekningen. Årsverk per sentral er i snitt høyest i fylker med mange folkerike kommuner med frisklivssentral. Når det tas hensyn til innbyggertall, blir bildet litt annerledes. Da var det flere årsverk per innbygger i kommuner med frisklivssentral jo lavere folketallet er. Samme mønster ser man for sentralitet: jo mindre sentral kommune, jo flere årsverk per innbygger. Dekningsgraden for landet under ett var 0,7 årsverk per 10 000 innbyggere i kommuner med frisklivssentraler i 2019, opp fra 0,6 i 2013 og 2016.

En av forklaringene på at større og mer sentrale kommuner har lavere dekningsgrad enn mindre og lite sentrale kommuner, kan være at det finnes flere andre tilbud i større kommuner. Det kan bety at det ikke er nødvendig å ha et så omfattende frisklivstilbud som i mindre kommuner, der kanskje frisklivssentralene er hovedtilbudet for voksne innenfor de forebyggende og helsefremmende tjenestene.

Over halvparten av de ansatte ved frisklivssentralene har fysioterapeututdanning, de sto for 166 av årsverkene i 2019. Sykepleier var nest vanligste utdanning med 23 årsverk, så fulgte pedagoger, personell med bachelor ernæring og ergoterapeuter med hhv. 21, 20 og 15 årsverk. De ansatte får tilbud om veiledning for å kunne gjennomføre motiverende samtaler med brukerne, og for å kunne avholde ulike kurs. Det hender ellers at eksterne samarbeidspartnere bidrar med å gi tilbud til sentralens brukere.

6. Deltakere ved frisklivssentraler: henvisninger, kjønn og per årsverk

Selv om andelen kommuner med frisklivssentraler har flatet ut mellom 2016 og 2019, vokser antall deltakere som benytter tilbudet. Deltakere regnes her som de personene som har kommet til frisklivssentraler i løpet av året med eller uten henvisning fra andre instanser. I 2019-kartleggingen har det for første gang blitt spurt om kjønnsfordeling blant brukerne. Vi skal videre se på hvordan gjennomsnittlig antall deltakere og årsverk per deltaker fordeler seg på fylker, kommune-størrelse og sentralitet i kommuner med frisklivssentral.

Målgruppen for frisklivssentralen er personer i alle aldre som har økt risiko for, eller allerede har utviklet sykdom og som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Tilbudet er for alle i målgruppen som bor og oppholder seg i kommunen, og spesielt for dem som ikke finner andre egnede tilbud eller som trenger hjelp til å finne ut hva som passer for dem. (Helse-direktoratet 2019). Personer som benytter seg av tilbudet kan enten bli henvist av fastlege, annet helsepersonell eller NAV, eller selv ta direkte kontakt med frisklivssentralen.

I kapittel 4 er det vist at det er store regionale variasjoner når det gjelder andelen kommuner som har etablert frisklivssentraler. Dette gjelder både mellom fylkene, mellom små og store kommuner og mellom mindre og mer sentrale kommuner. I tillegg har resultatene fra kartleggingene i 2013, 2016 og 2019 vist at dekningsgraden av årsverk ved frisklivssentralene varierer etter de samme regionale bakgrunnskjennetegn. I forhold til innbyggere er det i små og mindre sentrale kommuner at dekningsgraden er høyest ved frisklivssentralene, og lavest i større sentrale kommuner. (Jf. kapittel 5.)

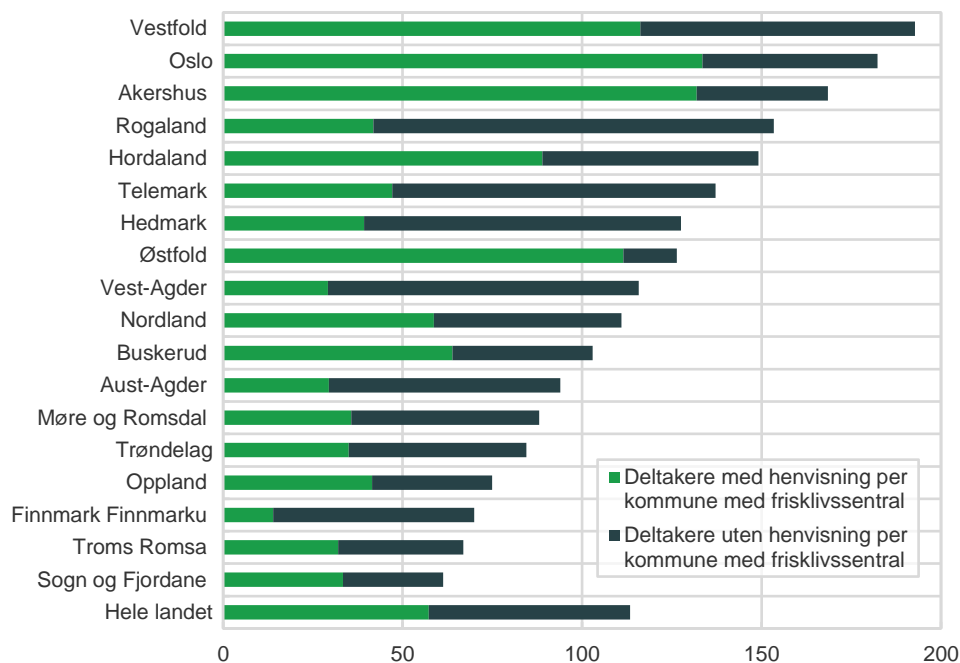
For å få et inntrykk av tjenestens omfang og utbredelse, er det interessant å se hvordan antall deltakere utvikler seg ved frisklivssentraler og varierer etter ulike regionale bakgrunnskjennetegn. Videre vil det være interessant å se hvor personellintensiv tjenesten er. Dette måles her ved å se på antall årsverk per deltaker, og om det er variasjon mellom kommuner etter folketall og sentralitet og mellom fylker. Resultater fra den forrige rapporten (Ekornrud og Thonstad 2018) viste at det i 2016 var flest deltakere per årsverk i store kommuner i sentrale strøk. Sett i forhold til innbyggertallet var det flere deltakere ved frisklivssentraler i små kommuner og i mindre sentrale strøk. Den videre analysen vil belyse om 2019-kartleggingen viser samme tendens.

6.1. Flere deltakere ved frisklivssentraler

Kartleggingen for 2019 viser at det var nærmere 30 000 personer som deltok ved ett eller flere av tilbudene ved frisklivssentraler. Dette er en økning på om lag 2500 personer, eller nesten 9 prosent fra 2016. Det har vært bortimot en fordobling av antall personer siden 2013. Halvparten av deltakerne i 2019 var henvist til frisklivssentralen, mens den resterende halvparten kom dit uten henvisning. Andelen som deltok med henvisning, har gått ned mellom 2016 og 2019. Ellers viser tallene at Akershus var fylket med flest deltakere, mens Finnmark var fylket med færrest (henholdsvis 3 032 og 769). Buskerud hadde den største nedgangen og Møre og Romsdal den største økningen i perioden. Især på fylkesnivå vil endringer over tid bli påvirket av om det har vært tilgang/ avgang av små eller store kommuner med frisklivssentral mellom ulike år, både for totaltall og per kommune.

Figur 6.1 viser antall deltakere med og uten henvisning per kommune med frisklivssentral, fordelt etter fylke i 2019.

Figur 6.1 Personer per kommune som har benyttet tilbudet i kommuner med frisklivssentral, etter fylke og henvisning. 2019

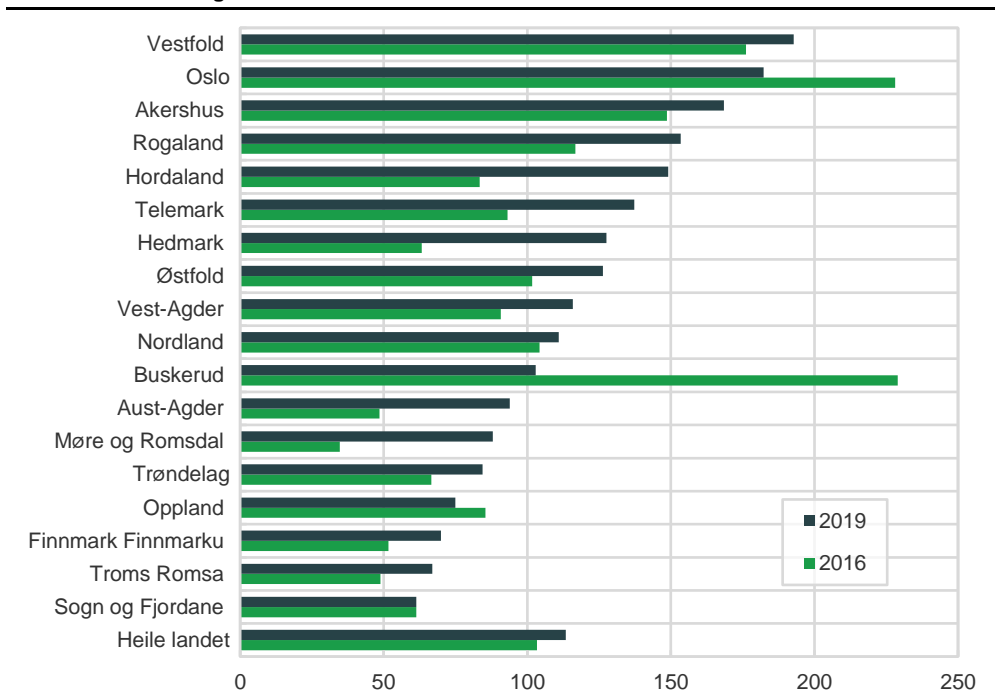


Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at det var i gjennomsnitt 113 deltakere som deltok på ett eller flere av tilbudene ved frisklivssentraler i 2019, 10 flere enn i 2016. Tallene viser ellers store fylkesvise forskjeller.

Sogn og Fjordane er fylket med færrest deltakere per kommune med frisklivssentral i 2019. Tilsvarende er Vestfold fylket der flest har deltatt. Mens det i gjennomsnitt var 61 personer per kommune med frisklivssentral som deltok i Sogn og Fjordane, var tilsvarende tall 193 personer i Vestfold. Det har skjedd en betydelig utjevning mellom fylkene. I 2016 var minste og størst fylkestall hhv. 35 og 229. Figuren viser ellers at det er fylkesvise forskjeller i innslaget av personer med henvisning blant deltakerne. I ni av fylkene er det flest deltakere med henvisning, mens det er flest uten i ti fylker. Aller flest deltakere uten henvisning finner vi i Rogaland.

Figur 6.2 viser antall deltakere per kommune med frisklivssentral fordelt etter fylke i 2016 og 2019.

Figur 6.2 Personer som har benyttet tilbudet per kommune med frisklivssentral, etter fylke. 2016 og 2019

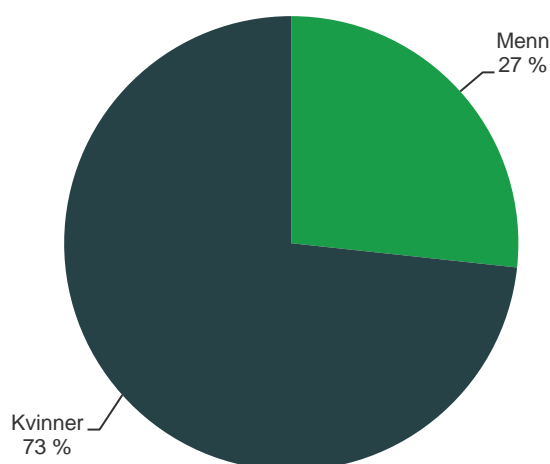
Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at antall deltakere per kommune med frisklivssentral har økt fra 103 til 113 deltakere mellom 2016 og 2019. 14 av 18 fylker har hatt en økning i deltakere og ett er uendret. Den største prosentvise økningen er i fylkene Møre og Romsdal og Hedmark. Dette er to fylker som også har hatt en økning i personelldekning mellom 2016 og 2019. De tre fylkene som har hatt en prosentvis nedgang i deltakere i perioden, er Buskerud, Oslo og Oppland. I disse var det lik eller lavere personelldekning i 2019 enn tre år tidligere. For Buskerud kan trolig den store nedgangen i antall deltakere særlig skyldes en feil i rapporteringen for et par kommuner i 2016. (Uten denne feilen ville Buskerud antakelig likevel hatt en mindre nedgang).

Vi finner en nedgang når det gjelder personer som deltar med henvisning mellom 2016 og 2019. Mens 53 prosent av deltakerne hadde henvisning i 2016, var det tilsvarende tallet 50 prosent i 2019. En av årsakene til at flere som deltar ikke har henvisning, kan være at frisklivssentraler og kursene som blir holdt, er blitt bedre kjent blant innbyggerne i kommuner med tilbudet enn hva som var tilfelle tidligere. Videre er det noen kommuner som nevner at de ikke praktiserer henvisning til sentralen, men at det skal være et åpent lavterskeltilbud for alle som ønsker å delta.

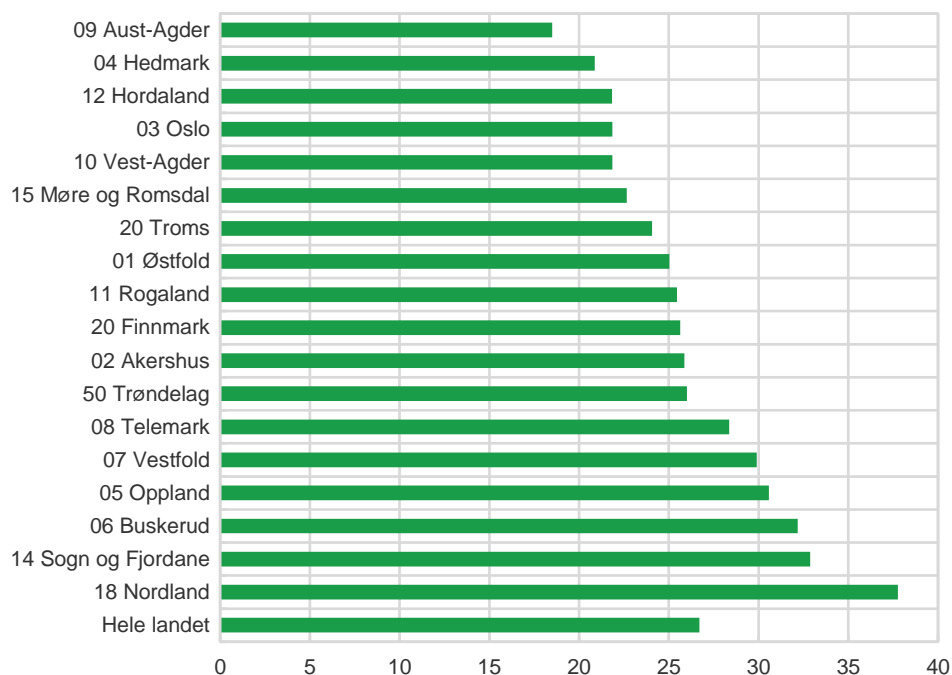
6.2. Én av fire deltakere er menn

I 2019-kartleggingen ble det for første gang spurt om hvor mange av deltakerne ved frisklivssentraler som var menn, og flertallet av kommunene hadde oversikt over det. Figur 6.3 viser kjønnsfordelingen blant deltakerne på landsbasis.

Figur 6.3 Personer som har deltatt på tilbud ved frisklivssentraler fordelt etter kjønn. Hele landet. 2019

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren synliggjør at flertallet av deltakerne var kvinner, bare 27 prosent var menn. Kjønnforskjellen er neppe et uttrykk for at det er så stor ulikhet i levevaner og helse, men kanskje heller at kvinner generelt kan ha lavere terskel for å oppsøke hjelp for sine utfordringer. Innslaget av menn varierer noe mellom fylkene.

Figur 6.4 Andel menn som har deltatt på tilbud ved frisklivssentraler fordelt etter fylker. 2019. Prosent

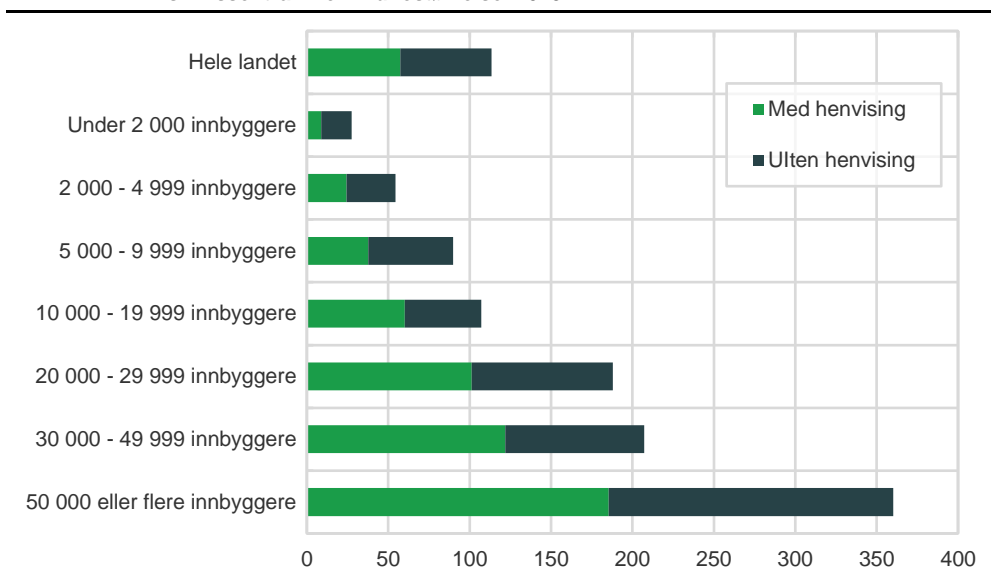
Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 6.4 viser at i Aust-Agder er andelen menn som deltar ved tilbud på sentralene minst, med 18 prosent. Nordland har klart størst andel menn med 38 prosent. I Buskerud er nesten hver tredje deltaker mann. Det er små forskjeller i fordelingen av kjønn mellom sentraler i folkerike og små kommuner. Andelen menn varierer fra 23 prosent i de minste kommunene til 29 prosent i de største.

6.3. Flere deltakere per sentral i folkerike kommuner

Vi vil nå se på hvordan antall deltakere varierer etter kommunestørrelse. Figur 6.5 viser antall deltakere med og uten henvisning per kommune med frisklivssentral, fordelt etter kommunestørrelse i 2019.

Figur 6.5 Antall personer som har deltatt med og uten henvisning per kommune med frisklivssentral. Kommunestørrelse. 2019



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at det er flest deltakere per kommune med frisklivssentral i de største kommunene, og færrest deltakere i de minste. Antall deltakere per frisklivssentral øker med stigende kommunestørrelse.

Det var flest deltakere per sentral i kommuner med over 50 000 innbyggere, og færrest i kommuner med under 2 000. Mens det var 361 deltakere per frisklivssentral i kommuner med over 50 000 innbyggere, var tilsvarende tall 28 deltakere blant kommuner med under 2 000 innbyggere. Det er forskjeller når det gjelder deltakere med og uten henvisning fordelt etter kommunegrupper. Samtidig er det ikke systematiske forskjeller. Det er i kommuner med 30 000 – 49 999 innbyggere at andelen deltakere med henvisning er høyest, med 59 prosent, mens det er i de minste kommunene at andelen er lavest, med 32 prosent. En årsak til dette kan være at tilbudet er bedre kjent i små kommuner, slik at en ikke nødvendigvis trenger å gå via fastlege eller andre instanser med henvisning for å benytte seg av tilbudene ved frisklivssentralen. I større kommuner er det kanskje en mindre del av befolkningen som kjenner til tilbudet, og blir gjort oppmerksom på tilbudet i kontakt med instanser som henviser, f. eks. fastlegen. I større kommuner kan det også, av kapasitetshensyn, i større grad være slik at en bare kan ta inn pasienter med henvisning.

At antall deltakere per frisklivssentral øker nokså entydig med stigende kommunestørrelse, kan skyldes flere forhold. En grunn kan være at større kommuner oppnår noen stordriftsfordeler og dermed driver mer effektivt enn små. Samtidig kan ulikt kompetansenivå hos ansatte ved frisklivssentraler og innsatsen til kommunene når det gjelder informasjon og markedsføring av tilbudet spille inn. I tillegg er det kjent at enkelte kommuner har avgrensinger når det gjelder målgruppene for sentralene. Datagrunnlaget i kartleggingen gir derimot ikke mulighet til entydig å stadfeste eller avkrefte disse hypotesene.

En sammenligning av tallene for 2016 og 2019 viser omtrent de samme tendensene. Antallet deltakere øker med stigende kommunestørrelse. Samtidig har

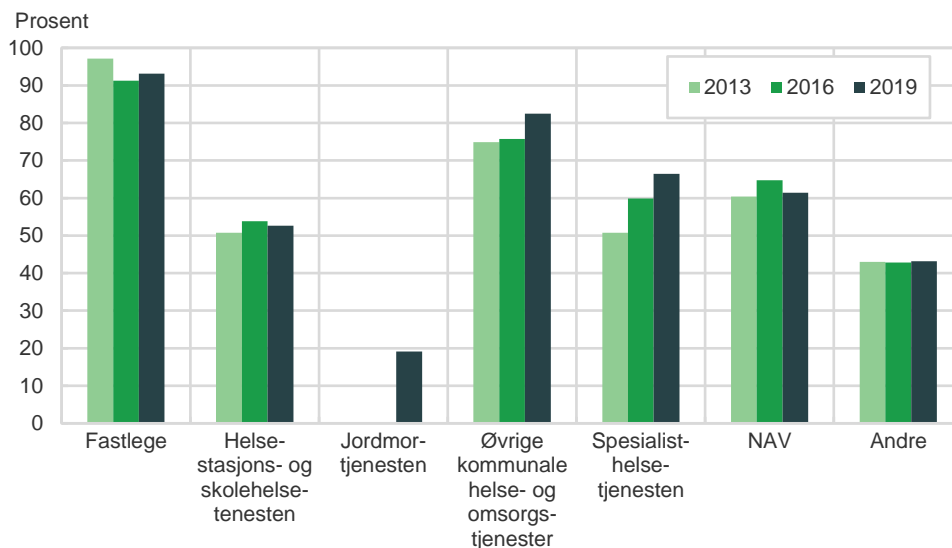
forskjellen blitt større mellom de minst og mest folkerike kommunene. Mens antall deltakere gikk ned fra 32 til 28 mellom 2016 og 2019 for kommuner med under 2 000 innbyggere, har tilsvarende tall økt med hundre til 361 deltakere i kommuner med over 50 000 innbyggere.

Fordelt etter kommunesentralitet viser 2019-tallene de samme tendensene som for de to foregående kartleggingene. Det er færrest deltakere per kommune med frisklivssentral i minst sentrale strøk, og flest i de mer sentrale. I 2019 stiger gjennomsnittlig deltakerantall jevnt med økende sentralitet opp til nest mest sentrale kommunegruppe, for så å gå noe ned i den mest sentrale.

6.4. Flest frisklivssentraler får henvist deltakere fra fastleger

Når det gjelder henvisninger, kan personer bli henvist av fastlege, annet helsepersonell og NAV, eller selv ta direkte kontakt med frisklivssentralen. Om lag halvparten av deltakerne i 2019 var henvist. Figur 6.6 viser andelen kommuner med frisklivssentraler som har fått henvist personer fra ulike tjenester i 2013, 2016 og 2019.

Figur 6.6 Andel av frisklivssentraler som har fått personer henvist fra ulike tjenester. Prosent. 2013, 2016 og 2019



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

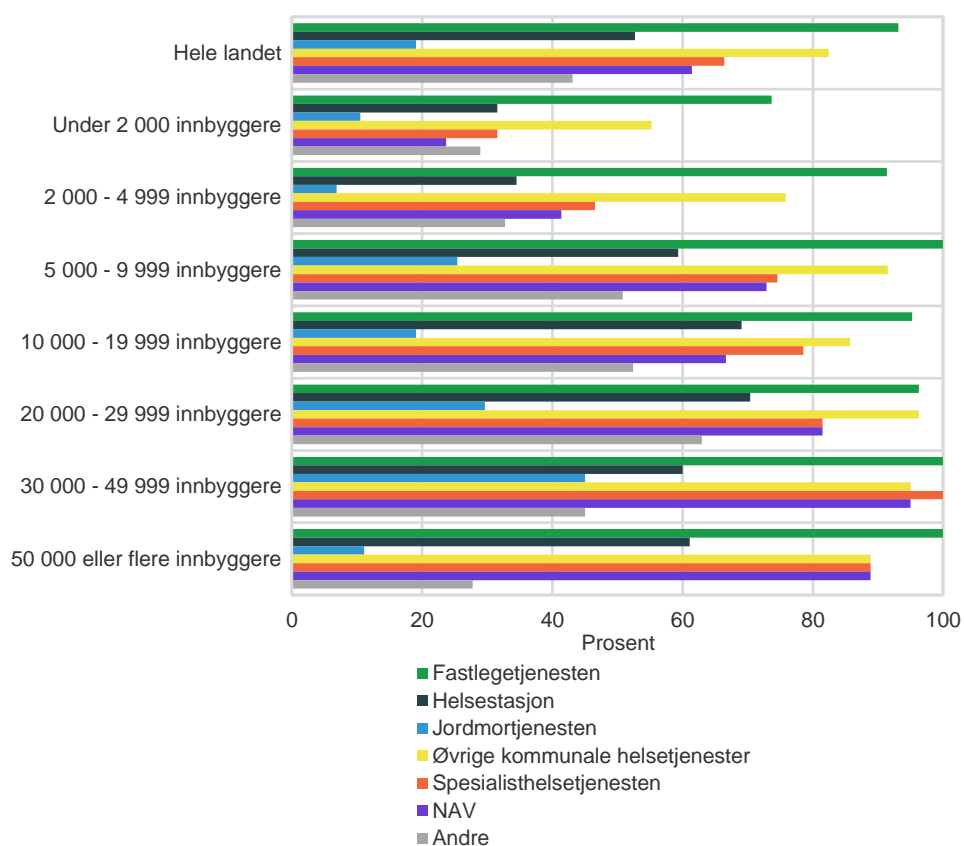
Figur 6.6 viser at fastlegen er tjenesten som flest har fått henvist deltakere fra, dette gjaldt 93 prosent av frisklivssentralene i 2019. 82 prosent hadde fått henvist personer fra øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester (f. eks. fysioterapeuter) og 66 prosent fra spesialisthelsetjenesten. 61 prosent av kommunene med frisklivssentral hadde fått henvist personer fra NAV, mens om lag halvparten hadde fått henvist personer fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Figuren viser ellers at 43 prosent av kommunene rapporterte å ha fått personer henvist fra andre etater eller tjenester i 2019. En gjennomgang av svarene fra kommunene som har rapportert slike «Andre», viser at det er mange ulike instanser som også har henvist deltakere. Blant annet blir følgende andre virksomheter og personer nevnt: *Privatpraktiserende fysioterapeuter, fysikalske institutt, psykologer, ergoterapeuter, DPS, kiropraktor, barnevernstjenesten, flyktningetjenesten, virksomheter med diverse former for arbeidstrening i kommunal, privat og ideell regi, bedriftshelsetjenesten, arbeidsgivere, ledere i kommunen, kommunal tildelingsenhet, psykisk helse og rusarbeid, miljøtjenesten, pårørende-*

koordinator/senter, fedmeklinikk, rehabiliteringsenheter, kreftkoordinator, kriminalomsorgen, Frivillige og likemenn, LHL, Studentsamskipnaden - Helse SINN, Hjerteskolen, 3. linjetjeneste, tannhelsetjenesten, miljøkoordinator, barnehage og skole, treningssenter, primærhelseteam, sykehus, sykepleiere, private bedrifter, frivillige lag og organisasjoner, bolig for PU og annen frisklivssentral i nærliggende kommune. Særlig er det mange som rapporterer ulike virksomheter med arbeidsmarkedstiltak, fysioterapeuter og psykisk helse og rus. Videre er det en rekke kommuner som nevner at brukeren oppsøker sentralen selv, eller at pårørende og andre personer i nettverket til bruker tar kontakt.

Fordelt etter regionale kjennetegn viser grunnlagstallene at fastlege er den tjenesten flest deltakere får henvisninger fra. Både fordelt etter fylke, kommunestørrelse og kommunesentralitet. Figur 6.7 viser andelen frisklivssentraler med henvisninger fra ulike instanser etter kommunestørrelse målt i folketall.

Figur 6.7 Andel frisklivssentraler med henviste personer fra ulike tjenester, etter kommunestørrelse. Prosent. 2019



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at frisklivssentraler i kommunene med lavt innbyggertall i hovedsak har lavest forekomst av henvisninger fra eksterne tjenester. Det betyr at en større del av brukerne i disse kommunene selv oppsøker tilbudet. Sannsynligheten for at spesialisthelsetjenesten henviser, stiger med økende folketall, bortsett fra i de aller største kommunene. I kommuner med 30 – 49 999 innbyggere får alle sentraler henvist personer fra spesialisthelsetjenesten og fastleger, og nesten alle fra NAV og øvrige kommunale tjenester (95 prosent). Jordmortjenesten har størst andel i denne kommunegruppen, med 45 prosent. Kartleggingen viser samtidig noen fylkesvise forskjeller når det gjelder hvorvidt de ulike tjenestene henviser til sentralene eller ikke.

Tabell 6.1 viser en oversikt over andelen kommuner med frisklivssentral som har fått henvist deltakere fra ulike tjenester fordelt etter fylke i 2019.

Tabell 6.1 Ulike tjenester som har henvist personer i kommuner med frisklivssentraler. Fylke. Prosent. 2019

	Fast- lege	Helse- stasjons- og skolehelse- tjenesten	Jordmør- tjenesten	Øvrige kommunale helse- og omsorgs- tjenester	Spesialist- helse- tjenesten	NAV	Andre
Hele landet	93	53	19	82	66	61	43
01 Østfold	75	38	0	63	50	38	75
02 Akershus	100	83	39	100	78	83	50
03 Oslo	100	58	42	100	92	100	42
04 Hedmark	100	77	38	100	92	92	62
05 Oppland	95	50	27	86	77	64	59
06 Buskerud	94	44	17	89	72	61	50
07 Vestfold	100	25	25	75	100	88	75
08 Telemark	100	71	7	93	79	79	29
09 Aust-Agder	78	56	22	100	56	44	22
10 Vest-Agder	93	33	27	73	47	33	27
11 Rogaland	88	69	13	81	75	69	38
12 Hordaland	90	50	10	80	70	60	20
14 Sogn og Fjordane	92	69	8	85	62	92	62
15 Møre og Romsdal	100	62	8	77	38	62	31
18 Nordland	91	43	13	70	70	57	39
19 Troms	100	23	15	77	62	31	69
20 Finnmark	82	36	0	55	18	45	9
50 Trøndelag	88	46	19	77	54	31	31

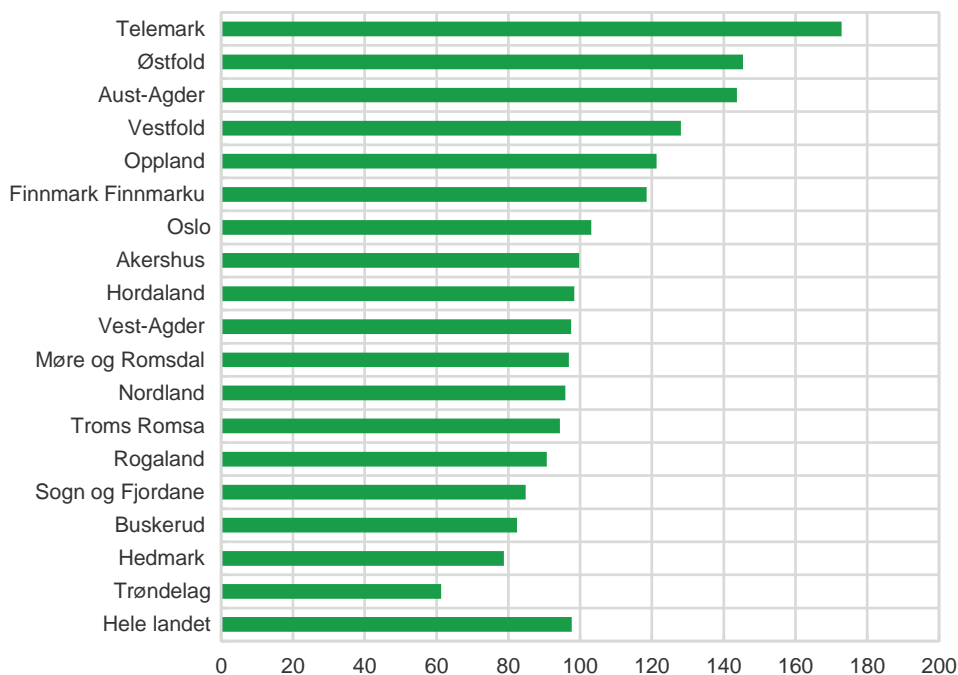
Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at i alle fylkene unntatt Aust-Agder var det størst andel sentraler som fikk personer henvist fra fastlege i 2019. Videre var det nest størst andel med henvisninger fra andre kommunale helse- og omsorgstjenester i flertallet av fylkene. (Slik var det også i 2016.) Det er likevel en del fylkesvise forskjeller. Henvisninger fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten varierer fra 23 prosent i Troms til 83 prosent i Akershus, og tilsvarende for spesialisthelsetjenesten fra samtlige i Vestfold til 18 prosent i Finnmark. Det var ingen henvisninger fra jordmortjenesten i Østfold og Finnmark, og andelen var størst i bydelene i Oslo med 42 prosent. Det er viktig å huske på at selv om en instans henviser brukere til frisklivssentral, vet vi ikke hvor mange deltakere som er henvist.

6.5. Årsverksdekning per deltaker som benytter frisklivssentraler

Mens årsverk per 10 000 innbyggere sier noe om personelldekningen for alle bosatte i en kommune, indikerer antall deltakere per årsverk hvor god personelldekning de som faktisk benytter seg av tilbudet har tilgjengelig.

Figur 6.8 viser hvor mange deltakere det er per årsverk ved frisklivssentraler for hele landet, og fordelt etter fylke i 2019.

Figur 6.8 Deltakere på frisklivssentral per årsverk. Hele landet og fylker. 2019

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 6.8 viser at det var 98 deltakere per årsverk ved frisklivssentraler i hele landet i 2019. Dette er en økning fra 2013 da antallet var 84, og en nedgang fra 110 i 2016. At det har blitt færre brukere per årsverk, kan bety at det blir mer tid til hver enkelt bruker. Frisklivssentralene bedriver også annen type virksomhet enn motiverende intervjuer og kursing. De kan f. eks. delta i samarbeid med andre tjenester innen privat, frivillig og offentlig sektor, og drive med informasjonsarbeid rettet mot innbyggerne og beslutningstakere. Hvor stor den brukerrettede aktiviteten er i forhold til slik annen aktivitet, vet vi ikke, og heller ikke om denne andelen endres over tid.

Som vi tidligere har sett i kapittel 5, er det flere årsverk per innbygger i små kommuner med frisklivssentral enn i større. Antakelig kreves det en viss grunnbemanning for å få tjenesten opp og gå, i tillegg til at frisklivssentralen antakelig utgjør en viktigere del av den forebyggende helsetjenesten i små og mindre sentrale kommuner. Sammensetningen av kommuner med frisklivssentral innen fylkene kan derfor også påvirke tallene for deltakere per årsverk. I tillegg har enkelte fylker hatt frisklivstjenesten lenger, og kan ha utviklet et bredere tilbud med mer behov for ansatte. Noen kommuner satser mer på gruppetilbud enn andre, slik at personellbehovet per deltaker blir lavere. Dersom det blir tilbudt relativt flere kurs i enkelte fylker, vil det være grunn til å anta at flere deltakere vil benytte seg av frisklivssentralene her.

Videre kan størrelsen på målgruppene, som kan benytte seg av tilbudene ved frisklivssentralene i fylkene, være ulike. Dersom målgruppen er særlig stor i enkelte fylker, er det grunn til å anta at det er flere deltakere her per årsverk sammenlignet med i andre fylker. Det kan òg være at kommuner med frisklivssentral i enkelte fylker også har andre forebyggende tilbud utenfor frisklivssentralen og sådan fører til at mange potensielle deltakere benytter seg av disse tilbudene i stedet. Det kan føre til at deltakere per årsverk vil være lavere i disse kommunene sammenliknet med andre.

Deltakere per årsverk bør òg sees i sammenheng med personelldekningen i forhold til hele befolkningen i fylkene. En sammenlikning av figur 5.8 og tabell 5.1 viser at

det ikke nødvendigvis er sammenfall mellom personelldekningen i befolkningen totalt og personelldekningen for deltakerne ved frisklivssentralene i de ulike fylkene. Det kan være flere mekanismer som spiller inn og bidrar til dette. Kartleggingene gir oss ikke noen fullgod forklaring på ulikhetene.

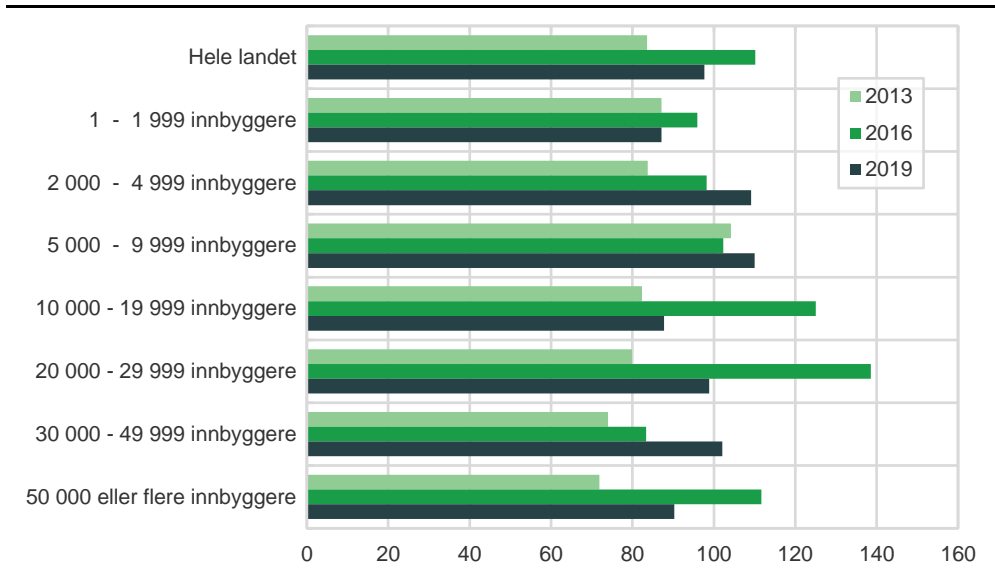
Trøndelag var fylket med færrest deltakere per årsverk med 61 i 2019, og i Telemark var det flest med 173. Blant andre fylkene der det er relativt få deltakere per årsverk finner vi Hedmark, Buskerud og Sogn og Fjordane. Når det gjelder andre fylker som har relativt mange deltakere per årsverk, finner man Aust-Agder og Østfold med henholdsvis 144 og 145.

Fylkesvise forskjeller i antall deltakere per årsverk kan ha flere årsaker. For det første kan det være reelle forskjeller i tilbudet som blir gitt på frisklivssentralene i de ulike fylkene. Dersom det blir tilbudt relativt flere kurs i enkelte fylker sammenliknet med andre, vil det være grunn til å anta at flere deltakere vil benytte seg av frisklivssentralene her sammenliknet med i andre fylker. Dersom frisklivssentraler i enkelte fylker tilbyr flere gruppetilbud enn andre, kan det òg være grunn til å tro at det vil være flere deltakere per årsverk enn i fylker der gruppetilbudene er færre.

Det var en økning i antallet deltakere per årsverk i 8 fylker mellom 2016 og 2019. Den største prosentvise økningen finner en i Møre og Romsdal og Østfold, med hhv. 72 og 69 prosent.

En gjennomgang av grunnlagstallene viser at det er store variasjoner mellom fylkene når det gjelder andelen av befolkningen som deltar på ett eller flere av tilbudene ved frisklivssentralene. Av Norges befolkning var det i 2019 0,55 prosent som deltok. Mens deltakerne utgjør 1,1 prosent av hele befolkningen i Telemark, utgjør de under 0,3 prosent i Hordaland. Det er lite som tyder på at det er så store forskjeller i størrelsen til målgruppene, som frisklivssentraler ønsker å nå, på tvers av fylkene. Samtidig kan det være et uttrykk for at enkelte fylker heller velger å organisere forebyggende helsearbeid på andre måter enn etter veilederen for kommunale frisklivssentraler, eventuelt at en større andel av befolkningen som potensielt er i målgruppen benytter seg av andre tilbud, som f. eks. blir gitt innenfor de tradisjonelle helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Figur 6.9 viser hvor mange deltakere det er per årsverk ved frisklivssentraler, fordelt etter kommunestørrelse i 2013, 2016 og 2019.

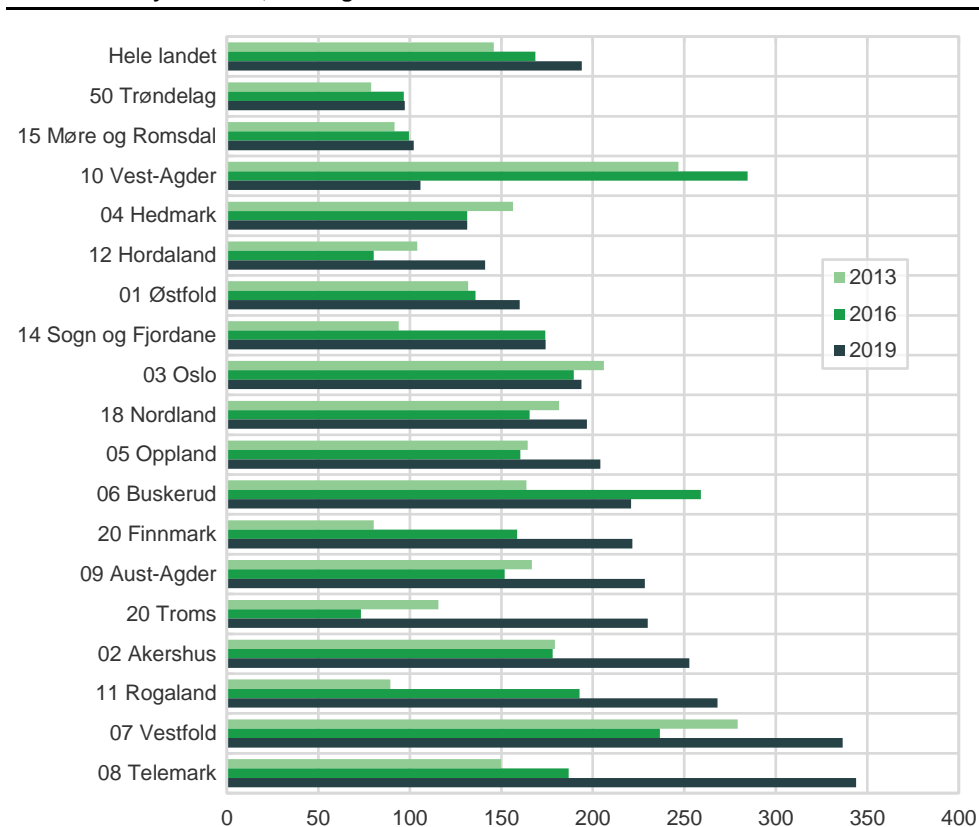
Figur 6.9 Deltakere på frisklivssentral per årsverk. Hele landet og kommunestørrelse. 2013, 2016 og 2019

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at det ikke er systematiske eller store forskjeller i deltakere per årsverk etter kommunestørrelse i 2019. Det er flest blant kommuner med 5 000 – 9 999 innbyggere, og de minst folkerike har færrest (hhv. 110 og 87).

6.6. Kursdeltakere per årsverk

Hittil har vi omtalt deltakere, som tilsvarer antall personer som har kommet til frisklivssentraler med eller uten henvisning. For deltakerne er det vanlig å ha en 12 ukers oppfølging med samtaler i for- og etterkant, kurstilbud og hjelp til eventuelt å finne andre mer varige tilbud etter at perioden er over. Noen deltakere får innvilget to eller flere 12 ukers perioder ved sentralen. Noen av deltakerne er bare med på ett tilbud/kurs mens de er under oppfølging, mens andre deltar på flere. De personene som deltar på mange ting, vil nok som hovedregel kreve mer ansatteressurser enn de som bruker kun ett tilbud. (Se kapittel 7 om de ulike tilbudene.) Det kan derfor være interessant å se om summen av antall deltakere på alle kurs vil gi andre tall per årsverk enn deltakere per årsverk, der hver person kun telles én gang. Sentralene kan oppgi å ha såkalte «Andre tilbud» utenom standardkursene, og da er ofte flere enn de henviste personene med. Det kan f. eks. være åpne kurskvelder og turlag med mange deltakere. Disse holdes utenfor i figur 6.10 siden vi bare har tall for 2019 her.

Figur 6.10 Deltakere på alle kurs i alt (utenom «Andre tilbud») per årsverk. Hele landet og fylker. 2013, 2016 og 2019

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at landsgjennomsnittet i 2019 stiger fra 113 når vi ser på deltakere per årsverk til 194 når vi summerer deltakere per kurs. (Riktignok fantes det flere kommuner som ikke hadde registrert antall kursdeltakere, og en del brukere som har gått samme kurs flere ganger. Disse er da ikke med i figuren.) Det er likevel de samme to fylkene som har flest og færrest kursdeltakere per årsverk, som det var da vi kun så på deltakere per årsverk. Trøndelag hadde i gjennomsnitt 97 kursdeltakere per årsverk, og Telemark 344.

6.7. Oppsummering

Nesten 30 000 personer deltok på ett eller flere av tilbudene ved frisklivssentralene i kommunene i 2019. Dette utgjør i gjennomsnitt 113 deltakere per kommune som har etablert frisklivstilbudet. Hver fjerde deltaker var mann.

Tallene viser ellers forskjeller etter regionale bakgrunnskjenetegn. Blant annet er det fylkesvise ulikheter når det gjelder hvor mange deltakere som har benyttet tilbudene. Mens det var flest deltakere per frisklivssentral i Vestfold, var det færrest i Sogn og Fjordane. Deltakernivået er høyest i de største og mest sentrale kommunene og lavest i de minst sentrale kommunene med færrest innbyggere. Utviklingen viser en økning på ca. 2 500 deltakere på frisklivssentraler mellom 2016 og 2019, mens antall deltakere per kommune med frisklivssentraler har økt fra 103 til 113. Videre er antall deltakere per kommune med frisklivssentral lavest i små kommuner i mindre sentrale strøk og høyest i større kommuner i sentrale strøk. Samtidig har forskjellen i antall deltakere økt mellom 2016 og 2019 mellom små og store kommuner.

Andelen deltakere med henvisning har minsket. Nær alle frisklivssentraler har fått henvist personer fra fastlegetjenesten i 2019. I tillegg får de henvist personer fra

andre aktører. Kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten er de to andre tjenestene der flest kommuner har fått henvist deltakere fra. Vi finner ellers regionale forskjeller både etter fylke og kommunestørrelse for hvor frisklivssentralen får henvist personer fra. Tallene for 2016 og 2019 viser relativt små endringer når det gjelder hvilke aktører frisklivssentralene får henvist personer fra på landsnivå. Det er samtidig noen endringer dersom en ser på resultatene etter ulike regionale inndelinger.

Dersom man ser på dekningsgraden for personell ved frisklivssentral per deltaker, var det 98 deltakere per årsverk i landet totalt. Også her er det noen forskjeller langs regionale bakgrunnskjennetegn. Blant annet ser det ut til at dekningsgraden per deltaker er lavest i store kommuner i sentrale strøk, og høyest i mindre kommuner i mindre sentrale strøk. En av årsakene til dette er nok at større kommuner oppnår noen stordriftsfordeler som gjør det mulig å tilby flere innbyggere et tilbud per årsverk enn i små kommuner. Samtidig er det nokså små forskjeller i deltakere per kommune fordelt både etter kommunestørrelse og kommunesentralitet. Resultatene tyder på at kommuner, uavhengig av størrelse eller sentralitet, justerer ressursinnsatsen etter deltakere. Motsatt er det også grunn til å tro at tilgjengelige ressurser er med og setter grenser for hvor mange deltakere hver frisklivssentral har kapasitet til å ta inn. Utviklingen mellom 2016 og 2019 viser ellers relativt små endringer etter kommunestørrelse og fylke. Samtidig er det nasjonalt en nedgang i antall deltakere per årsverk.

7. Hvilke tilbud gir frisklivssentralene i ulike type kommuner?

262 kommuner og bydeler i Oslo, 60 prosent av kommunene i Norge, rapporterte i 2019 at de hadde etablert frisklivssentraler. Selv om et stort flertall av kommunene hadde etablert frisklivssentral kan allikevel innholdet i og omfanget av tilbudet variere mellom de ulike kommuner. Dette kapittelet vil ta for seg tilbudene og kursene ved frisklivssentralene. Kapittelet starter med å se på utbredelsen av de ulike tilbudene på landsbasis, både i forhold til i andelen kommuner som hadde de ulike tilbudene og kursene og i forhold til i hvor mange personer som deltok på dem. Videre vil kapittelet se på utviklingen over tid for tilbudene og kursene for de årene kartleggingene av frisklivssentraler er utført. Til slutt vil kapittelet ta for seg hvilke tilbud frisklivssentralene gir i ulike typer kommuner og se på hvordan tilbudene fordeler seg etter regionale kjennetegn som fylke og kommunestørrelse.

7.1. Generelt om tilbud og kurs ved frisklivssentraler

Frisklivssentraler er som tidligere beskrevet en kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste som gir støtte til endring av levevaner i mestring av helseutfordringer. Frisklivssentralen gir en strukturert, tilpasset og tidsavgrenset oppfølging (12 uker av gangen), basert på individuell og grupperettet veiledning. Oppfølgingstilbudet starter med en helsesamtale mellom bruker og veilederen ved frisklivssentralen, og denne samtalen bygger på prinsipper fra motiverende intervju. (Helsedirektoratet 2019). Underveis skal brukerne få informasjon om og prøve ut lokale tilbud, men en målsetning om å fortsette med egenaktivitet etter at oppfølgingsperioden er over.

Veilederen for kommunale frisklivssentraler beskriver at basistilbudet ved sentralen skal bestå av tilbud om støtte til fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt. Frisklivssentralen anbefaler videre, dersom det er ressurser, å supplere med tilbud til personer med lettere psykiske plager, søvnvansker og/eller risikofylt alkoholbruk. Tilbudene skal i henhold til veilederen tilrettelegges slik at alle i målgruppen kan delta. Frisklivssentralens tilbud skal i utgangspunktet være generelt og diagnoseuavhengig. Frisklivssentralens gruppetilbud og kurs kan gis i egen regi eller i samarbeid med andre aktører eller kommuner (Helsedirektoratet 2019).

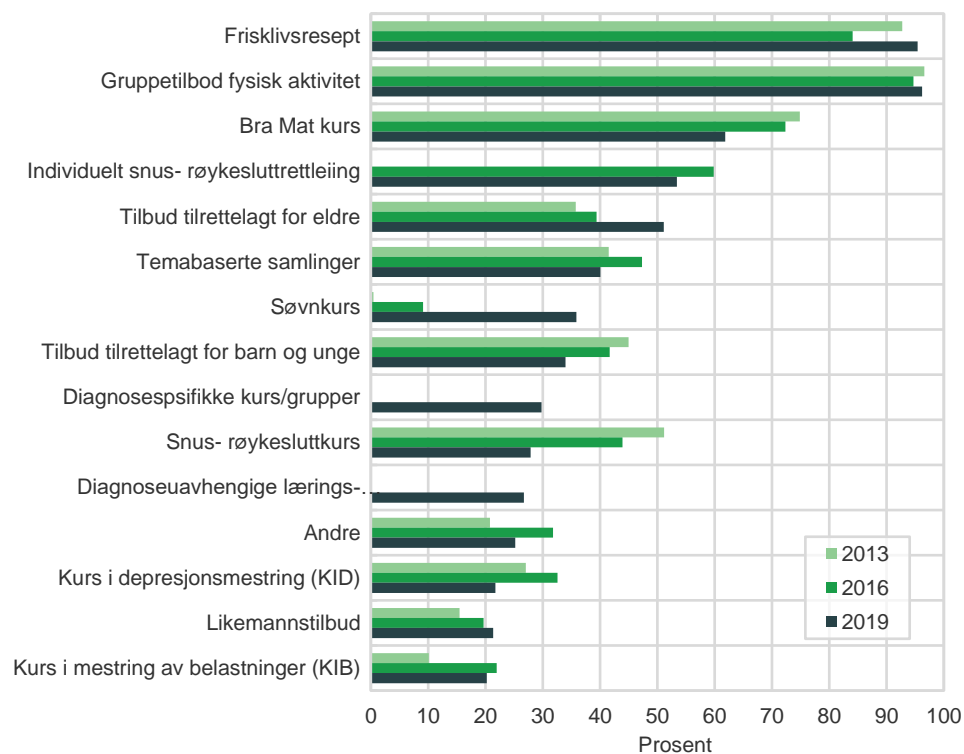
I kartleggingene som er gjennomført av SSB for 2013, 2016 og 2019 ble kommunene bedt om å svare på om de hadde gjennomført følgende tilbud ved frisklivssentralen og hvor mange deltakere som eventuelt hadde deltatt på de ulike tilbudene (se mer i vedlegg B, C og D):

- Frisklivsresept (*en henvisningsblankett som gir tilgang til et tidsavgrenset, strukturert veilednings - og oppfølgingstiltak som starter og avslutter med en helsesamtale*)
- Bra mat for bedre helse kurs (Bra Mat kurs)
- Snus – og røykesluttkurs
- Individuelt røykesluttkurs (kartlagt i 2016 og 2019)
- Kurs i depresjonsmestring (KID)
- Kurs i mestring av belastninger (KIB)
- Søvnkurs
- Gruppetilbud fysisk aktivitet
- Temabaserte samlinger
- Tilbud tilrettelagt for barn, unge og deres familier
- Tilbud tilrettelagt for eldre
- Likemannstilbud
- Diagnosespesifikke kurs og tilbud (ny i 2019)

- Andre diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud (ny i 2019)
- Andre kurs

Veilederen for kommunale frisklivssentraler omtaler de ulike kursene og tilbudene mer detaljert hva gjelder innhold, prosedyrer og fremgangsmåter. Veilederen presenterer også lenker til andre nettsteder som gir mer informasjon om de ulike kursene og tilbudene. På Helsedirektoratet sine nettsider kan man også finne ytterligere informasjon om de ulike tilbudene og kursene ved Frisklivssentraler. Helsedirektoratet tilbyr kompetansegivende kurs for ansatte ved frisklivssentralene knyttet til de ulike tilbudene og kursene.

Figur 7.1 Kommuner med frisklivssentral som har gjennomført ulike tilbud og kurs. Hele landet. 2013, 2016 og 2019. Prosent



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 7.1 viser utbredelsen av de ulike kursene i kommuner ved frisklivssentraler i 2019 og det er forskjeller i hvor stor grad de kursene blir tilbudt. Som det fremgår av figuren hadde omtrent alle kommunene med frisklivssentral frisklivsresept som en del av tilbudet sitt (95 prosent). En tilsvarende stor andel av kommunene hadde gruppetilbud for fysisk aktivitet som en del av tjenesten sin (96 prosent). Bra Mat kurs ble tilbudt i 62 prosent av kommunene og mer enn 50 prosent av kommunene hadde tilbud om individuell snus- og røykesluttveiledning, mens 28 prosent tilbød snus- og røykesluttkurs.

Temabaserte samlinger ble avholdt i 40 prosent av kommunene med frisklivssentral. Videre ble søvnkurs ble gitt i 36 prosent av kommunene. 34 prosent av kommunene hadde tilbud tilrettelagt for barn, unge og deres familier og mer enn halvparten hadde tilbud tilrettelagt for eldre. Kurs i depresjonsmestring (KID), kurs i mestring av belastninger (KIB) og likemannstilbud ble alle gitt i om lag 20 prosent av kommunene (henholdsvis 22, 20 og 21 prosent). Likemannstilbud er tilbud for samhandling mellom personer i samme livssituasjon, og samhandlingen har som mål å være til støtte for deltakerne. Frisklivssentralen kan ha en støttefunksjon når det gjelder etablering og drift av slike tilbud (Helsedirektoratet 2019).

En fjerdedel av kommunene rapporterte videre at de også hadde avholdt andre typer kurs og tilbud. En gjennomgang av grunnlagsdataen for 2019 viser at dette for eksempel kan være tilbud som turgrupper, yoga, avspenning, Qi gong, frisklivsmarsj og frisklivskafe.

Nytt i 2019 kartleggingen er at to ytterligere tilbud ble tatt med i datainnsamlingen, disse tilbudene var Diagnosespesifikke tilbud og Andre diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud. Diagnosespesifikke tilbud er gruppetilbud som retter seg mot brukere som har samme diagnose. Det kan for eksempel dreie seg om diagnoser som kreft, KOLS og diabetes. Figur 6.1 viser at 30 prosent av kommunene med frisklivssentral hadde diagnosespesifikke tilbud og grupper i 2019. Kommunene ble også bedt om å beskrive hvilke slike tilbud de hadde hatt i 2019. En gjennomgang av grunnlagsdataen viser at dette dreier seg om tilbud rettet mot personer med diabetes, KOLS, kreft og hjerte- og lungesyke, og i tillegg nevnes også parkinsongrupper, artroseskole, ryggskole, slaggruppe, demenskurs for pårørende og treningsgrupper for personer med multippel sklerose, for å nevne noen.

Andre diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud kan være tilbud som for eksempel livsstyrketrening, mestringstreff, kurs i hverdagsglede og livsmestringskurs. Litt i underkant av en tredjedel av kommunene hadde slike lærings- og mestringstilbud i 2019 (27 prosent). Andre eksempler på tilbud som kommunene har rapportert å ha holdt i denne sammenheng er livsstilskurs, Strukturkurs, stressmestringskurs og kurs i mindfulness, «Ta styring», «Sånn er livet» og «Tankevirus»-kurs.

Når vi ser på utviklingen over tid i andelen kommuner som har de ulike tilbudene og kursene viser figur 6.1 at denne den varierer mellom tilbudene. Gruppetilbud fysisk aktivitet har i alle de tre årene kartleggingene er utført ligget på et høyt nivå, over 90 prosent. I 2019 er andelen på det høyeste nivået av de tre årene med 96 prosent av kommunene. Figuren viser at det også har vært økning i andelen kommuner som tilbyr frisklivsresept fra 2013 til 2019. Likesom for gruppetilbud for fysisk aktivitet, har andelen med frisklivsresept ligget på et høyt nivå alle tre årene. Andelen falt imidlertid noe i 2016, til 84 prosent, for så å øke igjen til 95 prosent i 2019.

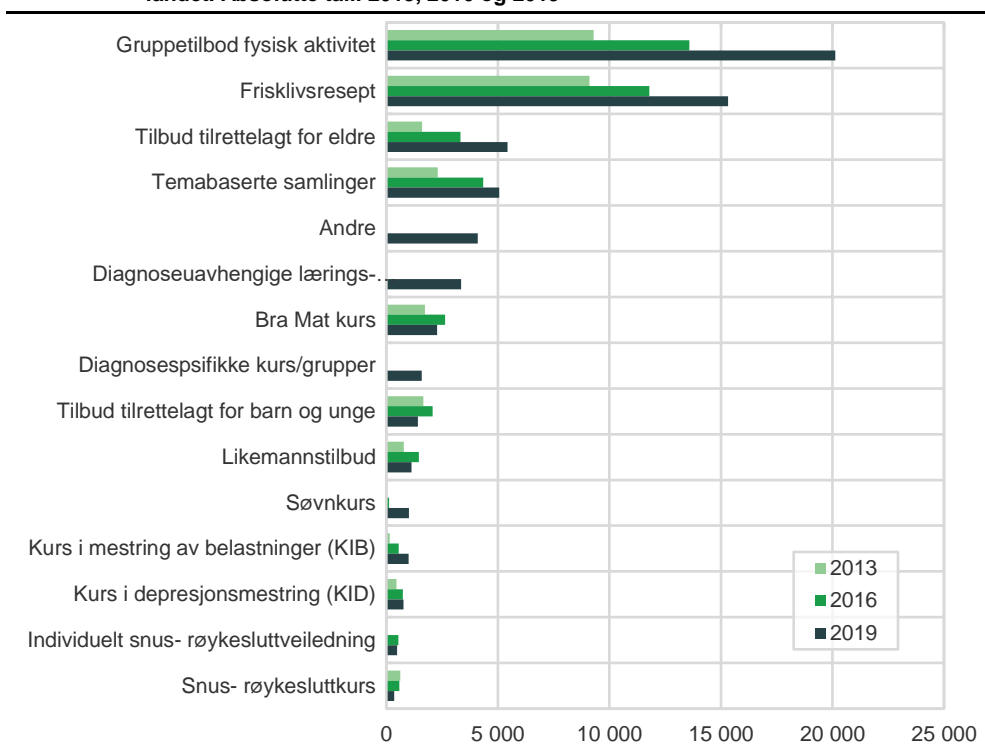
Andelen kommuner med tilbud tilrettelagt for eldre har hatt en jevn økning mellom 2013 og 2019. I 2013 lå andelen på 36 prosent, og i 2019 hadde den steget til drøyt 50 prosent av kommunene. Når det gjelder søvnkurstilbud hadde andelen kommuner som tilbød dette som en del av sine tjenester ved frisklivssentralen i 2019 økt mye fra første måling i 2016. Mens det i 2016 ikke var noen kommuner som hadde satt i gang med dette tilbudet, viser figur 6.1 at 36 prosent av kommunene hadde et slikt kurstilbud i 2019.

Andelen kommuner med likemannstilbud hatt også hatt en jevn økning i seksårsperioden, fra 15 prosent i 2013 til 21 prosent i 2019. Kurs i mestring av belastninger (KIB) ble i 2013 tilbudt av 10 prosent av frisklivssentralene, og i 2016 hadde denne andelen steget til 22 prosent. I 2019 gikk andelen imidlertid svakt tilbake til 20 prosent. Andelen kommuner med Kurs i depresjonsmestring (KID) økte noe mellom 2013 og 2016, men sank i 2019 til under nivået i 2013 (22 prosent).

Figur 6.1. viser at det har vært en nedgang for flere av tilbudene målt i andelen kommuner som tilbyr dem. Bra Mat kurs, tilbud tilrettelagt for barn og unge og deres familier og snus- og røykesluttkurs ble alle tilbudt i en mindre andel kommuner i 2019 enn i de to foregående årene med kartlegging. Bra Mat kurs, som er en del av basistilbudet til frisklivssentralene, ble i 2013 tilbudt i 75 prosent av

kommunene, mens i 2019 hadde andelen sunket til 62 prosent. Den største prosentvise nedgangen hadde imidlertid snus- og røykesluttkurs. I 2013 hadde over 50 prosent av kommunene snus- og røykesluttkurs som en del av tjenesten, og i 2019 lå denne andelen på 28 prosent. Individuell snus- og røykesluttveiledning ble i 2019 tilbudt i mer enn halvparten av kommunene, men også dette en lavere andel enn i 2016 hvor den lå på om lag 60 prosent. Til tross for en nedgang for individuell snus- og røykesluttveiledning mellom 2016 og 2019, er tendensen fortsatt at individuell snus- og røykesluttveiledning ser ut til å ha tatt mer og mer for snus- og røykesluttkurset. Grunnlagstallene for 2019 viser at 62 prosent av kommunene med frisklivssentral hadde enten gruppetilbud snus- og røykesluttkurs og/eller individuell snus- og røykesluttveiledning, mens bare 19 prosent av kommunene hadde begge tilbudene.

Figur 7.2 Personer som har deltatt på ulike tilbud og kurs ved frisklivssentralene. Hele landet. Absolutte tall. 2013, 2016 og 2019



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Samlet for alle kursene og gruppene var det om lag 63 500 personer som deltok på de ulike tilbudene i 2019. Dette tallet er en sum av alle deltakerne på alle kursene, og en person som har deltatt på flere kurs vil telles for hvert av kursene hun/han har deltatt på. Figur 7.2 viser antall personer som har deltatt ulike tilbud og kurs ved frisklivssentralene. Det er forskjeller mellom de ulike tilbudene i antall personer som deltok på tilbudene og kursene på landsbasis. Det er frisklivsresept og gruppetilbud fysisk aktivitet som har høyest antall deltakere av de ulike tilbudene. I 2019 benyttet i overkant av 15 000 personer seg av frisklivsresept og over 20 000 deltok på gruppetilbud fysisk aktivitet.

Tilbud tilrettelagt for eldre samlet i overkant av 5400 deltakere, mens om lag 5000 personer deltok på temabaserte samlinger. Når det gjelder temabaserte samlinger vil antall deltakere på dette tilbudet i noen grad være påvirket av enkelte samlinger og arrangementer i noen kommuner som har trukket et stort antall deltakere. Bra Mat kurset ble avholdt for om lag 2200 personer i 2019. For øvrig deltok vel 1400 personer på tilbud tilrettelagt for barn, unge og deres familier, drøyt 1100 personer på likemannstilbud og om lag 1000 personer på søvnkurs. Kurs i mestring av belastninger (KIB) og kurs i depresjonsmestring (KID) ble avholdt for henholdsvis

1000 og 800 personer. På de to ulike tilbudene knyttet til snus – og røykslutt deltok til sammen drøye 800 personer. Diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud og diagnosespesifikke kurs og grupper ble målt for første gang i denne kartleggingen og hadde henholdsvis 3300 og 1600 deltakere.

Dersom vi ser på utviklingen i antall deltakere på tilbudene de ulike tilbudene og kursene i perioden fra 2013 til 2019, så viser figur 6.2 at det var stor vekst i antall deltakere for både gruppetilbud for fysisk aktivitet og for frisklivsresept. Det var en dobling i antall deltakere på gruppetilbud for fysisk aktivitet og en kraftig økning på over 5000 deltakere, til drøye 15 000 deltakere på Frisklivsresept.

Det har også vært en stor vekst i antall deltakere på tilbud som er tilrettelagt for eldre, fra om lag 1600 deltakere 2013 til over 5400 deltakere i 2019. Antall deltakere på temabaserte samlinger har også hatt en dobling i samme periode, fra 2300 til 5000 deltakere. Videre har antall deltakere på kurs i mestring av belastninger (KIB) og kurs i depresjonsmestring (KID) har økt noe i perioden fra 2013 til 2019, men kurs i depresjonsmestring har allikevel omtrent samme antall deltakere i 2019 som i 2016.

Bra Mat kurs hadde et større antall deltakere i 2019 (2300 personer) enn i 2013 (1700 personer), men antall deltakere har gått ned med om lag 300 personer mellom 2016 til 2019. Tidligere i dette kapitlet så vi også at det hadde vært en nedgang i andelen kommuner med dette tilbudet på landsbasis. Likemannstilbud hadde også et større antall deltakere i 2019 enn i 2013, men også dette tilbudet hadde en nedgang i deltakere mellom 2016 og 2019, fra 1400 til 1100 deltakere.

Når det gjelder tilbud tilrettelagt for barn, unge og deres familier, så var det en økning i deltakermassen mellom 2013 og 2016, fra om lag 1600 til 2000 deltakere. I 2019 har imidlertid antall deltakere falt til under antallet i 2013, og var på om lag 1400 personer.

Figur 6.2 viser også at det har vært en svak nedgang i antall deltakere for begge de to ulike tilbudene knyttet til snus- og røykeavvenning. Antallet har falt fra om lag 1000 totalt for begge kursene i 2016 til drøye 800 i 2019, men reduksjonen i antall deltakere er noe mindre for individuell snus – og røykesluttveiledning enn for snus- og røykesluttkurset. Nedgangen i antall deltakere på de to snus- og røykesluttkursene, og nedgangen i andelen kommuner som tilbyr dette, kan ha en sammenheng med at en stadig lavere andel av befolkningen røyker daglig. I følge tall fra SSB falt andelen daglige røykere fra 15 prosent i 2013 til 9 prosent i 2019. Disse kursene seg også mot bruk av snus, og her ser vi fortsatt at andelen av befolkningen som snuser daglig øker. I perioden fra 2013 til 2019 har andelen som snuser daglig økt fra 9 til 14 prosent.

Tabell 7.1 Kommuner med frisklivssentral som har gjennomført ulike tilbud og kurs. Fylkesvis. 2019. Prosent

	Frisk- livs- resept	Bra Mat kurs	Snus- røyke- slutt- kurs	Indi- viduelt snus- røyke- slutt- kurs	Kurs i depre- sjons- mestring (KID)	Kurs i mestrin- g av belastni- nger (KIB)	Søvn- kurs	Gruppe- tilbud fysisk aktivitet	Tema- baserte sam- linger	Tilbud til rette- lagte barn og unge	Tilbud til rette- lagte eldre	Like- manns- tilbud	Diagnose- uav- hengige lærings- og mestring- tilbud	Diagnose- spesifikke kurs og grupper	Andre
Hele landet	95	62	28	53	22	20	36	96	40	34	51	21	27	30	25
01 Østfold	88	75	13	13	13	13	63	100	25	0	25	13	25	0	25
02 Akershus	100	78	33	56	22	33	33	100	67	61	39	33	44	44	44
03 Oslo	100	67	33	58	17	0	17	100	42	33	33	25	25	17	42
04 Hedmark	100	77	46	85	38	15	54	100	54	31	54	0	31	46	31
05 Oppland	95	59	27	64	18	9	32	91	27	27	55	9	9	32	18
06 Buskerud	100	78	39	61	17	28	67	100	39	33	50	44	44	28	28
07 Vestfold	100	100	13	50	25	50	63	100	50	13	88	75	50	25	38
08 Telemark	100	64	43	79	21	7	43	100	71	50	79	43	36	36	14
09 Aust-Agder	100	33	11	56	56	56	33	89	22	22	78	33	22	78	0
10 Vest-Agder	80	33	20	13	40	27	20	100	33	33	60	13	13	20	20
11 Rogaland	100	88	56	63	50	38	56	100	56	38	38	13	50	19	44
12 Hordaland	90	60	20	40	20	20	20	100	50	50	40	30	50	70	30
14 Sogn og Fjordane	85	8	8	54	15	15	8	92	23	38	54	15	23	15	23
15 Møre og Romsdal	92	92	31	46	8	15	31	92	15	38	62	23	38	15	0
18 Nordland	91	52	17	48	13	9	26	100	30	35	61	9	4	22	13
19 Troms	100	54	15	62	8	15	31	85	54	31	31	31	15	15	31
20 Finnmark	100	36	27	36	9	9	36	100	55	9	73	0	18	18	36
50 Trøndelag	96	62	27	54	15	23	31	88	23	35	31	12	15	38	23

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 7.2 Kommuner med frisklivssentral som har gjennomført ulike tilbud og kurs. Kommunestørrelse. 2019. Prosent

	Hele landet	Under 2 000 innbyggere	2 000 - 4 999 innbyggere	5 000 - 9 999 innbyggere	10 000 - 19 999 innbyggere	20 000 - 29 999 innbyggere	30 000 - 49 999 innbyggere	50 000 eller flere innbyggere
Frisklivsresept	95	92	93	95	98	96	100	100
Bra Mat kurs	62	32	55	58	76	78	75	89
Snus- røykeslutt-kurs	28	8	28	24	31	26	55	50
Individuelt snus- røykesluttveiledning	53	32	45	64	55	63	70	56
Kurs i depresjonsmestring (KID)	22	5	14	22	33	37	20	33
Kurs i mestring av belastninger (KIB)	20	11	10	22	21	37	30	28
Søvnkurs	36	16	29	34	43	48	40	67
Gruppetilbud fysisk aktivitet	96	97	97	92	98	100	95	100
Temabaserte samlinger	40	21	22	37	57	74	45	50
Tilbud tilrettelagt for barn og unge	34	21	24	29	48	48	50	39
Tilbud tilrettelagt for eldre	51	63	57	47	38	44	60	50
Likemanns-tilbud	21	3	16	17	24	44	30	44
Diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud	27	3	22	19	31	48	50	50
Diagnosespesifikke kurs/grupper	30	13	19	32	40	63	35	11
Andre	25	3	19	20	36	44	30	50

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

7.2. Kraftig økning i antall deltakere på gruppetilbud for fysisk aktivitet

De neste avsnittene tar for seg hvilke tilbud frisklivssentralene gir i ulike typer kommuner og ser på hvordan tilbudene fordeler seg etter regionale kjennetegn som fylke og kommunestørrelse. I dette avsnittet ser vi først på tilbudene som er en del av basistilbudet ved frisklivssentralen.

Alle frisklivssentraler skal ha et strukturert, tilpasset og individuelt tilpasset tilbud om støtte til fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykslutt, og det er disse tilbudene utgjør basistilbudet ved frisklivssentralene. Gruppetilbud for fysisk aktivitet er som nevnt et av basistilbudene ved frisklivssentraler. Dette tilbudet er kjennetegnet ved at personer med ulike helseutfordringer deltar i samme gruppe og aktiviteten skal

tilrettelegges for alle deltakerne. Gruppetilbudet kan gjennomføres i egen regi eller i samarbeid med andre lokale aktører (Helsedirektoratet 2019).

Gruppetilbud for fysisk aktivitet ble i 2019 tilbudt i de aller fleste kommuner med frisklivssentral (96 prosent). I tillegg til at andelen kommuner med tilbudet har holdt seg på et høyt nivå i alle de tre kartleggingene viser også kartleggingen at antall deltakere også har doblet seg mellom 2013 og 2019. Bakgrunnen for dette kan være økt kapasitet i gruppetilbudene ved sentralene. Tall fra kartleggingene viser at det har vært en økning i antall årsverk ved frisklivssentralene fra 191 årsverk i 2013 til 306 årsverk i 2019. Økningen i antall årsverk kan medvirke til at det er mulig å gjennomføre flere ukentlige gruppetimer som flere deltakere kan være med på. I tillegg kan det være at sentralene også når ut til flere i målgruppen for gruppetilbudene for fysisk aktivitet gjennom sitt kommunikasjons- og informasjonsarbeid.

Tabell 7.1 viser at i 15 av 18 fylker så tilbød flere enn 90 prosent av kommunene gruppetilbud for fysisk aktivitet. I 10 av disse 15 fylkene hadde alle kommunene tilbudet. Tre fylker (Aust-Agder, Trøndelag og Troms) hadde en noe lavere andel kommuner med tilbudet, men andelen er allikevel fortsatt høye (henholdsvis 89, 88 og 85 prosent). Dersom vi ser på hvilke kommuner som har gruppetilbud for fysisk aktivitet, med utgangspunkt i størrelsen på kommunen, så viser Tabell 6.2 at andelen kommuner med dette tilbudet er relativt likt både i de aller største og i de aller minste kommunene, med andeler på over 95 prosent. I kommuner med mellom 5000-9999 innbyggere er det i midlertid en noe mindre andel av kommunene som har gruppetilbud for fysisk aktivitet, men også her er andelen stor (92 prosent).

Oppfølging av brukere med behov for kostholdsendringer er også en del av basistilbudet ved frisklivssentraler. Denne oppfølgingen kan skje gjennom helsesamtaler, temasamlinger og kurset Bra Mat for bedre helse. Bra Mat for bedre helse kurset er et teoretisk og praktisk kurs som skal inspirere til endringer av matvaner og valg av matvarer. Kurset er utviklet av Helsedirektoratet og baserer seg på de nasjonale kostholdsrådene. (Helsedirektoratet 2019) På landsbasis har andelen kommuner med Bra Mat kurs gått ned fra 72 prosent i 2016 til 62 prosent i 2019. Antall deltakere på dette kurset på landsbasis falt også mellom 2016 og 2019, fra 2600 til 2300 personer.

Fylkesvis er det store forskjeller i andelen kommuner som tilbød kurset i 2019. Vestfold er det fylket med størst andel. Her hadde alle kommunene i fylket (100 prosent) tilbud om Bra Mat kurs. For øvrig viser tabell 6.1 at i 13 av 18 fylker hadde mer enn halvparten av kommunene Bra Mat kurs. 6 av disse fylkene hadde andeler på over 75 prosent. I Aust-Agder, Vest-Agder og Finnmark lå andelen kommuner med Bra Mat kurs på drøye 30 prosent (henholdsvis 33, 33 og 36 prosent). Sogn og Fjordane hadde den minste andelen kommuner med Bra Mat kurs på 8 prosent. Dersom vi sammenligner resultatene fra 2019 med 2016 så hadde Vestfold, Hordaland, Møre og Romsdal, Østfold, Oppland og Telemark økninger i andelen kommuner med tilbud om Bra Mat kurs. For de øvrige 12 fylkene var det nedgang i andelen som tilbød kurset.

Det er særlig i de mindre kommunene at andelen av kommunene med Bra Mat kurs var liten i 2019. I de aller minste kommunene (under 2000 innbyggere) var andelen på drøye 30 prosent. Til sammenligning var andelen i de større kommunene (kommuner med over 10 000 innbyggere) på mer enn 75 prosent. Størst andel hadde kommunene med over 50 000 innbyggere, hvor nær 90 prosent av kommunene tilbød Bra Mat kurs. Dersom vi sammenligner resultatene fra 2019 med 2016 viser tallene at andelen kommuner med Bra Mat kurs har falt i omtrent

alle kommune grupper, unntatt for kommune gruppen med flest innbyggere (flere enn 50 000). Nedgangen i andelen kommuner med tilbudet er særlig stor blant kommuner med under 5000 innbyggere.

Støtte til snus- og røykeslutt i frisklivssentralene kan skje gjennom individuelle helsesamtaler og snus- og røykesluttkurs. I 2019 var det på landsbasis 28 prosent av kommunene som hadde tilbud om snus- og røykesluttkurs og 53 prosent av kommunen som tilbød individuell snus- og røykesluttveiledning. Det er også for disse to tilbudene variasjoner mellom fylkene i andelen kommuner som hadde tilbudene.

Tabell 7.1 viser at Hedmark er det fylket som hadde den største andelen kommuner med tilbud om individuell snus- og røykesluttveiledning (85 prosent), etterfulgt av Telemark med en andel på 79 prosent. Fylkene som hadde lavest andel kommuner med denne veiledningen var Vest-Agder og Østfold, med en andel på 13 prosent i begge kommuner. Fylket med den tredje laveste andelen kommuner var Finnmark, men i dette fylket var allikevel andelen på 36 prosent. Dersom vi ser på de utbredelsen av tilbudet i kommunene med utgangspunkt i kommunestørrelse ser vi i tabell 6.2 at det er lavest andel i de minste kommunene. 32 prosent av kommunene med under 2000 innbyggere hadde tilbud om individuell snus- og røykesluttveiledning. Den høyeste andelen kommuner med snus- og røykesluttveiledning hadde kommunene med mellom 30 000 - 49 999 innbyggere, her lå andelen i 2019 på 70 prosent.

Når det gjelder snus- og røykesluttkurs hadde Rogaland størst andel kommuner med tilbudet. Her tilbød 56 prosent av kommunene kurset i 2019. I 11 av 18 fylker var det under en tredjedel av kommunene som tilbød snus- og røykesluttkurs. Sogn og Fjordane hadde den laveste andelen blant fylkene, med 8 prosent av kommunene som tilbød kurset. Det er også for dette kurset de aller minste kommunene som har den laveste andelen kommuner med tilbudet. Som tabell 6.2 viser var det blant kommunene med under 2000 innbyggere 32 prosent som hadde tilbudet. Til sammenligning lå andelen på 50 prosent eller mer for de to kommune gruppene med flest innbyggere.

7.3. Stor økning i andelen kommuner med søvnkurs

Utover basistilbudet ved frisklivssentralen anbefaler veilederen for kommunale frisklivssentraler at sentralen skal ha tilbud til personer med lettere psykiske plager, til personer med søvnvansker og/eller til personer med risikofylt alkoholbruk, dersom det er ressurser til det ved frisklivssentralen (Helsedirektoratet 2019) Frisklivssentralene anbefales å gi hjelp til brukere med lettere psykiske belastninger gjennom to ulike kurs, Kurs i mestring av depresjon (KID) og Kurs i mestring av belastninger (KIB). Kursene er anbefalt som viktige forebyggende tiltak ved mild og moderat depresjon. Begge kursformene er evaluert og prøvd ut i Norge med gode resultater (Helsedirektoratet, 2019). Tabell 6.1 viser at kurs i depresjonsmestring (KID) og kurs i mestring av belastninger (KIB) ble gitt i henholdsvis 22 prosent og 20 prosent av kommunene på landsbasis.

Tabell 7.1. viser at det er regionale forskjeller når det gjelder andelen kommuner som tilbyr disse to kursene. I 14 av 18 fylker ble KID tilbudt av under 25 prosent av kommunene. Lavest andel hadde Møre og Romsdal og Troms, begge fylkene med andel på 8 prosent. I de øvrige fire fylkene, Hedmark, Vest-Agder og Rogaland og Aust-Agder, lå andelen på mellom 38 prosent og 56 prosent. Aust-Agder var det fylket med den største andelen (56 prosent). Når det gjelder KIB hadde også Aust-Agder den største andelen med 56 prosent, etterfulgt av Vestfold med 50 prosent og Rogaland og Akershus på henholdsvis 38 og 33 prosent. I Oslo

ble det ikke avholdt KIB-kurs i 2019. Andelen kommuner som tilbød kurset var videre lavest i Telemark (7 prosent) og i Norland, Finnmark og Troms (9 prosent).

Dersom vi ser på kommunestørrelse viser tabell 7.2 at for både KIB og KID-kurs var andelen kommuner som har gjennomført disse tilbudene minst i kommunene med under 5000 innbyggere. Den største andelen finner vi blant kommuner med mellom 20 000 og 29 999 innbyggere for både KIB og KID. Andelen kommuner som tilbød KID ble redusert i omtrent alle kommunegruppene, både de minste kommunene og de største kommunene. Et unntak er i kommunene med mellom 20 000 og 29 999 innbyggere, her økte andelen svakt fra 35 prosent i 2016 til 37 prosent i 2019. Den største nedgangen finner vi blant kommunene med under 2000 innbyggere. Blant disse gikk andelen som tilbød KID-kurs ned fra 25 prosent til 5 prosent. Nedgangen er imidlertid også stor for flere av de større kommune-gruppene. Når det gjelder KIB-kurs, er det kommunene med mellom 30 000 og 49 999 innbyggere som har hatt størst økning i andel kommuner med tilbudet. Her har andelen økt fra om lag 20 til 30 prosent mellom 2016 og 2019. Kommunene med mellom 10 000 og 19 999 innbyggere hadde den største negative endringen, hvor andelen falt fra 30 til 21 prosent i samme periode.

Veileder for kommunale frisklivssentraler anbefaler at søvn tas opp som et tema i helsesamtalen, og at brukere med lettere søvnproblemer skal få veiledning i søvnvaner. Frisklivssentralen kan også tilby søvnkurs. Figur 6.1 viser at 36 prosent av kommune tilbød på landsbasis søvnkurs til brukere av frisklivssentralen i 2019. Dette er en økning fra 2016, da 9 prosent av kommunene hadde dette tilbudet. I motsetning til i 2016 hvor bare 11 fylker hadde kommuner som tilbød dette kurset, var tilbudet gitt av kommuner i alle fylker i 2019. Kurset var mest utbredt blant kommunene i Buskerud, Vestfold og Østfold. I alle disse tre fylkene var andelen kommuner med tilbudet på godt over 60 prosent. I Hedmark og Rogaland tilbød over halvparten av kommunene søvnkurs. Fylkene med minst andel var Sogn og Fjordane (8 prosent) og Oslo (17 prosent).

Dersom vi ser på utbredelsen av søvntilbudet ut fra kommunestørrelse viser tabell 7.2 at andelen kommuner med søvnkurs er størst i kommunene med flere enn 50 000 innbyggere, og minst blant kommunene med færrest innbyggere. 16 prosent av de minste kommunene (under 2000 innbyggere) tilbød søvnkurs i 2019, mens 67 prosent av kommunene på over 50 000 innbyggere tilbød kurset. Det er også en tendens til at andelen kommuner med tilbudet faller jo mindre kommunestørrelsen er.

7.4. Størst utbredelse av tilbud til eldre i små kommuner

I veilederen for kommunale frisklivssentraler står det at tilbudene ved frisklivssentralen skal tilrettelegges og gjennomføres slik at alle i målgruppen kan delta, uavhengig av helseutfordringer. Det beskrives også at frisklivssentralene skal opprette tilbud tilpasset enkelte gruppers behov, dersom det er behov for det. Slike tilbud kan for eksempel være tilbud tilrettelagt for barn og unge og deres familier eller tilbud tilrettelagt for eldre (Helsedirektoratet 2019).

På landsbasis hadde 34 prosent av kommunene tilbud rettet mot barn og unge og deres familier i 2019. Dette var en nedgang fra 2016 hvor andelen lå på 42 prosent. Det var også en nedgang i antall deltakere på tilbud tilrettelagt for barn, unge og deres familier, fra om lag 1650 deltakere i 2013 til om lag 1400 deltakere ved siste kartlegging i 2019. Kartleggingen kan ikke si noe om årsaken til denne nedgangen; om nedgangen kan ha sammenheng med økninger i tilbud i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, eller om det har vært en økning i tilbud til målgruppen i andre deler av kommunehelsetjenesten. Grunnlagsdataen viser at imidlertid at nedgangen

i antall deltakere hadde en samvariasjon med nedgangen i andel kommuner som hadde slikt tilbud i 2019.

Dersom vi ser på de ulike fylkene er det variasjoner i hvor stor andel av kommunene som har et slikt tilbud. I Østfold var det ingen kommuner som hadde tilbud tilrettelagt for barn og unge og deres familier ved frisklivssentralene i 2019. Utover dette fylket hadde Finnmark og Vestfold de minste andelene kommuner med tilbudet, henholdsvis 9 og 13 prosent. I Telemark, Hordaland og Akershus, hvor andelene var størst, ble tilbudet gitt av halvparten eller flere av kommunene. Av disse hadde Akershus den største andelen på 61 prosent. Blant de øvrige fylkene varierte andelen kommuner med dette tilbudet mellom 22 og 38 prosent.

Sammenligner vi resultatene fra 2019 med 2016 så viser grunnlagstallene at andelen kommuner med tilbud til barn og unge og deres familier har gått ned i flertallet av fylkene. Størst nedgang finner vi i Oslo, Hedmark og Vestfold. Samtidig var det en økning i andelen kommuner med tilbudet i Akershus, Telemark, Hordaland, Møre og Romsdal, Troms og Finnmark.

Når vi ser vi på andelen kommuner med tilbud tilpasset til barn og unge og deres familier med utgangspunkt i kommunestørrelse viser tabell 6.2 at andelen er minst i de små kommunene. I 2019 lå andelen på rundt 20 prosent i de to minste kommunegruppene (under 2000, og mellom 2000- 4999 innbyggere), mens om lag halvparten av kommunene med mellom 10 000 og 49 999 innbyggere hadde tilsvarende tilbud. I de største kommunene (kommuner med over 50 000 innbyggere) var imidlertid andelen noe mindre (39 prosent). Dersom vi sammenligner resultatene fra 2019 med 2016 har andelen kommuner med tilbud tilpasset barn og unge og deres familier blitt redusert i omtrent alle kommunegruppene, både de små kommunene og de store kommunene. Unntaket var kommunene med mellom 10 000 og 19 999 innbyggere, i disse kommunene økte andelen fra 34 til 48 prosent.

Tilbud tilrettelagt for eldre ble gitt i 51 prosent av kommunene i 2019. Dette er en økning fra 2016 hvor den tilsvarende andelen var på 39 prosent. Det har også vært en vekst i antall deltakere på tilbud tilrettelagt for eldre, fra om lag 1600 deltakere i 2013 til over 5400 deltakere i 2019. Alle fylkene hadde kommuner med slike tilbud i 2019, men andelene varierer også for dette tilbudet mellom fylkene. I Vestfold lå andelen kommuner med tilrettelagte tilbud til eldre på nær 90 prosent. I fylket med minst andel, Østfold, var andelen 25 prosent. I 11 av fylkene ble tilbud tilrettelagt for eldre gitt i mer enn halvparten av kommunene. I de øvrige 7 fylkene lå andelene på mellom 25 og 40 prosent. Sammenlignet med 2016 så viser grunnlagstallene at andelene kommuner med tilbud tilrettelagt for eldre økte i 14 av 18 fylkene. Den største økningen hadde Finnmark hvor andelen i 2019 var på 73 prosent mot 33 prosent i 2016.

Dersom vi ser på fordelingen av andel kommuner med tilbud tilrettelagt for eldre ut fra kommunestørrelse viser tabell 6.2 at den største andelen kommuner finnes blant de aller minste kommunene. 63 prosent av kommunene med under 2000 innbyggere har tilrettelagte tilbud til eldre. At det er størst andel kommuner som har tilbud tilrettelagt for eldre i de minste kommunene kan ha en sammenheng med at også andelen eldre er størst i de minste kommunene. I den nest minste kommunegruppen (mellom 2000 og 4999 innbyggere) har 57 prosent av kommunene slikt tilbud ved frisklivssentralen. Den nest største andelen (60 prosent) finner vi imidlertid hos store kommuner med mellom 30 000 og 49 999 innbyggere. Flertallet av befolkningen i alderen 65 år og eldre bor i de store kommunene. Sammenlignet med tallene fra 2016 så har andelen kommuner med tilrettelagte tilbud til eldre økt i nær alle kommunegruppene, både de minste og de

største. Det var imidlertid en liten nedgang i andel fra 41 til 38 prosent blant kommunene med 10 000 til 19 999 innbyggere.

7.5. Én av tre frisklivssentraler med diagnosespesifikke tilbud

Frisklivssentralens tilbud skal som nevnt i utgangspunktet være diagnoseuavhengig og generelt. Samtidig kan sentralen tilby gruppebasert, diagnosespesifikk informasjon og veiledning, dersom det er grunnlag for det i befolkningen og tilstrekkelige ressurser til det ved sentralen. Dette kan for eksempel være tilbud som retter seg mot brukere med diagnoser som for eksempel kreft, KOLS og diabetes.

Diagnosespesifikke tilbud og grupper ble avholdt i om lag 30 prosent av kommunene med frisklivssentral på landsbasis i 2019 og antall deltakere på slike tilbud var på om lag 1600 personer dette året. Tabell 6.1 viser at 17 av 18 fylker har kommuner med diagnosespesifikke tilbud og grupper i 2019. Det er stor variasjon for dette tilbudet mellom de ulike fylkene med tanke på hvor stor andel av kommunene som hadde diagnosespesifikke tilbud. Aust-Agder og Hordaland hadde de største andelene på henholdsvis 78 og 70 prosent. I Hedmark hadde 46 prosent av kommunene diagnosespesifikke tilbud og Akershus var andelen på 44 prosent. Fylkene med størst andel kommuner med diagnosespesifikke tilbud var Troms, Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal. Alle tre fylkene med en andel på 15 prosent. I Østfold var det ingen kommuner rapporterte at de tilbød diagnose-spesifikke kurs tilbud i 2019.

Når vi ser på andelen kommuner med diagnosespesifikke tilbud i forhold til størrelsen på kommunen så viser tabell 6.1 at den største andelen var å finne blant kommunene med mellom 20 000 og 29 999 innbyggere. I denne gruppen lå andelen kommuner med tilbudet på over 60 prosent. Minst andel var det blant de aller største kommunene (50 000 innbyggere eller mer) hvor andelen lå på 11 prosent. Andelen kommuner med diagnosespesifikke tilbud var også liten blant de minste kommunene. 13 prosent av kommunene med under 2000 innbyggere, og 19 prosent av kommunene med mellom 2000 og 4999 innbyggere hadde slike tilbud i 2019. At det er små andeler blant de minste kommunene kan ha sammenheng med at grunnlaget i befolkningen er mindre i små kommuner for slike spesifikke tilbud. I tillegg kan det i de minste kommunene også være færre ressurser tilgjengelig, samt mindre tilgang på kompetanse knyttet til de spesifikke diagnosene.

Når det gjelder andre diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud, som for eksempel hverdagsglede, livsmestringskurs, livsstyrketrening, rapporterte 27 prosent av kommunene med frisklivssentral at de hadde slike tilbud i 2019. Om lag 3300 personer deltok på disse. Tilbudene var representert i kommuner i alle landets fylker, men utbredelsen var ulik i de ulike fylkene. I Hordaland, Vestfold og Rogaland var andelene kommuner med tilbudet størst. I disse tre fylkene hadde halvparten av kommunene slike tilbud. Akershus og Buskerud har nest størst andel, begge med 44 prosent. De minste andelene finner vi i Nordland, Oppland og Vest-Agder. I disse tre fylkene lå andelene på henholdsvis 4, 9 og 13 prosent. Blant de øvrige fylkene varierer andelen kommuner med tilbudet mellom 18 og 38 prosent. Tabell 6.2. viser at andre diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbudene var mest utbredt i de største kommunene. I de to største kommunegruppene (over 30 000 innbyggere) lå andelen kommuner med tilbudet på 50 prosent. I den minste kommunegruppen (under 2000) hadde kun 3 prosent av kommunene tilbudet. Det er også en tendens til at andelen kommuner med tilbudet faller med sammen med kommunestørrelse.

7.6. Oppsummering

Dette kapitlet har tatt for seg tilbudene og kursene ved frisklivssentralene i norske kommuner og sett på utbredelsen av de ulike tilbudene, både i forhold til andelen kommuner med tilbudet og antallet deltakere på tilbudene. Kapitlet har sett på utviklingen over tid for de ulike kursene, samt sett hvordan tilbudene og kursene fordeler seg i ulike kommuner, ut fra regionale kjennetegn.

Når det gjelder tilbudene ved frisklivssentraler har det over de årene kartleggingene har funnet sted i sum vært en relativt stabil utbredelse av kurs og tilbud ved sentralene. Samtidig finner kartleggingene at det til tross for en stabil utbredelse av tilbud har vært en økning totalt i antall personer som har deltatt på de ulike kursene og tilbudene ved frisklivssentralene. For øvrig finner kartleggingen at det er en tendens til at utbredelsen av de ulike kursene og tilbudene er størst i de største kommunene og minst i de minste kommunene, samt at det også kan se ut til at forskjellen mellom store og små kommuner har blitt tydeligere i 2019 enn ved sist kartlegging i 2016.

Når det gjelder basistilbudene, viser kartleggingen at omtrent alle kommunene (96 prosent) hadde gruppetilbud fysisk aktivitet i 2019. Antall deltakere på dette tilbudet var størst blant alle tilbudene med om lag 20 000 deltakere. Antall deltakere har doblet seg siden 2013, og dette til tross for at utviklingen i andelen kommuner med tilbudet ligget på et jevnt, og ikke minst, høyt nivå i alle de tre årene kartleggingen har funnet sted. Andelene kommuner med gruppetilbud for fysisk aktivitet var høye både på tvers av fylker (over 85 prosent) og mellom kommunestørrelser (over 92 prosent).

Bra Mat kurs ble i 2019 tilbudt 62 prosent av kommunene. Dette er en nedgang i andel sammenlignet med 2013 og 2016. Antall deltakere gikk også ned mellom 2016 og 2019 (fra 2600 til 2300 deltakere), men antallet var fortsatt på et høyere nivå enn i 2013 (1700 deltakere). Det var store forskjeller mellom fylkene i hvor andel av kommunene som hadde tilbudet. Det er blant de minste kommunene at andel kommuner med tilbudet er minst (32 prosent) og blant de største kommunene at andelen kommuner med tilbudet var størst (89 prosent). Det er også blant de minste kommunene at nedgangen i andel mellom 2016 og 2019 var størst. Når det gjelder de to tilbudene som er rettet mot snus—og røykeslutt, hadde begge disse en nedgang mellom 2016 og 2019. Det var også en nedgang i antall deltakere på begge tilbudene, men nedgangen i antall deltakere var størst for snus- og røykesluttkurset. De minste kommunene hadde minst andel kommuner med individuell snus- og røykeveiledning (32 prosent).

Kurs i mestring av belastninger (KIB) ble i 2019 tilbudt i 20 prosent av kommunene. Dette er en økning fra 2013, hvor andelen lå på 10 prosent, men allikevel en svak nedgang fra 2016 hvor andelen lå på 22 prosent. Andelen kommuner med Kurs i depresjonsmestring (KID) økte noe mellom 2013 (27 prosent) og 2016 (33 prosent), men andelen falt i 2019 til en lavere andel enn i 2013 (22 prosent). Selv om andelen kommuner med disse to tilbudene falt i perioden var det allikevel økning i antall deltakere for begge kursformene. Økningen er imidlertid større for KIB enn for KID. Fylkesvis varierer andelene kommuner med KIB og KID på mellom 8 og 56 prosent. I forhold til kommunestørrelse var andelen kommuner som tilbød KIB og KID minst i de to minste kommunegruppene, mens de største andelene finner vi i de mellomstore kommunene (20 000-29 999).

Tilbudet søvnkurs var med for første gang i kartleggingen i 2016, og kurset ble den gangen rapportert tilbudt i 9 prosent av kommunene. I 2019 hadde denne andelen økt til 36 prosent og om lag 1000 personer deltok i 2019 på tilbudet. Kurset ble i 2019 gitt av kommuner i alle landets fylker, men allikevel med noe ulik utbredelse.

Andelen kommuner med tilbudet varierte i de ulike kommunene mellom 8 prosent og 67 prosent. Det var videre minst andel kommuner med tilbudet i de minste kommunene her lå andelen på 16 prosent. Den største andelen hadde de største kommunene med 67 prosent.

Andelen kommuner med tilbud tilrettelagt for barn og unge og deres familier falt mellom 2013 og 2019 fra 45 prosent til 34 prosent. Det var også en nedgang i antall deltakere fra om lag 1650 deltakere til 1400 deltakere. Det var videre forskjeller mellom fylkene i hvor stor andel av kommunene som hadde slikt tilbud. I et fylke fantes det ikke slikt tilbud blant kommunene. For de øvrige fylkene varierte andelen mellom 9 prosent og 61 prosent. Mellom 2016 og 2019 falt andelen kommuner med tilbud til barn, unge og deres familier i 11 av 18 fylker. Andel kommuner med tilbud til barn, unge og deres familier var minst i de to minste kommunene hvor andelen lå på rundt 20 prosent.

Tilbud tilrettelagt for eldre ble i 2019 tilbudt i over halvparten av kommunene med frisklivssentral. Dette var en økning fra 2013 hvor tilbudet ble gitt i 39 prosent av kommunene. I samme periode var det også vært en økning i antall deltakere fra om lag 1600 til 5400 personer. Tilbudet ble gitt av kommuner i alle fylkene, men andelen kommuner med tilbudet varierer mellom 25 prosent og 88 prosent i de ulike fylkene. Det er i de aller minste kommunene vi finner den største andelen kommuner med tilbud tilrettelagt for eldre (63 prosent).

Diagnosespesifikke tilbud og andre diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud var med i kartleggingen av frisklivssentraler for første gang i 2019. Resultatet fra kartleggingen viser at om lag 1 av 3 kommuner med frisklivssentral hadde disse tilbudene i 2019. Det var for begge tilbudene klare forskjeller mellom fylkene i hvor stor utbredelse kursene hadde blant kommunene. Andelen kommuner med diagnosespesifikke tilbud varierte mellom 15 prosent og 78 prosent i de ulike fylkene. I et fylke var det ingen kommuner som hadde tilbudet. Andelen kommuner som tilbød andre diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud varierte mellom 4 prosent og 50 prosent i de ulike fylkene i 2019. Andre diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud hadde størst utbredelse i de største kommunene. I de aller minste kommunene hadde kun 3 prosent av kommunene tilbudet. Diagnosespesifikke tilbud hadde på sin side størst utbredelse i mellomstore kommuner (20 000 og 30 000 innbyggere), mens andelen i de aller minste kommunene og i de aller største kommunene var på under 13 prosent.

8. Hvilke aktører samarbeider frisklivssentraler med?

I veilederen for frisklivssentraler anbefaler Helsedirektoratet at tjenesten skal forankres i kommunale planer og budsjetter og samtidig bli organisert slik at det kan legges til rette for samarbeid med andre forebyggende tjenester: «Frisklivssentralen bør kartlegge og kontakte aktuelle samarbeidspartnere blant annet for å etablere rutiner for henvisning, dialog og for å holde informasjon om tilbud og tjenester oppdatert. For eksempel kan møter og samarbeid med allmennlegerådet, fastlegene, NAV, spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere, være aktuelt. Samarbeid mellom ulike offentlige, frivillige og private aktører og tilbud, på tvers av sektorer, er avgjørende for forebygging, tidlig innsats og koordinerte tjenester. Samarbeidet mellom frisklivssentralen og andre aktører bør være gjensidig forpliktende og kan gjerne formaliseres gjennom rutiner og skriftlige avtaler.» (Helsedirektoratet 2019.)

I etableringsfasen av frisklivssentraler blir kommunene altså oppfordret til å kartlegge og kontakte aktuelle samarbeidspartnere. I tillegg bør de kartlegge og få en oversikt over andre lavterskeltilbud som fins i nærområdet. I mange tilfeller kan det være like formålstjenlig å henvise personer som møter opp på frisklivssentral videre til andre tilbud i kommunal, privat eller frivillig sektor. Dette blir en vurdering de ansette ved frisklivssentralene gjør i samråd med deltakerne og de aktuelle samarbeidspartnerne. Eksempler på samarbeidspartnere kan være:

- Helse- og omsorgstjenesten i kommunen, som for eksempel fastleger og fysioterapeuter
- Kommunale, fylkeskommunale og offentlige tilbud, som f. eks. NAV
- Spesialisthelsetjenesten
- Frivillige og private organisasjoner, f. eks pasientorganisasjoner og treningssentre

I kartleggingene for 2013, 2016 og 2019 ble kommunene bedt om å rapportere hvilke aktører de hadde inngått samarbeid med. Siden samarbeidsmønstrene har vært relativt like for de tre årgangene, skal fokus her være på 2019. Vi skal se på hvilke aktører frisklivssentralene samarbeider med, og i tillegg si litt om hvorvidt det er regionale ulikheter når det gjelder samarbeidspartnere.

Figur 8.1 Frisklivssentraler som har samarbeidet med ulike aktører. Hele landet. 2019. Prosent



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 8.1 viser at nesten alle frisklivssentraler samarbeider med fastlegetjenesten i 2019. Det er også vanlig å inngå samarbeid med helsestasjons- og skolehelsetjenesten og andre kommunale virksomheter. Videre er det mange som har samarbeid med frivillige lag og organisasjoner og NAV. Tannhelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten er de svaralternativene færrest har sagt ja til at de samarbeider med.

8.1. Nær alle frisklivssentraler samarbeider med fastlegetjenesten

Fastleger kan henvise pasienter til frisklivsresept, og skal ifølge fastlegeforskriftens §20, basert på en medisinsk vurdering, tilby forebyggende tiltak til pasienter. 95 prosent av frisklivssentralene hadde inngått samarbeid med fastlegetjenesten i 2019. Dette underbygger også resultatene vedrørende henvisninger, der fastleger henviser flest personer til frisklivssentralene. I de 5 prosentene av sentralene som ikke hadde samarbeid med fastlegetjenesten, er andelen henviste brukere i gjennomsnitt kun 17 prosent. (83 prosent kommer uten henvisning/på eget initiativ.) Ser man på alle frisklivssentraler, er det derimot halvparten av brukerne som har henvisning fra en annen instans. Dette tyder på at fastlegene spiller en viktig rolle i arbeidet med å få kanalisert brukere til frisklivstilbudene i kommunene.

I hvert tredje fylke hadde alle frisklivssentralene inngått samarbeid med fastlegetjenesten, dette gjaldt Akershus, Oslo, Oppland, Vestfold, Hordaland og Møre og Romsdal. Fylkene med minst andel var Østfold med 75 prosent og Aust-Agder med 89 prosent. I kommuner som har over 30 000 innbyggere hadde alle med frisklivssentral inngått samarbeid med fastleger.

8.2. Mange frisklivssentraler samarbeider med kommunale virksomheter

Av kommunale virksomheter vil det være mest naturlig for frisklivssentralene å samarbeide med andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse kan henvise

deltakere til frisklivssentraler. I tillegg skal de samarbeide med frisklivssentralene om oppfølging av enkeltbrukere. De skal ellers bidra til utviklingsarbeid knyttet til forebyggende helsetjenester i kommunen. I kommunale helse- og omsorgstjenester inngår bl.a. fastlegene, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, jordmortjenesten og kommunale lærings- og mestringssentre, som alle sto som egne svaralternativer for samarbeidspartnere i kartleggingen for 2019.

Kategorien *Andre kommunale virksomheter* omfatter dels de helse- og omsorgstjeneste som ikke er nevnt over, og dels tjenesteområder som oppvekst og familie, sosialtjenesten, kultur, idrett og fritid/friluftsliv m.fl. Eksempler på øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester som inngår i svaralternativet *Andre kommunale virksomheter* kan være psykisk helse og rus, fysioterapi- og ergoterapitjenesten og folkehelsekoordinator. 84 prosent av kommunene med frisklivssentraler hadde inngått samarbeid med *Andre kommunale virksomheter* i 2019. I Akershus, Hedmark og Telemark hadde alle frisklivssentralene et slikt samarbeid, mens det var færrest i Sogn og Fjordane med 62 prosent. Det er i kommuner med over 20 000 innbyggere man finner den største andelen av frisklivssentralene med slikt samarbeid. Dette kan være et uttrykk for at det er et større behov i folkerike kommuner for å samarbeide på tvers av sektorer.

Tre av fire frisklivssentraler samarbeider med helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan blant annet henvise barn og unge med foreldre til tilbud spesielt rettet mot dem ved frisklivssentralene. Dersom barn og unge f. eks. sliter med overvekt, kan tilbud ved frisklivssentral knyttet til kosthold og fysisk aktivitet være relevant. 76 prosent av sentralene har inngått samarbeid med helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 2019. Det var stor variasjon mellom fylkene i andelen som hadde slikt samarbeid, fra alle sentraler i Møre og Romsdal ned til hver fjerde i Vestfold.

Hver tredje sentral samarbeider med jordmortjenesten

Kvinner kan bistås av den kommunale jordmortjenesten under graviditet og i barseltiden. Jordmødre kan henvise gravide til frisklivssentralen for å delta på tilbud som snus- og røykesluttkurs, kostholdsveiledning, tilbud om fysisk aktivitet som bassengtrening. 33 prosent av frisklivssentralene hadde et samarbeid med jordmortjenesten. I Møre og Romsdal, Aust-Agder og Oslo hadde minst halvparten av frisklivssentralene slikt samarbeid, mens det kun var 9 prosent i Finnmark.

Stadig flere samarbeider med kommunale lærings- og mestringssentre/tilbud

Kommunale lærings- og mestringstilbud er en del av sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Læring og mestring omfatter alt fra individuell pasient- og pårørendeopplæring til gruppetilbud og likemannsarbeid. Tilbudet kan noen steder finnes kun på frisklivssentralen, men ofte er det i et samarbeid med de stadig flere kommunale lærings- og mestringssentrene. Det eksisterer en tilskuddsordning for kommunale frisklivs- lærings- og mestringstilbud som bidrar til å skape flere slike tjenester. Økningen i dette tilbudet gir seg også utslag i samarbeidstallene. I 2019 hadde 56 prosent av frisklivssentralene samarbeid med kommunalt lærings- og mestringssentre/tilbud, en økning fra en andel på 48 prosent i 2016 og 21 prosent i 2013.

8.3. Sju av ti frisklivssentraler har inngått samarbeid med NAV

71 prosent av kommunene med frisklivssentral hadde inngått samarbeid med NAV i 2019. NAV kan, i likhet med fastlegetjenesten m.fl., henvise personer til frisklivsresept. I tillegg samarbeider de med frisklivssentralene om oppfølging av

enkeltpersoner. I flere kommuner er tilbudet «Aktiv på dagtid», som er treningsopplegg for personer som er ufrivillig utenfor arbeidslivet, noe begge instanser bidrar til.

Det er ingen fylker der alle frisklivssentraler samarbeider med NAV, men i Oppland, Aust-Agder og Vestfold er det rundt 90 prosent. Minst andel har Østfold, Vest-Agder og Trøndelag med rundt 40 prosent. Fordelt etter kommunestørrelse er det et hovedmønster at samarbeidsandelen øker med folke mengden. I frisklivssentraler i kommuner med under 2 000 innbyggere har halvparten inngått samarbeid med NAV, mens i kommuner med over 20 000 innbyggere har minst 8 av 10 et slikt samarbeid.

8.4. Færre samarbeider med frivillige lag og organisasjoner

68 prosent av kommunene med frisklivssentraler hadde inngått samarbeid med frivillige lag og organisasjoner i 2019, noe som var en nedgang fra 73 prosent i 2016. Frisklivssentralene blir oppfordret i Helsedirektoratets veileder til å samarbeide med frivillige lag og organisasjoner. Det er viktig at sentralene har oversikt over og kan gi informasjon om lokale tilbud, slik at deltakerne kan vises videre til andre aktuelle tilbud. Dette gjelder både når nye personer ankommer sentralen, underveis og når videre mål og planer skal vurderes etter tolv uker. Innvandrer- og brukerorganisasjoner kan bli anvendt til å nå enkelte målgrupper og til å spre informasjon om frisklivstilbudet. Frivillige lag og organisasjoner kan også delta i kompetanseutveksling med frisklivssentraler, og samarbeide om drift og utvikling av tilbud.

Akershus var fylket der alle frisklivssentraler hadde inngått samarbeid med frivillige lag og organisasjoner i 2019. I Nord-Norge var andelen minst med 38-45 prosent. Siden det nok er størst mangfold av frivillige tilbud i sentrale strøk, kan det tenkes at store reiseavstander gjør det mindre aktuelt med slikt samarbeid enkelte steder nordpå.

8.5. Tre av fem frisklivssentraler har samarbeid med spesialisthelsetjenesten

61 prosent av frisklivssentralene rapporterer å ha inngått et samarbeid med spesialisthelsetjenesten i 2019, mens det i 2016 og 2013 var hhv. 60 og 50 prosent. I likhet med fastlegetjenesten, kan spesialisthelsetjenesten henvise deltakere til frisklivsresept. Dersom brukere er henvist fra spesialisthelsetjenesten, skal frisklivssentralen sende epikrise til både henviser og fastlegen.

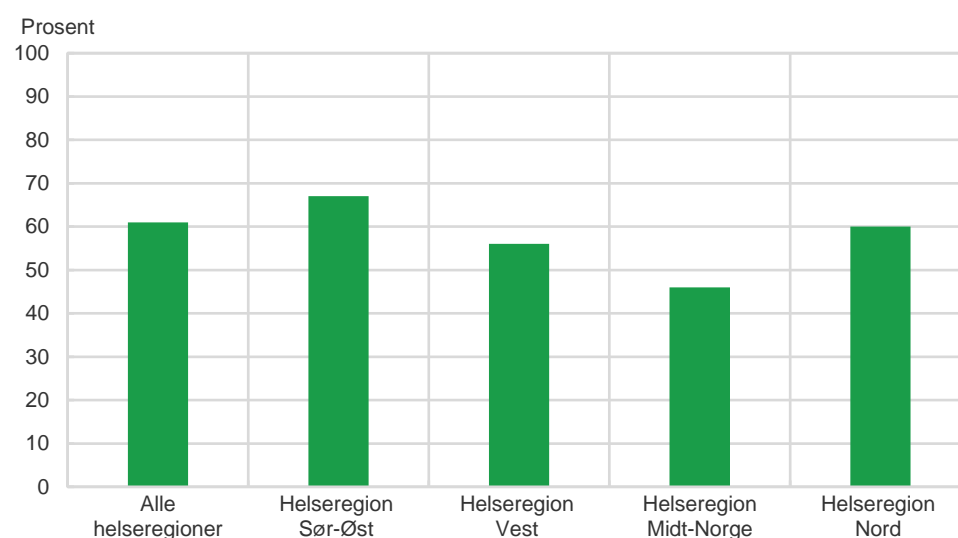
Tilbudene ved frisklivssentralen skal kunne inngå som en del av forløpet til en pasient både før og etter sykehusinnleggelse eller rehabiliteringsopphold. Det kan for eksempel være hjelp til røykeslutt før kirurgi, støtte til fysisk aktivitet eller kostholdsveiledning før, under og etter behandling.

Norge var i 2019 delt inn i følgende fire helseregioner: Nord med de tre nordligste fylkene, Midt-Norge med Trøndelag og Møre og Romsdal, Vest med Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Resten sorterer under Helseregion Sør-Øst. Spesialisthelsetjenesten er i all hovedsak organisert under fire regionale helseforetak (RHF), og de har ansvar for at innbyggerne i de fire helseregionene får helsetjenester som sykehus (somatiske, psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling), avtalespesialister, ambulanser, rehabiliteringsinstitusjoner mv. Under et RHF er det diverse helseforetak. I Helsedirektoratets veileder for frisklivssentraler står følgende:

«Alle helseforetak har inngått samarbeidsavtaler med kommunene. Avtalene skal blant annet omfatte samarbeid om forebyggende og helsefremmende tjenester. Det anbefales at samarbeidet med primærhelsetjenesten inkluderer frisklivssentralen, og at det formaliseres og konkretiseres gjennom disse samarbeidsavtalene. Samarbeidet mellom frisklivssentralen og spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet henvisning, rapportering, utveksling og utvikling av kompetanse. (...) Alle helseforetak har etablert lærings- og mestringstjenester. Ansvar for pasient- og pårørendeopplæring i helseforetakene ligger til de kliniske avdelingene. Frisklivssentralen skal samarbeide med lærings- og mestringstjenesten i spesialisthelsetjenesten om henvisning, kompetanseutveksling, utvikling og gjennomføring av kurs.»

Det er forskjeller mellom helseregionene i andelen frisklivssentraler som har samarbeid med spesialisthelsetjenesten via et RHF.

Figur 8.2 Andel frisklivssentraler i helseregionene som har samarbeid med spesialisthelsetjenesten. 2019. Prosent



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Helseregion Sør-Øst har størst og Helseregion Midt-Norge minst andel frisklivssentraler som samarbeider med sitt RHF, med hhv. 67 og 46 prosent. Omfanget av samarbeid varierer mye mellom fylkene internt i helseregionene. Sør-Øst er den klart største regionen, og omfattet 10 fylker i 2019. Der lå både de to fylkene med størst samarbeidsandel med spesialisthelsetjenesten på landsbasis, nemlig Vestfold og Telemark med hhv. 88 og 86 prosent, og Østfold med nest minst andel (38 prosent). I Finnmark hadde færrest frisklivssentraler samarbeid, 36 prosent.

Fordelt etter kommunestørrelse viser kartleggingen for 2019 at andelen sentraler som har inngått samarbeid, i hovedsak øker med innbyggertallet. Unntaket var at gruppen med nest flest innbyggere (30 000 – 49 999) hadde størst andel, med ni av ti frisklivssentraler med RHF-samhandling. Det er særlig i de aller minste kommunene at andelen som har inngått samarbeid med spesialisthelsetjenesten er liten. I kommuner med under 2 000 innbyggere gjaldt det kun 34 prosent, men det var likevel en oppgang fra 28 prosent i 2016.

Andelen som har inngått samarbeid med spesialisthelsetjenesten øker i hovedsak med kommunens sentralitet. I de minst sentrale kommunene var det bare 38 prosent av frisklivssentralene som hadde slikt samarbeid. Dette kan være et uttrykk for at det generelt er mer vanlig med formaliserte samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten i sentrale kommuner sammenlignet med mindre sentrale

kommuner. Resultatene underbygger ellers andelen frisklivssentraler med henviste deltakere fra spesialisthelsetjenesten, som viser at andelen er størst i de mest sentrale kommunene. Siden sykehus som regel ligger i sentrale strøk, kan det være en årsak til at det er enklere å samarbeide med spesialisthelsetjenesten her.

8.6. Halvparten av frisklivssentralene samarbeider med private aktører

52 prosent av kommunene med frisklivssentraler hadde inngått samarbeid med private aktører i 2019, samme andel som i 2016. I veilederen for frisklivssentraler blir kommunene oppfordret til å avklare samarbeidsmuligheter og avtale samarbeide med relevante private aktører. Samarbeidet kan omfatte deltakere før oppstart på frisklivssentralen, underveis og som et viktig ledd etter at de tolv ukene ved sentralen er over. Eksempel på private aktører kan være private treningssentre og relevante tilbud som blir gitt ved disse.

Det er fylkesvise forskjeller med hensyn til andelen frisklivssentraler som har inngått samarbeid med private aktører. Størst andel er det i Akershus med 78 prosent, mens det var minst i Aust-Agder med 22 prosent. Fordelt etter kommune-størrelse viser grunnlagstallene at andelen sentraler som samarbeider med private aktører, er størst i kommunene med 10 000 innbyggere eller flere. Dette kan tyde på at det fins flere relevante private tilbud for målgruppa som deltar ved frisklivssentraler i større kommuner enn i små kommuner.

8.7. Øvrige samarbeid

Figur 7.1 viser at kommuner med frisklivssentraler samarbeider med flere aktører enn de som er omtalt ovenfor. Blant annet viser tallene at 36 prosent av kommunene samarbeider med universitet, høyskoler eller andre forskingsinstitusjoner i 2019, som er en liten nedgang fra 42 prosent i 2016. Denne type samarbeid kan handle om evaluering av tilbudet ved sentralen. Det er særlig i store kommuner i sentrale strøk der frisklivssentralene har inngått denne type samarbeid. Ellers var det 22 prosent av sentralene som har inngått samarbeid med bedriftshelsetjenesten og 12 prosent som har samarbeid med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Tallene viser ellers at 15 prosent av sentralene har inngått samarbeid med såkalte *Andre aktører* i 2019. En gjennomgang av antallet slike andre aktører i ulike kategorier som frisklivssentralene har rapportert å ha som samarbeidspartnere, viser følgende:

Tabell 8.1 Samarbeid med andre aktører. Hele landet. 2019. Absolutte tall

	Antall
Frivillig(hets)sentralen	5
Ulike tjenester for psykiske helse	4
Nabokommuner/frisklivssentraler	4
Arbeidsmarkedsbedrifter (Fretex, HIAS m. fl.)	4
Barnehage, grunnskole, videregående skole	4
Private fysioterapeuter	3
Lærings- og mestringssentre	2
Aktiv på Dagtid	2

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Hver av de følgende samarbeidspartnere er kun nevnt én gang:

Tabell 8.2 Samarbeid med andre aktører som kun er nevnt én gang. Hele landet. 2019

Sykehus	Fysikalsk institutt	Diabeteskurs	Treningssenter
Kreftkoordinator	3. linjetjeneste	Nettverk	Hverdagsrehabilitering
Arbeidsgivere	Hundeeiere	Primærhelseteam	KORUS (Regionalt kompetansesent. rus)
Forsvaret	Fylket	Opptreningssentre	ROS (Rådgivning om spiseforstyrrelser)
LHL	Friluftsrådet	Adventure camp	Vinn

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Denne oversikten viser at noen av samarbeidspartnerne som kommunene har listet opp under «Andre», nok kunne vært plassert under en av de øvrige kategoriene.

8.8. Oppsummering

Nær alle frisklivssentraler har inngått samarbeid med én eller flere andre aktører. Det er et stort mangfold av aktører sentralene har valgt å samarbeide med. Henvisinger fra fastlege til frisklivsresept virker å være en grunnleggende del av tilbudet ved alle sentralene, og 95 prosent har et samarbeid med fastlegetjenesten. I tre av fire frisklivssentraler er det et samarbeid med helsestasjons- og skolehelse-tjenesten. I tillegg forekommer det samarbeid om frisklivstilbudet med mange andre kommunale virksomheter. Tre av fem sentraler har inngått samarbeid med spesialisthelsetjenesten, nesten sju av ti har inngått samarbeid med frivillige lag og organisasjoner og halvparten har inngått samarbeid med private aktører.

Utviklingen i perioden 2013-2019 har vært relativt stabil for de ulike aktørene frisklivssentraler samarbeider med. Den største endringen var det for andre kommunale lærings- og mestringstilbud, som økte fra 21 prosent til 58 prosent i perioden. I 2019 ble jordmortjenesten inkludert som svaralternativ, og hver tredje sentral rapporterte samarbeid med tjenesten.

Gjennomgangen viser at det er regionale forskjeller blant kommunene når det gjelder å inngå samarbeid med ulike aktører. Det er en klar tendens til at de største og mest sentrale kommunene samarbeider mer med andre aktører enn små kommuner i mindre sentrale strøk. En forklaring kan være at det er flere mulige samarbeidspartnere i større kommuner i sentrale strøk.

9. Er det regionale forskjeller i utgifter brukt på forebyggende helsearbeid i kommunene?

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats rettet mot påvirkningsfaktorer som fremmer helse, utjevner sosiale helseforskjeller og forebygger sykdom. Flere av de store folkesykdommene har sammenheng med livsstil og kan forebygges. Folkehelseloven fra 2012 gir kommunene et klarere ansvar for folkehelse på tvers av sektorer og skal sikre at folkehelsearbeidet blir kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig. De statlige aktørene har viktige oppgaver med å understøtte folkehelsearbeidet til kommunene og fylkeskommunene.

Helseutfordringene i Norge er dominert av sykdommer som kreft, diabetes, kroniske lungesykdommer, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettlidelser, og psykiske plager og lidelser. Dette er sykdommer som har sammenheng med den enkelte sine levevaner, sosiale forhold og det samfunnet vi lever i. Mange av disse sykdommene kan i stor grad forebygges. I tillegg kan en lære å mestre de ved hjelp av tiltak som fremmer sunne levevaner. Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser er de vanligste årsakene til sykefravær, trygdeytelser og manglende arbeidstilknytning (Helsedirektoratet 2019). I stor grad er det de samme faktorene som gir økt risiko for de vanligste helseplagene og sykdommene i befolkningen: Tobakksbruk, for lite fysisk aktivitet, usunt kosthold, overvekt og fedme, risikofylt alkoholbruk og søvnvansker. Reduksjon av en eller flere av disse faktorene kan bidra til å redusere og forebygge disse helseplagene og sykdommene.

Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid fra 2015 konkluderer med at de fleste kommunene foreløpig ikke har etablert et systematisk folkehelsearbeid. Videre er folkehelsearbeidet og folkehelse tiltakene ikke tilstrekkelig kunnskapsbaserte. I tillegg peker Riksrevisjonen på at folkehelsearbeidet i kommunene ikke i stor nok grad er forankret i sektorer utenfor helse. Det blir konkludert med at det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet (Riksrevisjonen 2015).

I «Veileder for kommunale frisklivssentraler» understreker Helsedirektoratet at frisklivssentraler er et konkret og effektivt tiltak for å styrke det systematiske folkehelsearbeidet på tvers av sektorer i kommunene (Helsedirektoratet 2019). Basert på undersøkelser som viser at det er lønnsomt å gi hjelp til endring av levevaner, mener Helsedirektoratet at etablering av frisklivssentraler er et konkret og lønnsomt tiltak for kommunene i og med at dette tilbudet kan redusere tilfeller av sykdom i befolkningen som har sammenheng med levevaner. Helsedirektoratet anbefaler alle kommuner å etablere frisklivssentraler i egen kommune eller i samarbeid med andre kommuner (Helsedirektoratet 2019).

Gjennomgangen av resultatene fra kartleggingen av frisklivssentralane viser at det har vært en stor økning i andelen kommuner som velger å etablere frisklivssentraler i perioden 2011-2019. Samtidig er det en utflating i andelen som velger å etablere de siste årene. Det er også regionale forskjeller når det gjelder andelen som velger å etablere tilbudet mellom fylkene, mellom små og store kommuner og mellom mindre sentrale og mer sentrale kommuner.

Det vil være interessant å se om det er forskjeller i utgifter brukt til forebyggende helsearbeid i kommuner med frisklivssentral sammenlignet med de som ikke har etablert tilbudet. Er det slik at kommuner med frisklivssentraler bruker mer penger på forebyggende helsearbeid per innbygger enn de som ikke har etablert tilbudet, og varierer dette etter ulike regionale bakgrunnskjennetegn?

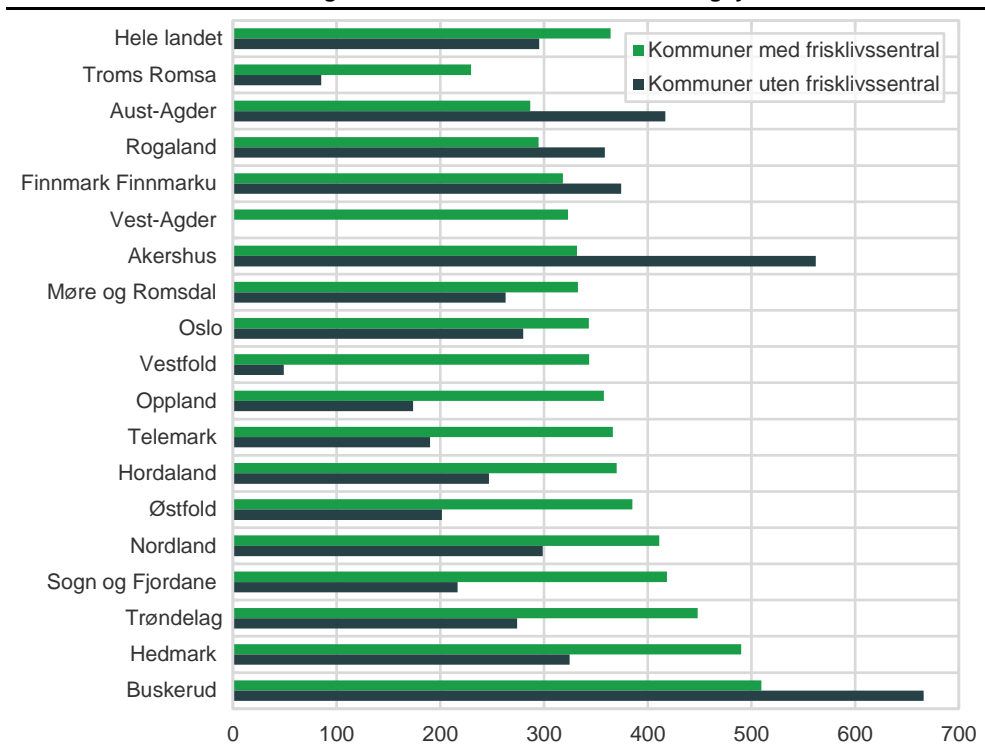
9.1. Utgifter til folkehelsearbeid og forebyggende helsearbeid i kommunene

KOSTRA kommuneregnskap gir informasjon om utgifter kommunene har brukt på ulike kommunale oppgaver generelt og oppgaver innenfor de ulike helse- og omsorgstjenestene spesielt. I KOSTRA er utgangspunktet at kommunenes oppgaver og ressursbruk skal relateres til behovene til innbyggerne. Dette knytter oppgaver og ressursbruk til begrepene funksjoner og brukergrupper. Begrepet funksjon fokuserer på hvilke typer behov tjenestene skal dekke og hvilke grupper disse tjenestene er rettet mot. Funksjonsbegrepet er derfor uavhengig av hvilken type tjenester kommunene har etablert og hvordan tjenestene er organisert. Utgifter knyttet til frisklivssentraler skal føres på KOSTRA-funksjon 233, annet forebyggende helsearbeid. Funksjonen inkluderer også miljørettet helsevern, helsestasjon for eldre, helsestasjon for innvandrere og den kommunale bedriftshelse-tjenesten. Det er viktig å nevne at KOSTRA-funksjon 232 helsestasjons- og skolehelsetjenesten også er definert som forebyggende helsearbeid. I denne sammenhengen er denne funksjonen utelatt fordi tjenestene innenfor denne funksjonen retter seg i all hovedsak mot barn og unge 0-20 år.

Når det gjelder utgifter knyttet til folkehelsearbeid i kommunene, er det ikke mulig å skille ut dette i KOSTRA-kommuneregnskapet. Utgifter til folkehelsearbeid i kommunene inkluderer oppgaver som blir utført på tvers av og på flere kommunale tjenesteområder. Folkehelsearbeid blir likevel utført innenfor enkelte avgrensede tjenesteområder, og utgifter knyttet til arbeidet skal derfor føres på den aktuelle tjenestefunksjonen. Et eksempel kan være dersom en folkehelsekoordinator utfører arbeidsoppgaver i forbindelse med det overordnede planarbeidet i kommunen (budsjett og økonomiplan), så skal dette føres på funksjon 120 administrasjon (ev. funksjon 301 for arbeid med kommuneplanens arealdel eller samfunnsdel). Målsetningen om at folkehelsearbeidet skal være på tvers av sektorer, gjør det derfor ikke mulig å synliggjøre hvor mye penger kommunene bruker på denne oppgaven.

Figur 9.1 viser utgifter per innbygger brukt på annet forebyggende helsearbeid i kommuner som har etablert frisklivssentral, og kommuner som ikke har etablert tilbudet for landet totalt og fordelt etter fylker i 2019.

Figur 9.1 Brutto driftsutgifter til forebyggende helsearbeid (funksjon 233) per innbygger i kommuner med og uten frisklivssentraler. Hele landet og fylker. 2019. Kroner



Kilde: KOSTRA kommuneregnskap, Statistisk sentralbyrå

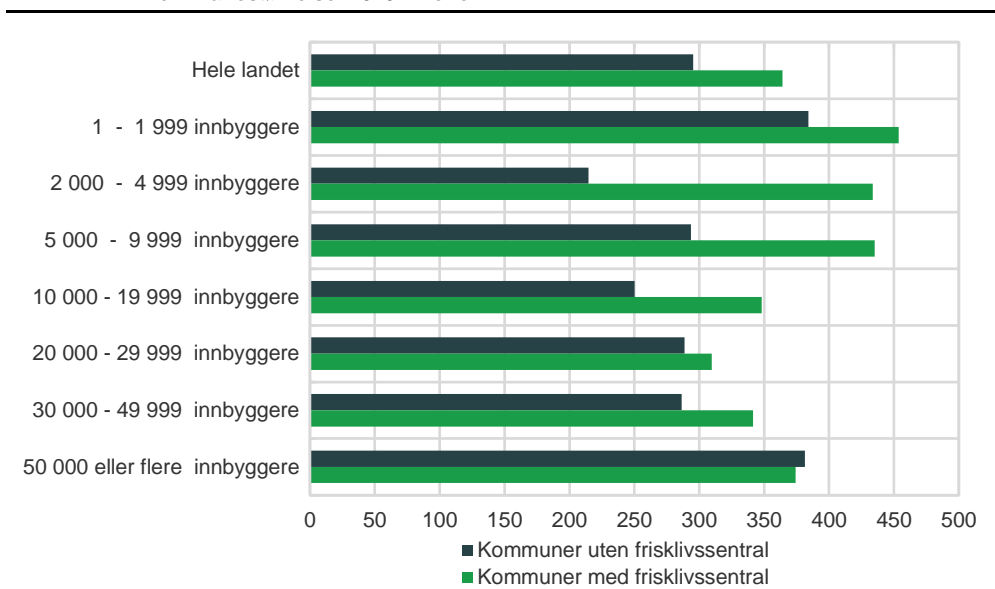
Figuren viser at kommuner med frisklivssentraler bruker noe mer penger på forebyggende helsearbeid per innbygger sammenlignet med kommuner uten frisklivssentral. Videre viser figuren at det er fylkesvise forskjeller når det gjelder utgifter som går med til forebyggende helsearbeid.

Grunnlagstallene viser at det ble brukt 1,88 milliarder kroner totalt til annet forebyggende helsearbeid i kommunene i 2019. Dette utgjør 1,3 prosent av utgiftene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ca. 83 prosent av utgiftene til annet forebyggende helsearbeid ble brukt i kommuner med frisklivssentral, mens de resterende 17 prosentene ble brukt i kommuner uten frisklivssentraler. Målt i brutto driftsutgifter per innbygger viser figuren at det ble brukt om lag 364 kroner per innbygger i kommuner med frisklivssentral på annet forebyggende arbeid, mens det tilsvarende tallet var 295 kroner i kommuner uten frisklivssentral.

Det er noen fylkesvise forskjeller i utgifter per innbygger brukt på annet forebyggende helsearbeid. I 13 av 18 fylker er det kommuner med frisklivssentral som bruker mest kroner per innbygger på annet forebyggende helsearbeid. I de resterende 5 fylkene er det kommuner uten frisklivssentraler som bruker mest per innbygger. En sammenligning mellom 2016 og 2019 viser at det er flere fylker i 2019 hvor kommuner med frisklivssentral bruker flest kroner per innbygger enn i 2016. Endringene for enkelte fylker kan skyldes en endring i sammensetningen i kommuner med og uten frisklivssentral mellom 2016 og 2019. Som nevnt i kapittel 4 er det en nokså stor gjennomstrømning i hvilke kommuner som har etablert frisklivssentral selv om andelen kommuner er relativt uendret mellom 2016 og 2019. Det er imidlertid viktig å understreke at flere andre utgifter enn de som går med til frisklivssentral, inngår i annet forebyggende helsearbeid i funksjonen 233. De andre utgiftene som inngår i funksjonen, kan derfor dekke over forskjeller i bruken av utgifter knyttet direkte til frisklivssentraler i kommuner som har dette tilbudet.

Det vil være interessant å se om det er forskjeller i utgifter per innbygger på forebyggende arbeid i kommuner med og uten frisklivssentral fordelt etter kommunestørrelse og kommunesentralitet. Figur 9.2 viser utgifter per innbygger brukt på annet forebyggende helsearbeid i kommuner som har etablert frisklivssentral og kommuner som ikke har etablert tilbudet, for hele landet og fordelt etter kommunestørrelse i 2019.

Figur 9.2 Brutto driftsutgifter til forebyggende helsearbeid (funksjon 233) per innbygger totalt og i kommuner med og uten frisklivssentral. Hele landet og kommunestørrelse. 2019. Kroner



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at kommuner med frisklivssentral bruker mest penger på forebyggende helsearbeid i samtlige kommunegrupper utenom i gruppen med over 50 000 innbyggere i 2019. Det er for øvrig i de minste kommunene med frisklivssentral at det blir brukt mest penger per innbygger på forebyggende helsearbeid. For kommuner med frisklivssentral reduseres utgifter per innbygger gradvis med økende folkemengde fram til i kommunene med over 30 000 innbyggere, hvor de øker igjen.

I små kommuner er det relativt tydelig at kommuner med frisklivssentraler bruker mer penger per innbygger på annet forebyggende arbeid enn kommuner uten frisklivssentral. Forskjellene mellom kommuner med og uten frisklivssentral blir mindre i kommunegruppene med flere innbyggere. Tendensen til at større kommuner bruker mer penger per innbygger på annet forebyggende helsearbeid, uavhengig av om de har frisklivssentral eller ikke, kan skyldes at større kommuner generelt har større utgifter til forebyggende tjenester som inngår i denne KOSTRA-funksjonen, som f.eks. helsestasjon for eldre og innvandrere. Det kan også være et uttrykk for at større kommuner med og uten frisklivssentral prioriterer forebyggende arbeid i større grad enn mindre kommuner uten frisklivssentral. I små kommuner med frisklivssentral er tendensen riktignok at det blir brukt mye penger per innbygger på forebyggende arbeid.

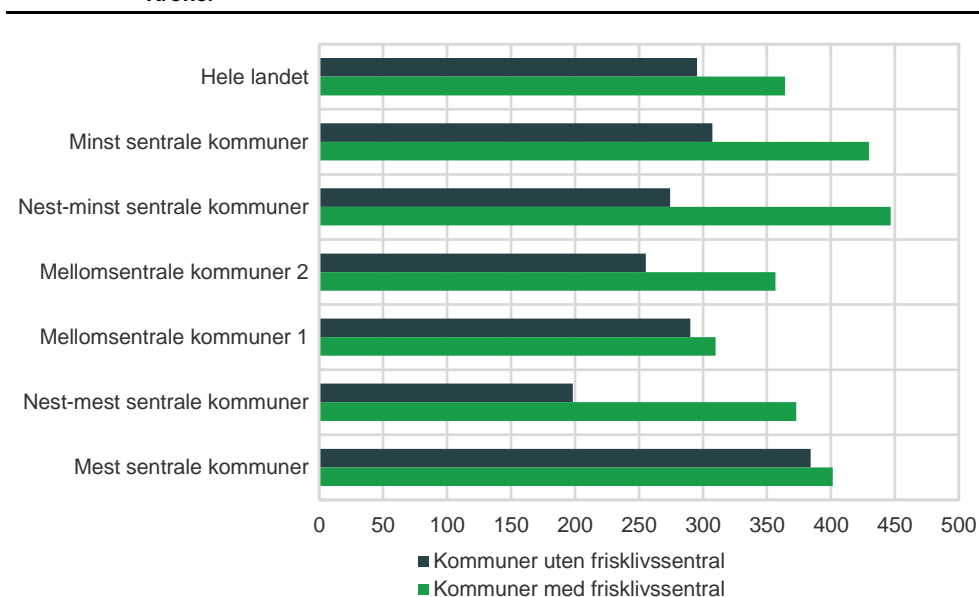
At det ikke er en klar tendens til at kommuner med frisklivssentral bruker mer penger på forebygging enn de som ikke har tilbudet i større kommuner, kan også være et uttrykk for at frisklivssentral ikke er en veldig dyr tjeneste å drifte i utgangspunktet. Det er tidligere vist at det var 306 årsverk som jobbet ved frisklivssentraler i landet totalt i 2019. Målt i årsverk utgjorde frisklivssentraler 0,2 prosent av årsverkene totalt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2019. Dette utgjør med andre ord en svært liten helsetjeneste sammenlignet med de andre

helsetjenestene kommunene tilbyr. Det betyr at det er små utgifter knyttet til denne tjenesten i forhold til andre helsetjenester. Fordi den er lite kostnadskrevende, er det heller ikke nødvendigvis slik at en finner systematiske forskjeller i utgifter per innbygger mellom kommuner som har etablert og de som ikke har etablert tilbudet.

Utviklingen mellom 2016 og 2019 viser at det har vært en økning i utgifter per innbygger til annet forebyggende helsearbeid både i kommuner med og uten frisklivssentraler nær alle kommunegrupper. Unntakene er for de kommuner under 2 000 innbyggere med frisklivssentral og kommuner over 50 000 innbyggere uten frisklivssentral hvor det har vært en liten nedgang. Den største økningen i utgifter per innbygger er i kommuner med 2 000-10 000 innbyggere med frisklivssentral. Det er ellers en klarere tendens til at kommuner med frisklivssentral bruker mer penger per innbygger på annet forebyggende helsearbeid enn de uten frisklivssentral i alle kommunegrupper. Unntaket er, som tidligere nevnt, i kommunegruppa med over 50 000 innbyggere hvor kommuner uten frisklivssentral bruker noe mer per innbygger.

Det vil samtidig være interessant å se om det er forskjeller i utgifter brukt på forebyggende arbeid i kommuner med og uten frisklivssentral fordelt etter sentralitet. Figur 9.3 viser utgifter per innbygger brukt på annet forebyggende helsearbeid i kommuner med og uten frisklivssentral for hele landet og fordelt sentralitet i 2019.

Figur 9.3 Brutto driftsutgifter til forebyggende helsearbeid (funksjon 233) per innbygger totalt og i kommuner med og uten frisklivssentral. Hele landet og sentralitet. 2019. Kroner



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at det blir brukt mest penger på forebyggende helsearbeid per innbygger i de minst sentrale og nest minst sentrale kommunene med frisklivssentral. Figuren viser ellers at det blir brukt mer per innbygger i kommuner med frisklivssentral for alle sentralitetsinndelingene.

Tallene viser at det er i de minst sentrale og mest sentrale kommuner med frisklivssentraler at det blir brukt flest kroner per innbygger på annet forebyggende helsearbeid. Forskjellene i utgifter er størst mellom kommuner med og uten frisklivssentral i de minst sentrale, nest minst sentrale og nest mest sentrale kommunene. Dette resultatet kan tyde på at kommuner som har frisklivssentral i mindre sentrale kommuner prioriterer forebyggende arbeid i større grad enn tilsvarende kommuner uten tilbudet. Samtidig kan det være et uttrykk for at mindre

sentrale kommuner som først har etablert frisklivssentral, velger at tjenesten skal utgjøre en større del av det forebyggende tilbudet enn i mindre sentrale kommuner uten tilbudet.

Blant de mest sentrale kommunene viser tallene at det er i kommuner med frisklivssentral at det blir brukt flest kroner per innbygger på annet forebyggende helsearbeid. Her er det for øvrig relativt små forskjeller i utgifter per innbygger mellom kommuner med og uten frisklivssentral. Dette kan være et uttrykk for at mest sentrale kommuner som ikke har frisklivssentral, prioriterer forebyggende helsetjenester, men velger å organisere det utenfor rammen av en frisklivssentral. For de nest mest sentrale kommunene er forskjellene i utgifter per innbygger imidlertid større mellom kommuner med og uten tilbudet. Det er imidlertid viktig å understreke at det ikke er mulig å splitte utgiftene som går med til annet forebyggende helsearbeid ned på de ulike deltjenestene. Utgiftene til de andre forebyggende deltjenestene kan være relativt store i større kommuner, og slik jevne ut forskjellene i de mest sentrale kommunene.

Utviklingen mellom 2016 og 2019 viser at det har vært en økning i utgifter per innbygger til annet forebyggende arbeid for kommuner med og uten frisklivssentral for alle sentralitetsinndelinger. Unntaket er i kommuner uten frisklivssentral i de minst sentrale kommunene hvor det har vært en liten nedgang. Den største økningen i utgifter per innbygger til forebyggende helsearbeid mellom 2016 og 2019 er i kommuner med og uten frisklivssentral i mest sentrale kommuner. Utviklingen mellom 2016 og 2019 viser for øvrig en klarere tendens til at kommuner med frisklivssentral bruker mer penger per innbygger enn kommuner uten frisklivssentral, etter alle sentralitetsinndelingene.

9.2. Oppsummering

Norske kommuner brukte totalt om lag 1,88 milliarder på annet forebyggende helsearbeid i 2019. Per innbygger utgjorde dette 351 kroner. Grunnlagstallene viser ellers at det har vært en økning i utgifter per innbygger til annet forebyggende helsearbeid i perioden 2016-2019. Tallene viser ellers at det ble brukt mer per innbygger i kommuner med frisklivssentral sammenlignet med kommuner uten frisklivssentral (hhv 364 kroner og 265 kroner). Fordelt etter fylke viser resultatene at det i 13 av 18 fylker er kommuner med frisklivssentral som bruker mest kroner per innbygger på annet forebyggende helsearbeid. Det er ellers store forskjeller mellom fylkene når det gjelder hvor mye som blir brukt per innbygger på forebygging.

Fordelt etter kommunestørrelse og sentralitet er det en generell tendens til at det blir brukt mest på forebygging per innbygger i små kommuner i mindre sentrale strøk og store kommuner i mest sentrale strøk. I tillegg er det en tendens til at forskjellene i utgifter per innbygger mellom kommuner med og uten frisklivssentral er størst i små kommuner i mindre sentrale strøk. Dette kan være et uttrykk for at fokus på forebygging er særlig stort i de små kommunene som har etablert frisklivssentral, og at dette blir synlig i utgiftstallene. Noe som underbygger dette, er at deltakerne ved frisklivssentraler utgjør en større del av befolkningen i små kommuner i mindre sentrale strøk enn i større kommuner i sentrale strøk. Økningen i både deltakere og årsverk ved frisklivssentralene mellom 2016 og 2019 vil også føre til større utgifter knyttet til driften av frisklivssentraler. I større og mer sentrale kommuner er forskjellene i utgifter per innbygger brukt på forebygging mindre mellom kommuner med og uten frisklivssentral. Det kan tyde på at store kommuner uten frisklivssentral også prioriterer forebygging, men i form av andre tilbud og tjenester enn frisklivssentral.

Det er viktig å understreke at funksjon 233 også inkluderer utgifter til andre forebyggende tiltak, som for eksempel helsestasjon for innvandrere og helsestasjon for eldre. Det er rimelig å anta at kostnadene til disse tjenestene er høyere i større og mer sentrale kommuner, og slik er med på å jevne ut forskjellene i utgifter mellom kommuner med og uten frisklivssentral. I tillegg er det viktig å nevne at selv om det har vært en økning i årsverk i frisklivssentraler i perioden 2016-2019, utgjør disse fremdeles en liten del av de totale årsverkene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette bør i de fleste tilfellene innebære en lav terskel for å etablere tilbudet for kommuner med tanke på personell og utgifter.

Når det gjelder utgifter til kommunalt folkehelsearbeid, skjer dette på tvers av sektorer, og skal føres på de aktuelle KOSTRA-funksjonene. Det innebærer at KOSTRA kommuneregnskapet ikke har mulighet til å synliggjøre hvor mye penger som har gått med til dette arbeidet, verken totalt eller i kommuner med og uten frisklivssentral.

10. Hvilke frisklivs-, lærings- og mestringstilbud finnes blant kommuner uten frisklivssentral?

Frisklivssentraler er et forebyggende og helsefremmende lavterskeltilbud, men ikke en lovpålagt helsetjeneste. Selv om helsemyndighetene anbefaler alle kommuner å etablere frisklivssentral, står de selv fritt til å organisere de forebyggende og helsefremmende tjenestene som gis til innbyggerne. Kartleggingene i 2013 og 2016 gir oss en god oversikt over frisklivs-, lærings- og mestringstilbudet i kommuner med frisklivssentraler. De gir derimot lite informasjon over hvilke tilsvarende tilbud som finnes i kommuner uten frisklivssentraler. I tillegg er det begrenset med andre datakilder som dokumenterer dette.

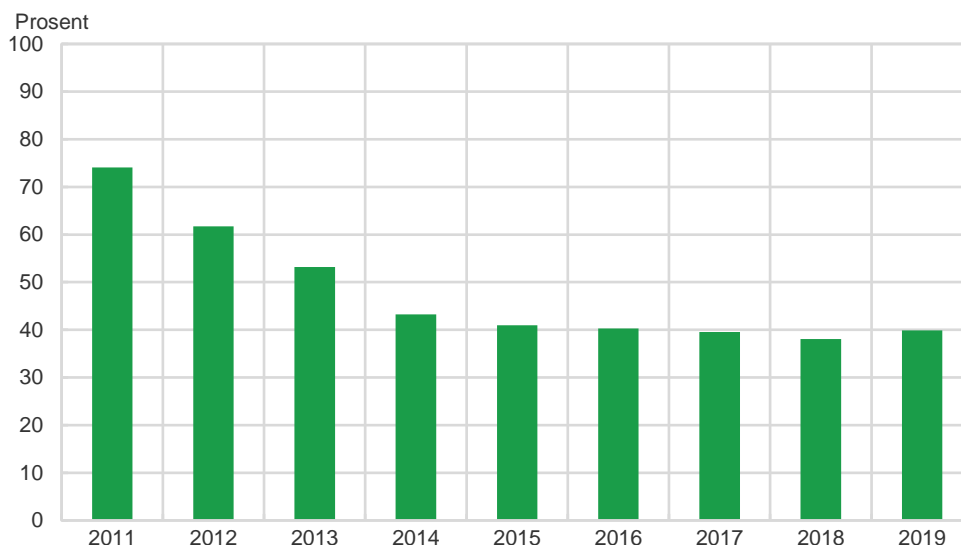
Det er tidligere blitt gjennomført casestudier og telefonintervju for å få mer kunnskap om hvilke frisklivs-, lærings- og mestringstilbud som finnes i kommuner uten frisklivssentral (Ekornrud og Thonstad 2016 og 2018). Funnene fra disse studiene viser blant annet følgende:

- De fleste kommunene i undersøkelsen har ikke et tilsvarende forebyggende og helsefremmende lavterskeltilbud som det frisklivssentralene tilbyr
- Tilbudene som blir gitt i kommuner uten frisklivssentral er i all hovedsak sekundærforebygging (etter skade/sykdom) framfor primærforebygging
- Små kommuner i mindre sentrale strøk uten frisklivssentraler sliter med tilgang på relevant personell
- Flere kommuner ønsker å etablere frisklivssentral en gang i framtiden, men opplever at terskelen iht. veilederen for frisklivssentraler er for høy
- Penger og personellressurser knyttet til forebyggende helsetilbud taper ofte i kamp med andre mer konkrete, lovpålagte helsetjenester i kommunene
- Alle kommuner i undersøkelsen ser behov for flere forebyggende tilbud uten at det foreligger konkrete planer om å etablere nye tilbud
- Kommunene i undersøkelsen oppgir at bedre forankring i politisk og administrativ ledelse er en viktig faktor for å lykkes med å forbedre det forebyggende og helsefremmende tilbudet i kommunen.

I kartleggingen av frisklivstilbud via KOSTRA-skjema 1 for 2019-årgangen ble kommuner uten frisklivssentral for første gang bedt om å svare på hvilke tilsvarende frisklivs-, lærings- og mestringstilbud de har til kommunens innbyggere. I tillegg ble det i etterkant gjennomført en utvalgsundersøkelse med 50 av disse kommunene for å få mer utfyllende informasjon om disse tilbudene med hensyn til organisering, samarbeid, brukermedvirkning og kompetanse knyttet til frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i 2019. I dette kapittelet vil resultatene fra kartleggingen i KOSTRA-skjema 1 og tilleggsundersøkelsen blant kommuner uten frisklivssentral presenteres etter ulike regionale bakgrunnskjennetegn.

Figur 10.1 viser andelen kommuner uten frisklivssentral i perioden 2011-2019 for hele landet.

Figur 10.1 Kommuner som ikke har etablert frisklivssentral. 2011-2019. Hele landet. Prosent



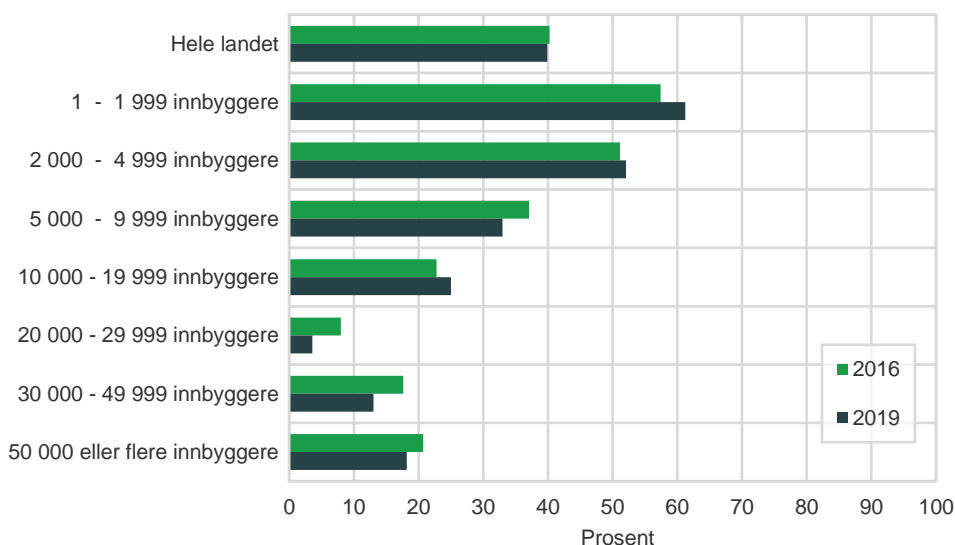
Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser en nedgang i andelen kommuner uten frisklivssentral i mellom 2011-2018. I takt med at flere kommuner har etablert frisklivssentral, har andelen kommuner uten sentral blitt redusert. Unntaket var mellom 2018 og 2019. Mens 74 prosent av kommunene var uten frisklivssentral i 2011 (329 kommuner), var tilsvarende tall blitt redusert til 40 prosent i 2019 (174 kommuner).

Grunnlagstallene viser at det er relativt store forskjeller mellom fylkene i andelen kommuner uten frisklivssentral. Mens 70 prosent av kommunene i Hordaland var uten frisklivssentral, gjaldt det ingen av kommunene i Vest-Agder i 2019. Utviklingen mellom 2016 og 2019 viser relativt stabile tall for fylkene. I 5 av 18 fylker har andelen uten frisklivssentral økt noe, mens i de resterende fylkene er andelen uendret eller redusert.

Figur 10.2 viser kommuner uten frisklivssentral fordelt etter kommunistørrelse i 2016 og 2019.

Figur 10.2 Kommuner/bydeler i Oslo uten frisklivssentral, fordelt etter kommunistørrelse. 2016 og 2019. Prosent



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at andelen uten frisklivssentral er størst i kommunene med færrest innbyggere, og minst i kommunene med flest innbyggere. Andelen uten frisklivssentral reduseres med økende kommunestørrelse fram til og med 20 000- 29 999 innbyggere, før den øker noe i de to kommunegruppene med over 30 000 innbyggere. Mens 61 prosent var uten frisklivssentral blant kommunene med under 2 000 innbyggere, var tilsvarende tall 4 prosent i kommuner med 20 000 – 29 999 innbyggere i 2019. Utviklingen mellom 2016 og 2019 er relativt stabil i de ulike kommunegruppene. Tendensen er imidlertid at andelen uten frisklivssentral øker noe blant kommunene med færrest innbyggere og reduseres noe blant de største.

De samme tendensene ser vi når kommunene fordeles etter sentralitet. Andelen kommuner uten frisklivssentral er størst i de minst sentrale kommunene og minst i de mest sentrale kommunene. Utviklingen mellom 2016 og 2019 er relativt stabil for de ulike sentralitetsinndelingene, men tendensen er at andelen uten frisklivssentral øker noe blant de minst sentrale og reduseres tilsvarende blant de mest sentrale kommunene.

10.1. Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommuner uten frisklivssentral

Kartleggingen i KOSTRA-skjema 1 for 2019 gir oss informasjon om hvilke tilsvarende helsetilbud som gir støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer, kommuner uten frisklivssentral har til innbyggerne sine. Selv om kommuner ikke har frisklivssentral, kan de tilby kurs og tilbud som oppfyller kravene om at de skal være strukturerte og tidsavgrensede når det gjelder oppfølging med individuell og grupperettet veiledning til voksne over 18 år. I kartleggingen for 2019 ble kommuner uten frisklivssentraler bedt om å oppgi om de hadde følgende kurs og tilbud hvor disse kravene er oppfylt:

- Fysisk aktivitet
- Sunnere kosthold
- Snus- og røykeslutt

I tillegg ble de bedt om å oppgi om de hadde følgende andre tilbud i den kommunale helsetjenesten:

- Kurs i depresjonsmestring (KID)
- Kurs i mestring av belastninger (KIB)
- Søvnkurs
- Diagnosespesifikke kurs og grupper
- Andre frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Tabell 10.1 viser en oversikt over kommuner uten frisklivssentral med ulike tilbud fordelt etter fylker.

Tabell 10.1 Kommuner uten frisklivssentral med strukturert, tidsavgrenset oppfølging med individuell og grupperettet veiledning for voksne over 18 år eller andre forebyggende tilbud. Fylker. 2019. Prosent

	Ett eller flere tilbud	Fysisk aktivitet	Sunnere kosthold	Snus- og røykeslutt	Kurs i belastningsmestring (KIB)	Kurs i Depresjonsmestring (KID)	Søvnkurs	Diagnose-spesifikke kurs/grupper	Andre frisklivs, lærings- og mestringstilbud
Hele landet	71	53	25	14	18	25	5	20	34
01 Østfold	90	60	0	0	30	40	10	20	80
02 Akershus	100	75	25	25	50	75	25	0	75
03 Oslo	67	33	0	0	33	33	0	0	0
04 Hedmark	78	78	33	22	22	33	0	22	22
05 Oppland	100	75	50	0	25	50	0	50	75
06 Buskerud	100	100	67	0	33	33	0	0	33
07 Vestfold	100	100	100	0	0	0	0	0	0
08 Telemark	100	50	0	50	25	0	0	0	25
09 Aust-Agder	83	50	50	0	17	50	33	0	67
10 Vest-Agder
11 Rogaland	100	70	40	50	60	60	10	30	30
12 Hordaland	96	70	22	9	22	22	0	43	57
14 Sogn og Fjordane	62	46	46	23	8	15	0	15	46
15 Møre og Romsdal	50	32	5	9	9	14	5	9	9
18 Nordland	48	33	19	14	0	14	5	14	19
20 Finnmark	45	45	36	9	9	9	0	18	18
20 Troms	50	38	38	25	13	38	13	13	13
50 Trøndelag	68	59	23	5	18	18	5	27	32

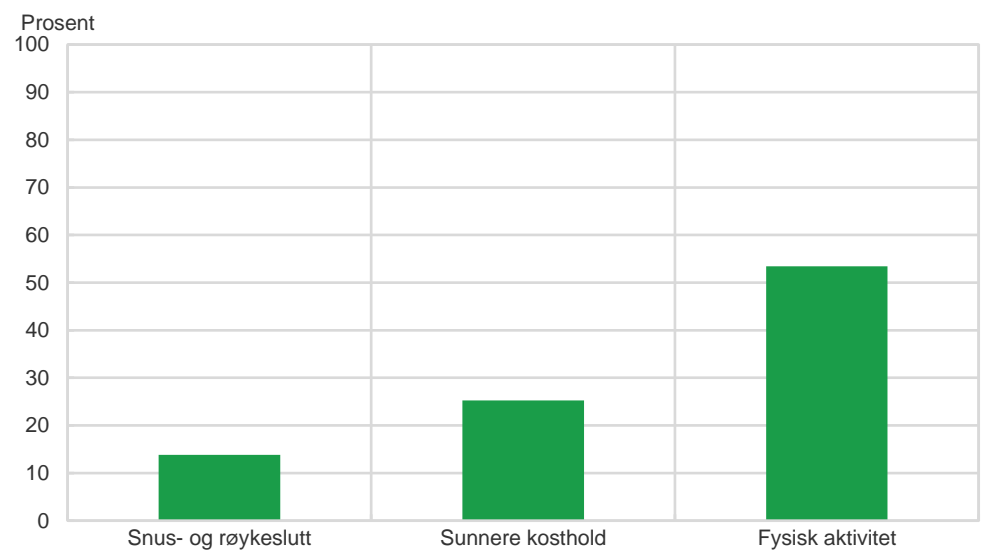
Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at 71 prosent av kommunene uten frisklivssentral i hele landet har hatt ett eller flere av tilbudene det spørres om, mens 29 prosent oppgir at de ikke har noen av tilbudene. I 6 av 18 fylker tilbyr alle kommuner uten frisklivssentral ett eller flere av tilbudene, mens andelen er minst i Nordland og Finnmark med hhv. 50 og 45 prosent.

Fordelt etter kommunestørrelse er andelen som tilbyr ett eller flere av tilbudene størst blant de folkerikeste kommunene og minst blant de minste. Den samme tendensen gjelder dersom man fordeler etter kommunesentralitet; andelen kommuner uten frisklivssentral som har minst ett av tilbudene, vokser med økende sentralitet.

Figur 10.3 viser andelen kurs og tilbud med strukturert, tidsavgrenset oppfølging med individuell og grupperettet veiledning for voksne over 18 år i kommuner uten frisklivssentral i 2019.

Figur 10.3 Kommuner uten frisklivssentral med strukturert, tidsavgrenset oppfølging med individuell og grupperettet veiledning for voksne over 18 år. Hele landet. 2019. Prosent



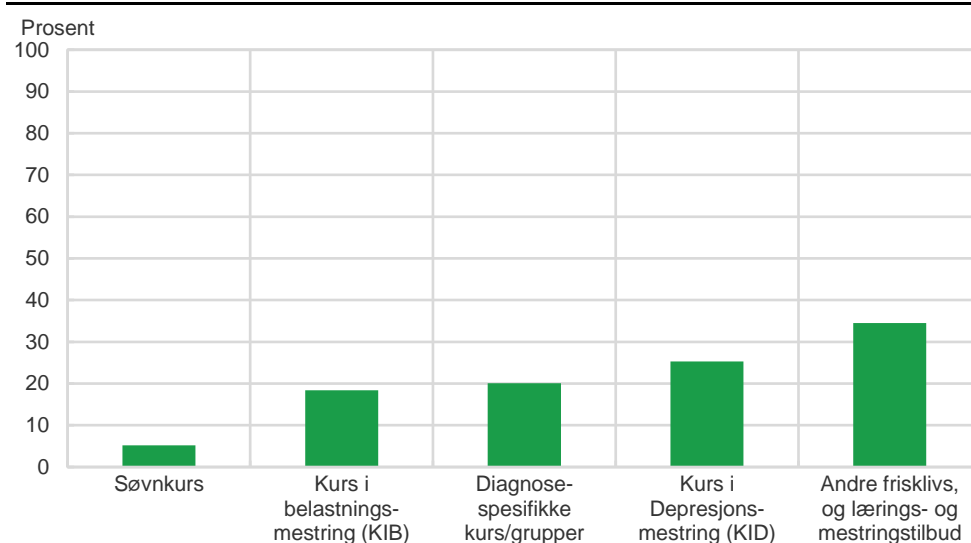
Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at flere kommuner uten frisklivssentral tilbyr strukturerte og tidsavgrensede kurs og tilbud som er vanligst å tilby ved frisklivssentraler. Det er flest som tilbyr kurs og tilbud innenfor fysisk aktivitet, mens det er mindre vanlig å tilby kurs som omfatter sunnere kosthold og snus- og røykeslutt.

Mens 53 prosent av kommunene uten frisklivssentral tilbød kurs innenfor fysisk aktivitet i 2019, er tilsvarende tall 25 prosent for kurs som gjelder sunnere kosthold og 14 prosent for snus og røykesluttkurs. Til sammenligning tilbød 96 prosent av kommuner med frisklivssentraler gruppetilbud innenfor fysisk aktivitet, 62 prosent sunnere kosthold, 53 prosent individuell snus- og røykesluttveiledning og 28 prosent snus- og røykesluttkurs. Andelen som tilbyr disse kursene er dermed størst blant kommuner med frisklivssentral.

Figur 10.4 viser andelen kommuner uten frisklivssentral som tilbyr andre forebyggende helsetilbud i 2019.

Figur 10.4 Kommuner uten frisklivssentral med andre tilbud som blir gitt i den kommunale helsetjenesten. Hele landet. 2019. Prosent



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at flere kommuner uten frisklivssentral også gir andre forebyggende kurs og tilbud som er vanlig å tilby ved frisklivssentraler. Det er likevel en generell tendens at andelen kommuner med frisklivssentral som har tilsvarende tilbud, er større.

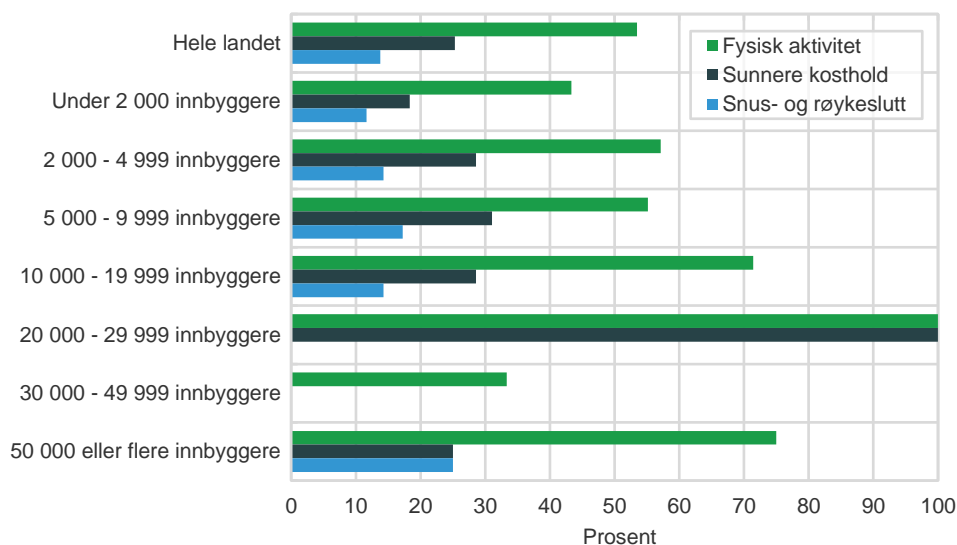
34 prosent av kommunene uten frisklivssentral tilbyr andre frisklivs, lærings- og mestringstilbud. Til sammenligning tilbød 37 prosent av kommunene med frisklivssentral diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud. Videre tilbyr 25 prosent av kommunene uten frisklivssentral kurs i depresjonsmestring (KID) og 18 prosent kurs i belastningsmestring (KIB). Til sammenligning tilbød 22 prosent av kommunene med frisklivssentral kurs i depresjonsmestring (KID) og 20 prosent kurs i belastningsmestring (KIB). 20 prosent av kommunene uten frisklivssentraler oppgir at de tilbyr diagnose-spesifikke kurs/gruppetilbud, mens 27 prosent av frisklivssentralene har tilsvarende tilbud. 5 prosent av kommunene uten frisklivssentral tilbyr søvnkurs, mens 36 prosent av frisklivssentralene har det samme.

For kommuner uten frisklivssentral som har oppgitt at de har diagnose-spesifikke kurs og grupper, er det mest vanlige å tilby kurs til demente og deres pårørende, kurs til personer med diabetes, KOLS, Parkinson, slag og til overvektige og kreftpasienter. Det blir også oppgitt kurs i livsmestring og fallforebygging.

For kommuner uten frisklivssentral som har rapportert at de har andre frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, blir det blant annet nevnt Aktiv på dagtid, fallforebyggende kurs til ulike målgrupper, forskjellige kurs i livsstilsendring, ulike frisklivsgrupper, diverse lavterskel treningsgrupper for ulike målgrupper, bassengtrening, kurs i angstmestring og mestringskurs tankevirus.

Figur 10.5 viser kommuner uten frisklivssentral med strukturert, tidsavgrenset oppfølging med individuell og grupperettet veiledning for voksne over 18 år fordelt etter kommunestørrelse.

Figur 10.5 Kommuner uten frisklivssentral med strukturerte, tidsavgrensede tilbud med oppfølging med individuell og grupperettet veiledning for voksne over 18 år. Kommunestørrelse. 2019. Prosent



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at det er mer vanlig å ha tidsavgrensede tilbud med strukturert oppfølging jo større kommunene uten frisklivssentral er. Tilbud innenfor fysisk aktivitet er mest vanlig i alle kommunegrupper. Samtidig har kommuner i nesten alle kommunegrupper de andre tilbudene også.

For kurs og tilbud i fysisk aktivitet er andelen kommuner uten frisklivssentral som tilbyr dette, minst der det er 30 000 - 49 999 innbyggere hvor en av tre kommuner hadde tilbudet, og størst i kommuner med 20 000 – 29 999 innbyggere med 100 prosent. Det er viktig å understreke at andelen kommuner uten frisklivssentral i kommuner med over 20 000 innbyggere er relativt få (totalt 4 kommuner og 3 bydeler i Oslo), og dette får enkelte store utslag for disse kommunegruppene når vi ser på andelen med ulike tilbud. Til sammenligning viser resultatene for kommuner med frisklivssentral at andelen som tilbyr kurs i fysisk aktivitet, er 95 prosent eller større i alle kommunegrupper.

For kurs i sunnere kosthold, er andelen kommuner som tilbyr dette minst i de minste kommunene og størst i store kommuner med 20 000- 29 999 innbyggere. Andelen er minst i kommuner med under 2 000 innbyggere med 18 prosent, mens den er størst i kommuner med 20 000 – 29 999 innbyggere med 100 prosent. Andelen kommuner med dette tilbudet øker i hovedsak med stigende folketall fram til i de to største kommunegruppene. I kommunegruppen med 30 000 - 49 999 innbyggere er det ingen kommuner som tilbyr sunnere kostholdskurs, mens 25 prosent tilbyr kurset i gruppen med over 50 000 innbyggere. Som tidligere nevnt, er det veldig få kommuner i disse to kommunegruppene. Tendensen er den samme

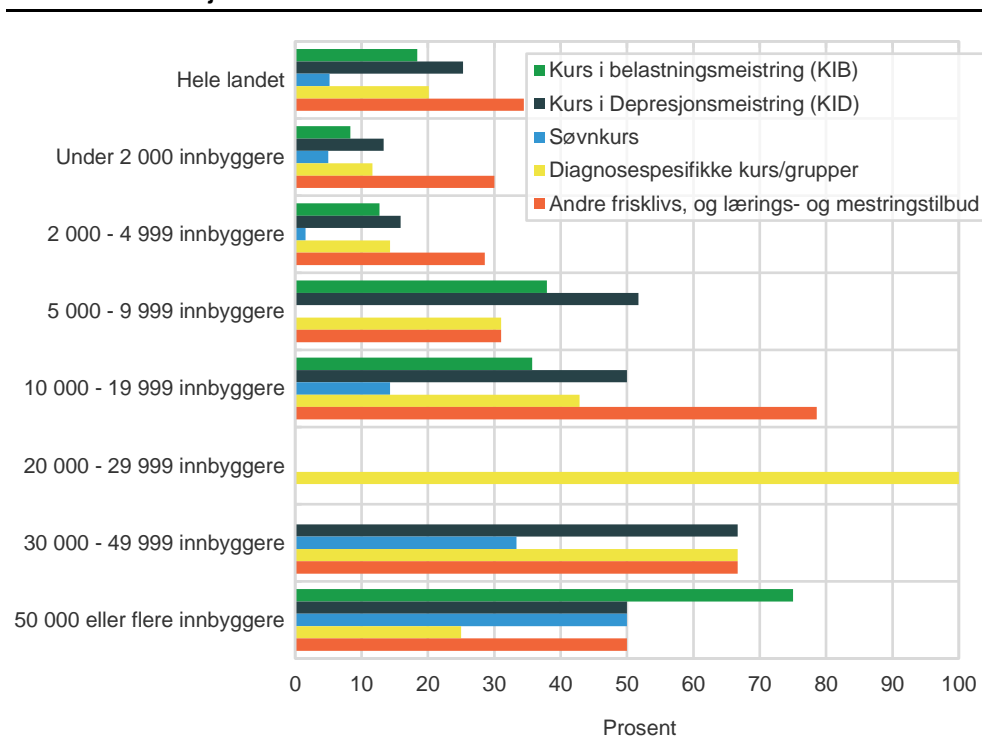
for kommuner med frisklivssentral; andelen som tilbyr kurs i sunnere kosthold er minst i de minste kommunene og størst i større kommuner.

For tilbud og oppfølging i snus- og røykeslutt er det mest vanlig å tilby dette i de største kommunene uten frisklivssentral, og minst vanlig i de minste. Samtidig oppgir to av de største kommunegruppene at de ikke har tilbudet. Det er imidlertid relativt små forskjeller i andelen som tilbyr dette i de ulike kommunegruppene. Mens det var 12 prosent blant kommunene med under 2 000 innbyggere, var tilsvarende tall 25 prosent i kommuner med over 50 000 innbyggere. Tendensen er den samme for kommuner med frisklivssentral og det å tilby snus- og røykesluttkurs; andelen kommuner som tilbyr disse kursene øker med stigende folketall både når det gjelder individuell snus- og røykesluttveiledning og gruppetilbud for snus- og røykeslutt.

For øvrig viser grunnlagstallene de samme tendensene for alle de tre ulike tilbudene fordelt etter kommunesentralitet; andelen øker jevnt jo mer sentrale kommunene blir.

Figur 10.6 viser kommuner uten frisklivssentral med andre forebyggende helsetilbud fordelt etter kommunestørrelse.

Figur 10.6 Kommuner uten frisklivssentral med andre tilbud som blir gitt i den kommunale helsetjenesten. Kommunestørrelse. 2019. Prosent



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at det er mest vanlig å gi andre forebyggende tilbud i de største kommunene uten frisklivssentral. Andelen øker stort sett for alle tilbud med stigende folketall til og med kommunegruppen med over 20 000 innbyggere. For kommunegruppene etter dette er det litt mer sprikende andeler, som blant annet skyldes at det er veldig få kommuner uten frisklivssentral i disse gruppene. Denne generelle tendensen gjelder også for kommuner med frisklivssentral og tilsvarende kurs og tilbud; andelen kommuner som oppgir å ha disse tilbudene, øker stort sett med stigende folketall for alle de ulike kursene/tilbudene.

Grunnlagstallene viser den samme tendensen når det gjelder utbredelsen av tilbudene fordelt etter kommunesentralitet. Andelen kommuner med disse tilbudene er minst i de minst sentrale kommunene og størst i de mest sentrale kommunene. Dette gjelder både for kommuner med og uten frisklivssentral.

10.2. Oppsummering

En gjennomgang av resultatene viser at en betydelig andel kommuner uten frisklivssentraler også tilbyr forebyggende og helsefremmende tilbud til innbyggerne sine. Fysisk aktivitet er det vanligste tilbudet, og gis i 53 prosent av disse kommunene.

Utbredelsen av de ulike tilbudene er gjennomgående mindre sammenlignet med i kommuner med frisklivssentral. Det er særlig i små kommuner i mindre sentrale strøk uten frisklivssentraler at det totale forebyggende tilbudet ser ut til å være minst utbredt. Dette er gjeldende også for kommuner med frisklivssentraler; utbredelsen av frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene er minst i små kommuner i minst sentrale strøk.

11. Tilleggsundersøkelsen om frisklivs-, lærings og mestringstilbud i kommuner uten frisklivssentral

I forbindelse med denne rapporten ble det også gjennomført en tilleggsundersøkelse til et utvalg kommuner uten frisklivssentral som hadde oppgitt at de tilbyr ulike frisklivs- og lærings- og mestringstilbud til innbyggerne sine. 41 av 50 kommunene i utvalget, eller 82 prosent, svarte på undersøkelsen. Tilleggsundersøkelsen hadde som formål å få utfyllende informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud for voksne i kommuner uten frisklivssentral generelt og om organisering, samarbeid, brukervedvirkning og forankring i kommunale planer og budsjett. For alle spørsmål som ble stilt i undersøkelsen, se vedlegg E.

Mer spesifikt var det ønskelig å få mer informasjon om følgende når det gjaldt frisklivs-, lærings-, og mestringstilbudene i kommuner uten frisklivssentral:

Organisering

- Hvilke tjenester i kommunen gir tilbudene?
- Hvilke tjenester samarbeider om tilbudene (både internt i kommunen, interkommunalt samarbeid og eventuelt med eksterne aktører)

Brukermedvirkning og hvordan tilbudene gis

- Samarbeider kommunens helsetjeneste med brukere og deres pårørende om tilbudene og på hvilken måte?
- Hvordan tilbys frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene?
- Er tilbudene satt i en helhetlig og koordinert sammenheng, og hvem har koordineringsansvaret?
- Er det satt av stillingsressurser til koordinering av tilbudene, og hvilken kompetanse har de ansvarlige?

Forankring

- Er tilbudene forankret i kommunale planer og spesifisert i kommunale budsjett?

Digitale verktøy

- Benyttes digitale verktøy ved oppfølging av deltakere og gjennomføring av tilbudene
- Hvilke digitale verktøy benyttes?

Planer for etablering av frisklivssentral i fremtiden

- Har kommunen etablert eller har planer om å etablere frisklivssentral i nær fremtid?
- Hvorfor har kommunen valgt å ikke etablere frisklivssentral?

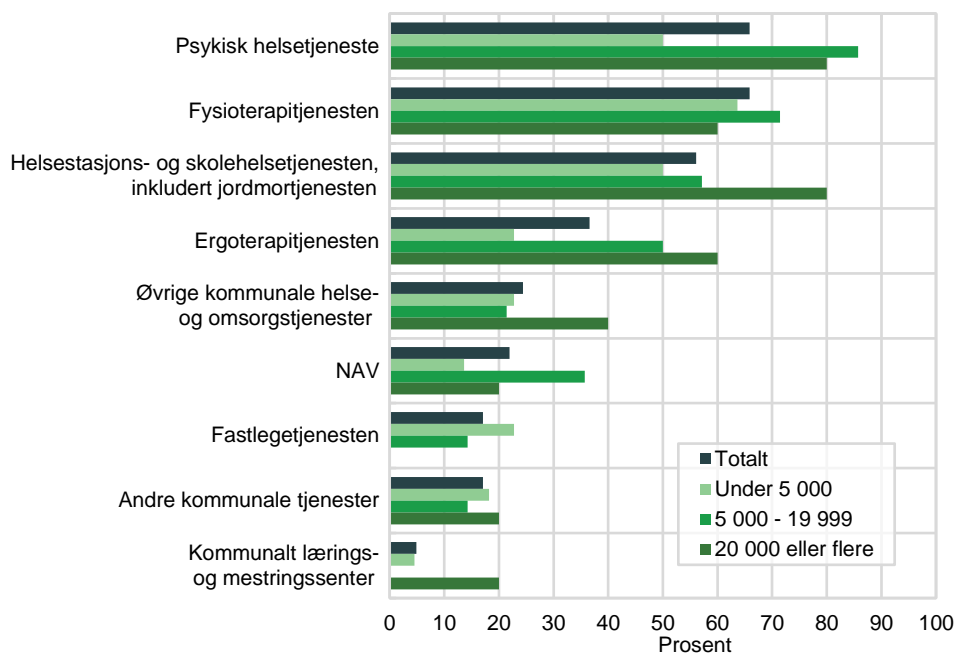
I dette kapittelet vil resultatene fra tilleggsundersøkelsen bli presentert både for utvalget totalt og fordelt etter ulike regionale bakgrunnskjennetegn.

11.1. Flest frisklivs-, lærings- og mestringstilbud hos fysioterapitjenesten og psykisk helsetjeneste

Kommunene som ikke har frisklivssentral, men som har oppgitt i KOSTRA skjema 1 for 2019 å ha frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommunene, ble i tilleggsundersøkelsen bedt om å svare på hvilke kommunale tjenester som hadde frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene. Figur 11.1 viser omfanget av de ulike tjenestene som ga disse tilbudene i kommunene. Her er det viktig å ta i betraktning

at de ulike kommunene kan ha gitt frisklivs-, lærings- og mestringstilbud (ett eller flere) ved en eller flere ulike tjenester.

Figur 11.1 Kommunale tjenester som har frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Kommunestørrelse. N= 41. 2019. Prosent



Kilde: Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral, Statistisk sentralbyrå.

Som figuren viser, var fysioterapitjenesten og psykisk helsetjeneste de to tjenestene som flest kommuner oppga som tilbydere av frisklivs-, lærings- og mestringstilbud totalt. Begge disse ble hver oppgitt av 66 prosent av kommunene, deretter kom helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 56 prosent. Ergoterapitjenesten ble rapportert av 37 prosent av kommunene, NAV av 22 prosent, fastlegetjenesten av 17 prosent og kommunal lærings- og mestringstjeneste av 5 prosent.

24 prosent av kommunene oppga at frisklivs-, lærings- og mestringstilbud var plassert i «øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester». I undersøkelsen ble kommunene bedt om å angi hvilke tjenester dette gjaldt. En gjennomgang av kommentarfeltene viser at kommunene har nevnt følgende tjenester: pårørende-skole, omsorgstjenestene og hjemmebasert omsorg, hjemmetjenesten/hjemmesykepleien, seniorsenter, demensteam, frisklivs- og aktivitetsveileder/treningskontakt. Videre svarte 17 prosent av kommunene at frisklivs-, lærings- og mestringstilbud ble gitt av «andre kommunale tjenester», blant disse nevnes frivillighetssentralen, miljøarbeidertjenesten, forebyggende tjenester og arbeids-tiltak og aktivitetssenter og støtte til helselag.

Dersom vi ser på hvilke kommunale tjenester som tilbyr frisklivs-, lærings- og mestringstilbud fordelt etter kommunestørrelse, utgjør helsestasjon- og skolehelsetjenesten, psykisk helsetjeneste og fysioterapitjenesten betydelige andeler i alle de tre kommunegruppene, både de minste (under 5000), de mellomstore (5000-19999) og de største kommunene.

Blant de minste kommunene hadde 50 prosent tilbud ved helsestasjon- og skolehelsetjenesten, 50 prosent tilbud hos psykisk helsetjeneste og 64 prosent ved fysioterapitjenesten. Blant de mellomstore kommunene hadde 57 prosent frisklivs-, lærings- og mestringstilbud ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 85 prosent hadde tilbud i psykisk helsetjeneste, som er en mye større andel enn hos de minste

kommunene. 71 prosent av de mellomstore kommunene hadde slike tilbud hos fysioterapitjenesten.

Blant de største kommunene hadde 80 prosent av kommunene tilbud ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og en tilsvarende stor andel for psykisk helsetjeneste. Blant de største kommunene var andelen kommuner som hadde tilbud hos fysioterapitjenesten på 60 prosent. Dette er en noe lavere andel enn for de to mindre kommunegruppene.

Blant de største kommunene er det i tillegg en stor andel som oppgir å ha frisklivs-, lærings og mestringstilbud ved ergoterapitjenesten, 60 prosent. Denne andelen kan se ut til å øke med kommunestørrelse. I de minste kommunene var tilsvarende andel på 23 prosent og i de mellomstore kommunene 50 prosent. Blant de mellomstore kommunene oppgir 36 prosent at frisklivs-, lærings og mestringstilbud ble gitt av NAV. Dette er en høyere andel enn blant både de minste og de største kommunene, hvor den tilsvarende andelen var henholdsvis 14 og 20 prosent.

Videre er andelen kommuner som oppgir at tilbud ble gitt av fastlegetjenesten, størst blant de minste kommunene, med en andel på 23 prosent. Tilsvarende tall for mellomstore kommuner var 14 prosent, og blant de største kommunene var det ingen kommuner som oppga at slike tilbud ble gitt ved fastlegetjenesten.

Det var blant de største kommunene at andelen som hadde tilbud ved kommunalt lærings- og mestringssenter, var størst med 20 prosent. Blant de mellomstore kommunene var det ingen som rapporterte å ha tilbud ved denne tjenesten, mens blant de minste kommunene var det 5 prosent som hadde dette.

Forekomsten av kommuner som oppga at «øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester» tilbød tjenesten, var relativt lik blant små og mellomstore kommuner, og lå på om lag 20 prosent. Denne andelen er imidlertid mye større blant de største kommunene med 40 prosent. Når det gjelder andelen som oppgir at frisklivs-, lærings og mestringstilbud ble gitt ved «andre kommunale tjenester», ligger disse på 18, 14 og 20 prosent for henholdsvis de minste, mellomstore og største kommunene.

Det er i denne sammenhengen viktig å ta i betraktning at i noen kommuner var tilbudet samlet i én tjeneste, mens i andre kommuner var tilbudet spredt blant flere tjenester. Videre kan det også forekomme at en kommune kun har ett tilbud, og at dette tilbudet blir gitt av en enkelt tjeneste, eller at en kommune har flere tilbud som blir gitt av én tjeneste. Undersøkelsen viser at i om lag 75 prosent av kommunene i utvalget var det to eller flere tjenester som hadde frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommunen. I 25 prosent av kommunene ble tilbudet/tilbudene gitt av én tjeneste, og i litt over halvparten av disse hadde kommunene to eller flere frisklivs-, lærings og mestringstilbud.

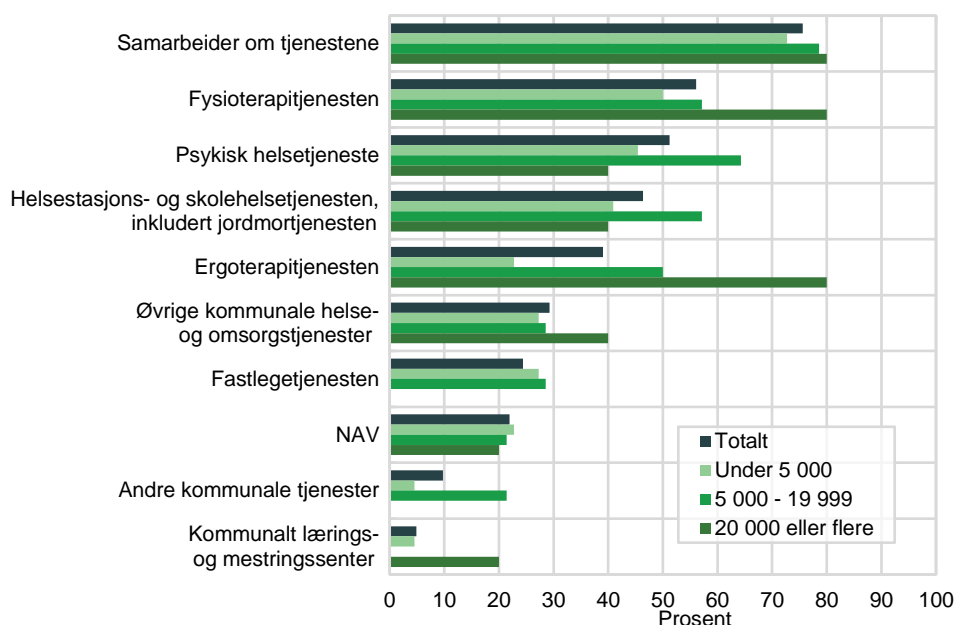
For kommunene i utvalget viser grunnlagstallene videre at frisklivs-, lærings- og mestringstilbud gis av 3,1 ulike tjenester i snitt per kommune totalt. Gjennomsnittlig antall tjenester er lavest i de minste kommunene (2,7 tjenester i snitt) og høyest i de største kommunene (3,8 tjenester i snitt). De mellomstore kommunene hadde et gjennomsnitt på 3,5 tjenester som tilbød frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.

11.2. I tre av fire kommuner samarbeider kommunale tjenester om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Kommunene i utvalget ble spurt om hvorvidt ulike kommunale tjenester samarbeider om å tilby frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, og totalt oppga 76 prosent av kommunene slikt samarbeid fant sted. Det var ikke stor forskjell mellom de ulike kommunegruppene i hvor stor andel av kommunene som oppga å ha slikt samarbeid.

I de minste kommunene (under 5000 innbyggere) rapporterte 73 prosent om slikt samarbeid, i de mellomstore kommunene var det 79 prosent og i de største kommunene oppga 80 prosent samarbeid. Det er allikevel en noe mindre andel i de små kommunene som samarbeider.

Figur 11.2 Kommuner der ulike kommunale tjenester samarbeider om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud totalt og fordelt etter tjenester. Kommunestørrelse. N=41. 2019. Prosent



Kilde: Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral, Statistisk sentralbyrå

Kartleggingen avdekker ikke hvilke konstellasjoner av samarbeid som pågår omkring slike tilbud, men bare i hvor stor grad de ulike tjenestene inngår i samarbeid om tilbudene.

Figur 11.2 viser videre at kommunene oppga at det var helsestasjons – og skolehelsetjeneste, psykisk helsetjeneste og fysioterapitjenesten som i størst grad er en del av samarbeid om slike tilbud (hhv. 46, 51 og 56 prosent) for alle kommuner totalt. For kommunene under 5000 innbyggere var bildet tilsvarende, med henholdsvis 41, 45 og 50 prosent for de samme tre tjenestene. Andelen for de tre tjenestene er noe større i gruppa med mellomstore kommuner, med andeler på 57, 64 og 57 prosent. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten og psykisk helsetjeneste har en noe mindre forekomst av samarbeid i de største kommunene, begge med andeler på 40 prosent. Fysioterapitjenesten rapporteres derimot av 80 prosent av kommunene i denne gruppen å inngå i samarbeid.

Ergoterapitjenesten oppgis som samarbeidsinstans av 39 prosent av kommunene, men her er det en tendens til at denne tjenesten i større grad oppgis som en del av slikt samarbeid i de større enn i de mindre. 23 prosent av de minste kommunene rapporterte dette, 50 prosent av de mellomstore og 80 prosent av de største

kommunene. Som vi så i figur 11.1, var det også lavere andeler i de små kommunene som rapporterte å ha frisklivs-, lærings- og mestringstilbud ved ergoterapitjenesten enn i de mellomstore og største kommunene.

Øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester oppgis av 29 prosent av kommunene. Blant disse tjenestene nevner kommunene pleie- og omsorgstjenesten, hjemmetjenesten miljøarbeidertjenesten, koordinerende enhet, frisklivs koordinator, aktivitetsveileder og seniorsenter. Andelene er tilsvarende stor for den minste og den mellomste kommunegruppen (27 og 29 prosent), mens andelen er en del større for de største kommunene (40 prosent).

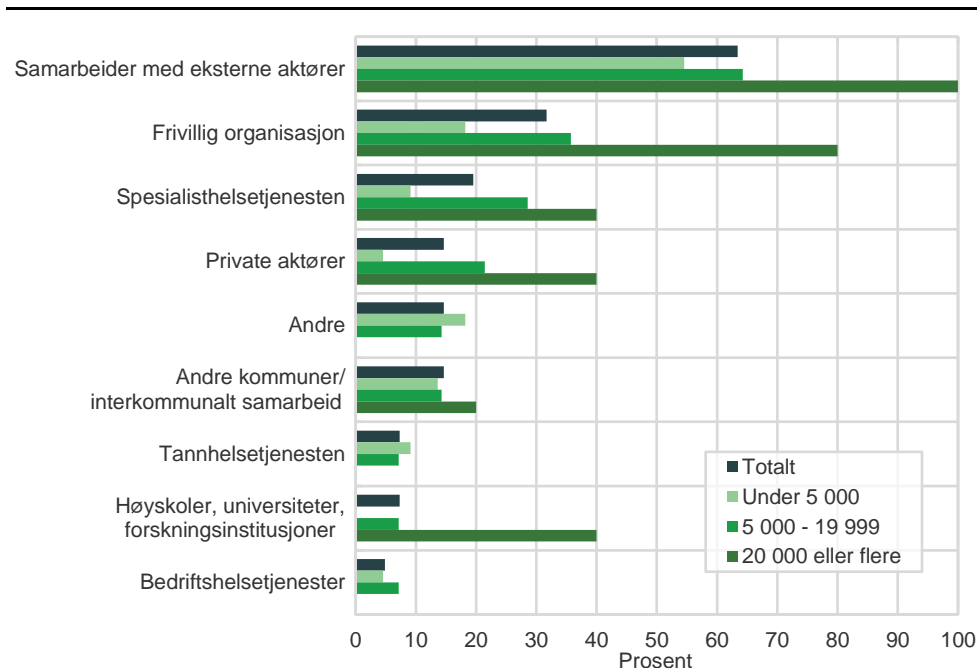
Fastlegetjenesten og NAV oppgis å inngå i samarbeid om tilbudene av henholdsvis 24 prosent og 22 prosent av kommunene. Forskjellene er små mellom de minste og mellomstore kommunene, hvor andelene som oppgir fastlegetjenesten er hhv. 27 og 29 prosent og andelene som oppgir NAV er 23 og 21 prosent. Blant de største kommunene oppgis ikke fastlegetjenesten å inngå i samarbeid om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Andelen blant store kommuner som har rapportert at NAV inngår, er imidlertid på samme nivå som i de to mindre kommunegruppene (20 prosent).

Kommunalt lærings- og mestringssenter blir oppgitt av 5 prosent av kommunene. Her er det størst andel i de største kommunene (20 prosent) og minst andel blant de minste kommunene. Blant de mellomstore oppga ingen at kommunalt lærings- og mestringssenter inngikk i et slikt samarbeid. Kommunene i denne gruppen oppga heller ikke at frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene ble gitt av kommunalt lærings- og mestringssenter, jf. figur 11.1.

«Andre kommunale tjenester» oppgis av 10 prosent (blant disse oppgis bl.a. folkehelsekoordinator). Tilsvarende tall for de minste kommunene er 5 prosent, mens det er 21 prosent blant de mellomstore kommunene. Ingen av de største kommunene rapporterte at «andre kommunale tjenester» inngikk i samarbeid om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.

6 av 10 kommuner samarbeider med eksterne aktører om tilbudene

Kommunene i utvalget ble spurt om den kommunale helsetjenesten samarbeidet med eksterne aktører om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, og eventuelt hvilke eksterne aktører det ble samarbeidet med. Totalt svarte 63 prosent at de samarbeidet med eksterne aktører. Det er størst andel kommuner som oppgir slikt samarbeid blant de største kommunene (med over 20 000 innbyggere). I denne gruppen oppga samtlige samarbeid med eksterne aktører. Blant de mellomstore rapporterte 64 prosent om tilsvarende samarbeid. Blant de minste kommunene oppga litt over halvparten (55 prosent) samarbeid med eksterne aktører. Det er med andre ord en tendens til at de minste kommunene i noe mindre grad samarbeider med eksterne enn større kommuner.

Figur 11.3 Kommuner uten frisklivssentral som samarbeider med eksterne aktører totalt og fordelt etter ulike aktører. Kommunestørrelse. N= 41. 2019. Prosent

Kilde: Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral, Statistisk sentralbyrå

Blant kommunene i utvalget var det vanligst å samarbeide med frivillige organisasjoner. 32 prosent av kommunene oppga dette. Samarbeid med frivillige organisasjoner forekom oftest blant de største kommunene (80 prosent), deretter blant de mellomstore kommunene (36 prosent) og sjeldnest blant de minste kommunene (18 prosent).

For alle kommunene i utvalget var det nest mest vanlig å samarbeide med spesialisthelsetjenesten, 20 prosent oppga dette. Også her var det blant de største kommunene at slikt samarbeid var mest utbredt (40 prosent). I de mellomstore rapporterte 29 prosent av kommunene tilsvarende samarbeid, mens kun 9 prosent blant de minste kommunene oppga samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder samarbeid med private aktører, var det 15 prosent av kommunene totalt som oppga å ha dette. Likesom for de to forrige omtalte samarbeidspartnerne var det også her blant de største kommunene at størst andel oppga samarbeid med private aktører om frisklivs- lærings- og mestringstilbud. 40 prosent rapporterte dette blant de største kommunene, mot henholdsvis 21 prosent og 5 prosent i de mellomstore og minste kommunene.

Totalt oppga 7 prosent av kommunene samarbeid med tannhelsetjenesten. 7 prosent blant de minste kommunene og 5 prosent blant de mellomstore hadde inngått et slikt samarbeid, mens ingen av kommunene i gruppa med over 20 000 innbyggere rapporterte om et slikt samarbeid. Videre oppga totalt 5 prosent av kommunene bedriftshelsetjenester som samarbeidspartner. Henholdsvis 7 og 5 prosent blant de minste og mellomstore kommunene rapporterte dette, mens ingen blant de største kommunene oppga tilsvarende.

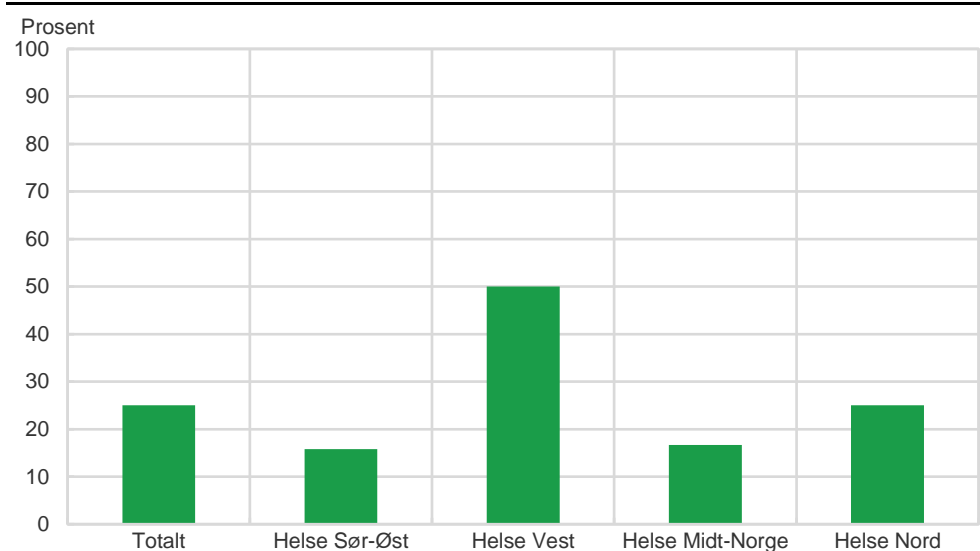
Totalt oppga også 7 prosent samarbeid med høyskoler/universiteter. Sett i forhold til kommunestørrelse var det få slike tilfeller blant de mellomstore kommunene (7 prosent) og ingen blant de minste kommunene. Blant de største kommunene var det imidlertid en større andel, 40 prosent, som rapporterte om samarbeid med høyskoler og universiteter.

«Andre aktører» ble oppgitt av 15 prosent av kommunene totalt, 18 prosent blant de minste kommunene og 14 prosent blant de mellomstore. Frivillighetssentraler, idrettskrets og støtte til helselag nevnes her. Ingen av kommunene over 20 000 innbyggere oppga samarbeid med «andre».

Videre var det 15 prosent av kommunene som oppga samarbeid med andre kommuner/interkommunalt samarbeid om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Det var her 14 prosent blant både de minste og mellomstore kommunene og en noe større andel blant de største kommunene, 20 prosent.

Kommunene i utvalget ble også spurt om et eller flere av frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene inngikk i samarbeidsavtalene med Helseforetakene. Totalt svarte 24 prosent av kommunene at et eller flere av tilbudene inngikk i en slik avtale.

Figur 11.4 Kommuner med samarbeidsavtaler med helseforetak om ett eller flere av frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene. Helseregion. N=41. 2019. Prosent

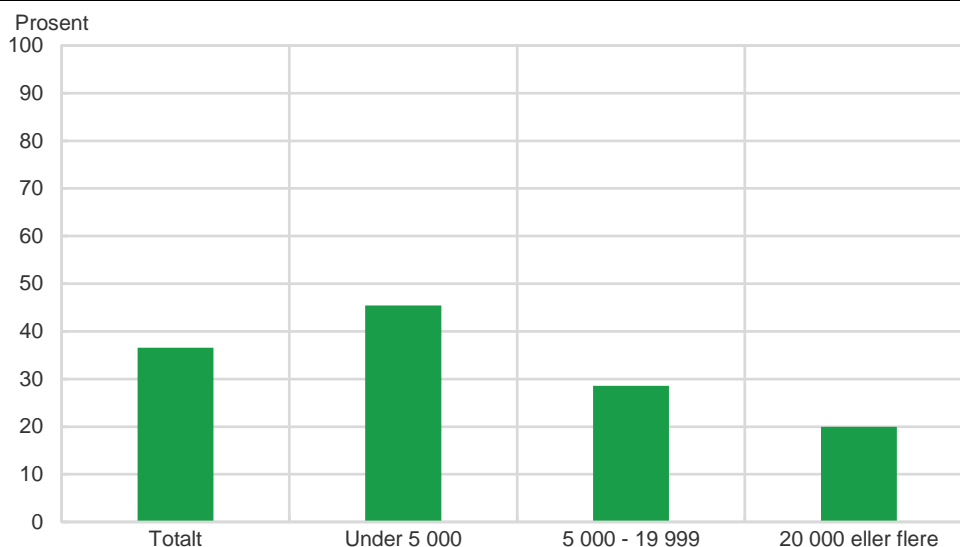


Kilde: Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral, Statistisk sentralbyrå

Dersom man ser på kommuner med samarbeidsavtaler med helseforetak om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud fordelt etter helseregion, viser figur 9.10 klart størst andel kommuner med samarbeidsavtaler i Helse Vest (50 prosent), fulgt av Helse Nord med 25 prosent. I Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge var andelen kommuner med samarbeidsavtaler med helseforetak på hhv. 16 og 17 prosent.

Innbyggerne i 4 av 10 kommuner hadde tilbud i andre kommuner

Samtidig som 15 prosent av kommunene oppga at de hadde samarbeid med andre kommuner eller interkommunalt samarbeid om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, oppga 37 prosent av kommunene totalt at innbyggerne hadde tilgang på slike tilbud i andre kommuner.

Figur 11.5 Kommuner uten FLS der innbyggerne i kommunen har tilgang til frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i andre kommuner. Kommunestørrelse. N= 41. 2019. Prosent

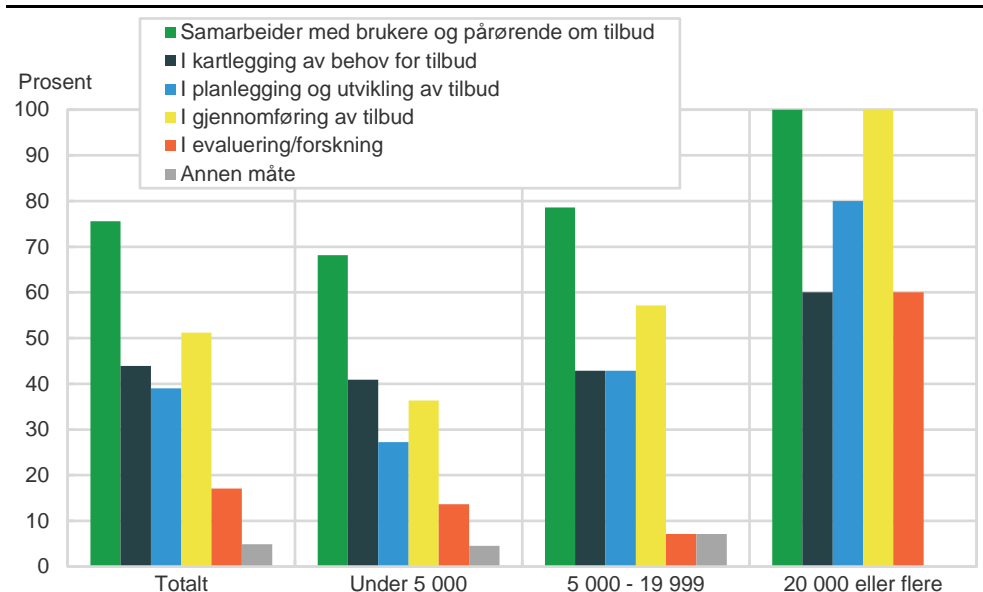
Kilde: Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral, Statistisk sentralbyrå

Det var blant de minste kommunene (under 5000 innbyggere) at størst andel rapporterte at innbyggerne hadde denne muligheten. I gruppen med de mellomstore kommunene (5000- 19 999) rapporterte 29 prosent om tilsvarende tilgang, mens blant de største kommunene var andelen på 20 prosent. Dersom vi ser på tilgang til frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i andre kommuner ut fra kommunenes sentralitet, viser grunnlagstallene at det er i de minst sentrale kommunene og i de mest sentrale og nest mest sentrale kommunene at andelen er størst (alle med andeler på 50 prosent). I de to mellomsentrale kommunegruppene er andelen minst (17 og 25 prosent.)

Kommunene som svarte ja på at innbyggerne hadde tilgang til frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i andre kommuner, ble bedt om å beskrive hvilke tilbud dette gjaldt. Diabetesopplæring, bedre søvn, bedre helse med fysisk aktivitet, KOLS-kurs, røykesluttkurs, depresjonsmestring, Bra Mat kurs, overvekt/fedme, pårørendeskole for demens og kreftkafé er eksempler på det som ble nevnt her. Det ble også trukket frem at innbyggere hadde tilgang til frisklivssentraler og psykisk helsetjeneste i andre/nabokommuner.

3 av 4 kommuner samarbeider med brukere og pårørende om tilbudene

76 prosent av kommunene i utvalget rapporterer i de samarbeider med brukere og pårørende om frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene. Litt over halvparten samarbeider med brukere og pårørende i gjennomføringen av tilbud, 44 prosent samarbeider med dem i kartleggingen av behov for tilbud og 39 prosent i planleggingen og utviklingen av tilbud, mens 17 prosent samarbeider med brukere og pårørende i evalueringsarbeid eller forskning. 5 prosent oppga at dette samarbeidet pågikk på en annen måte.

Figur 11.6 Kommuner som samarbeider med brukere og pårørende og ulike måter de samarbeider på. Kommunestørrelse. N= 41. 2019. Prosent

Kilde: Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral, Statistisk sentralbyrå

Figur 11.6 viser videre at selv om andelen som rapporterer om samarbeid er store i alle kommunegruppene, er det allikevel noen forskjeller mellom de ulike kommunegruppene på hvordan det samarbeides.

Andelen som rapporterte at de samarbeidet med brukere og pårørende, er størst i de største kommunene. Alle i denne gruppa svarte at de hadde et slikt samarbeid. 60 prosent blant de største kommunene svarte videre at de samarbeidet i kartleggingen av behovet for tilbud, og 80 prosent i planleggingen og utvikling av tilbudet. Alle kommunene i denne gruppa rapporterte om samarbeid i gjennomføringen av tilbudet, og 60 prosent samarbeidet om evaluering/forskning. De største kommunene hadde også en større utbredelse av alle de ulike formene for samarbeid enn det vi ser i de to mindre kommunegruppene.

Blant de minste kommunene svarte 68 prosent at de samarbeidet med brukere og pårørende. 41 prosent svarte av de samarbeidet omkring kartlegging av behov for tilbud, og 27 prosent om planlegging og utvikling av tilbud. Mens 36 prosent av rapporterte om samarbeid i gjennomføringen av tilbud. I motsetning til de største kommunene rapporterte de minste kommunene en mindre andel, 14 prosent, om samarbeid knyttet til evaluering/forskning.

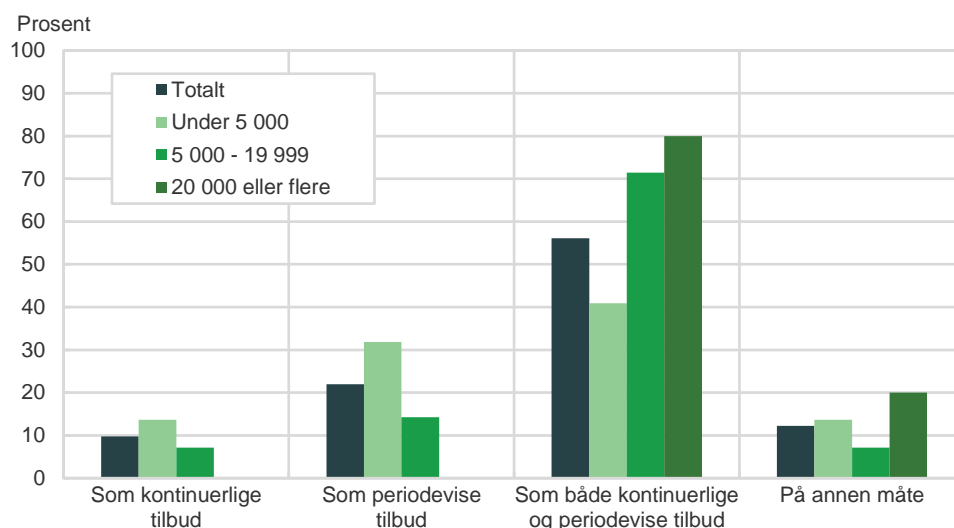
I de mellomstore kommunene oppga noe over 40 prosent samarbeid med brukere og pårørende omkring kartlegging, en tilsvarende andel som i den minste gruppa. 40 prosent svarte også at det ble samarbeidet omkring planlegging og utvikling av tilbud. I gjennomføringen av tilbudene rapporterte 60 prosent om samarbeid med brukere og pårørende, en større andel enn i blant de minste kommunene, men en mindre andel enn blant de største. 7 prosent svarte at det var samarbeid knyttet til evaluering/forskning. Dette var en mindre andel enn blant både de største og de minste kommunene.

Både kommunene med under 5000 innbyggere og kommunene mellom 5000 og 19 999 innbyggere rapporterte om samarbeid på annen måte (hvh. 5 og 7 prosent). Her nevnes blant annet brukermedvirkning som en del av arbeidet med å re-etablere frisklivssentral.

Flest kommuner med en kombinasjon av kontinuerlige og periodevise tilbud

Kommunene i utvalget ble spurt på hvilken måte frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene ble gitt, om det var som kontinuerlige tilbud, som periodevise tilbud eller både som kontinuerlige og periodevise tilbud. Totalt svarte 56 prosent at tilbudene ble gitt som både kontinuerlige og periodevise tilbud. 10 prosent svarte at det ble gitt som kontinuerlige tilbud, og en noe større andel, 22 prosent, at de ble gitt som periodevise tilbud. En kombinasjon mellom kontinuerlige og periodevise tilbud er med andre ord mest utbredt.

Figur 11.7 Ulike måter kommunen tilbyr frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Kommunestørrelse. N= 41. 2019. Prosent



Kilde: Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral, Statistisk sentralbyrå

I kommunene med under 5000 innbyggere var andelen som rapporterte om periodevise tilbud, noe høyere enn for landet totalt (32 prosent). Kombinasjonen av kontinuerlige og periodevise tilbud er noe mindre utbredt her enn for kommunene samlet (41 prosent), mens andelen som oppga å ha kontinuerlige tilbud er noe større (14 prosent) enn for totalen av kommuner.

Blant de mellomstore kommunene var andelen som oppga å gi tilbudene både kontinuerlig og periodevis, langt høyere enn for de minste kommunene, 71 prosent. I denne gruppen har også færre rapportert å gi tilbudene enten som kun kontinuerlig (7 prosent) eller kun periodevis (14 prosent). Det samme ser vi for de største kommunene (over 20 000 innbyggere), blant disse har 80 prosent rapportert å ha gitt disse tilbudene både som kontinuerlige og som periodevise. Videre har ingen kommuner i denne gruppen rapportert å gi enten kontinuerlig tilbud eller periodevise tilbud.

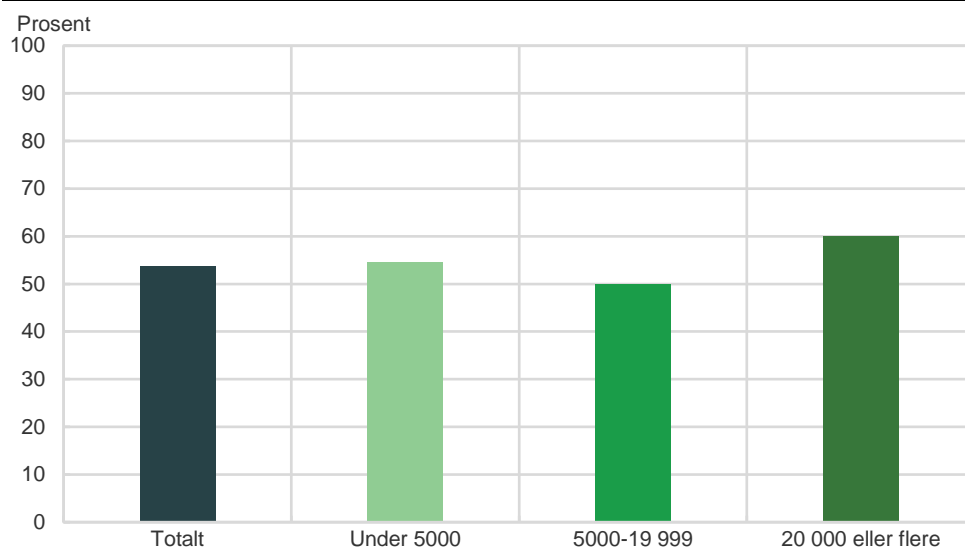
Relativt store andeler i gruppene med mellomstore og store kommuner har svart at tilbudene er gitt både som kontinuerlige og periodevise tilbud. Dette kan ha en sammenheng med at antall tilbud, og også kanskje mangfoldet i tilbudene, er noe større i slike kommuner.

12 prosent av kommunene oppga også at tilbudene ble gitt «på en annen måte». Fordelt etter kommunestørrelse rapporterte 14 prosent av de minste kommunene dette, 7 prosent av de mellomstore og 20 prosent av de største kommunene. Grunnlagsmaterialet viser at kommunene her har trukket frem at det gis tilbud ved behov, at det er gitt ulike aktivitetstilbud gjennom hele året og at det gis årlige kurs i f.eks. fallforebygging.

11.3. Flere enn halvparten med tilbud som er koordinert og satt i en helhetlig sammenheng

Et av formålene med organiseringen av kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid er å bidra til helhetlige og koordinerte helsetjenester (Helse- direktoratet 2019). I tilleggundersøkelsen ble kommunene uten frisklivssentral spurt om deres frisklivs- lærings- og mestringstilbud var koordinert og satt i en helhetlig sammenheng. 54 prosent av kommunene i utvalget svarte at tilbudet var koordinert og satt i en helhetlig sammenheng.

Figur 11.8 Kommuner der frisklivs- lærings- og mestringstilbudet er koordinert og satt i en helhetlig sammenheng. Kommunestørrelse. N= 41. 2019. Prosent

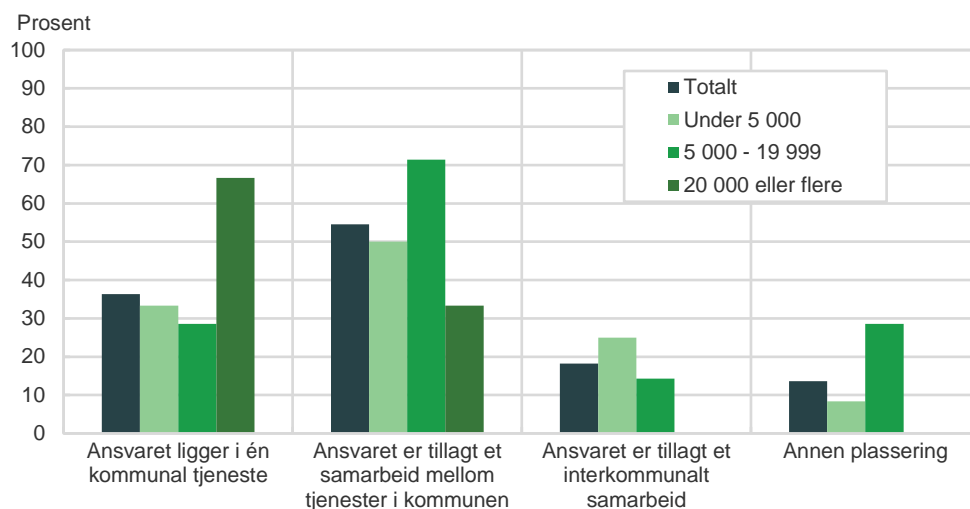


Kilde: Statistisk sentralbyrå, Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral

Dersom vi ser på andelen som har svart at tilbudet var koordinert og satt i en helhetlig sammenheng fordelt etter kommunestørrelse, er det ikke stor variasjon mellom de tre kommunegruppene. Blant kommuner med under 5000 innbyggere svarte 55 prosent bekreftende. Blant mellomstore kommuner (mellom 5000 og 19 999) svarte en litt mindre andel dette, 50 prosent. Blant kommunene med over 20 000 innbyggere svarte 60 prosent at frisklivs- lærings- og mestringstilbudet var koordinert og satt i en helhetlig sammenheng.

Kommunene som svarte at frisklivs- lærings- og mestringstilbudet var koordinert og satt i en helhetlig sammenheng ble videre spurt om plassering av koordineringsansvaret for frisklivs-, lærings- og mestringstilbudet, og figur 11.9 viser hvordan dette ansvaret var plassert i de ulike kommunene.

Samlet for disse kommunene oppga 36 prosent at dette ansvaret ligger i én kommunal tjeneste. 55 prosent oppga at ansvaret lå i et samarbeid mellom tjenester. Videre svarte 18 prosent at ansvaret var tillagt et interkommunalt samarbeid, mens 14 prosent svarte at det var tillagt en annen plassering. Enkelte kommuner svarte at koordineringsansvaret lå flere steder. Dette kan skyldes at det for disse kommunene kan ha vært ulikt koordineringsansvar for ulike tilbud de har hatt. To av dem har f.eks. samarbeid med andre kommuner om enkelte tilbud, i tillegg til å ha egne tilbud.

Figur 11.9 Plassering av koordineringsansvar for frisklivs-, lærings- og mestringstilbudet. Kommunestørrelse. N=22. 2019. Prosent

Kilde: Statistisk sentralbyrå, Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral

Dersom vi ser på plasseringen av koordineringsansvaret fordelt etter kommune- størrelse, er det forskjeller mellom de tre gruppene. Blant de største kommunene oppga 67 prosent at ansvaret ligger i én tjeneste. Den tilsvarende andelen lå på rundt 30 prosent blant de mellomstore og de minste kommunene (hhv. 29 prosent og 33 prosent). Blant tjenestene som nevnes som koordineringsansvarlig i denne sammenhengen, er helse- og rehabiliteringsavdelingen, fysioterapitjenesten, ergo- og fysioterapitjenesten, avdeling for helse og mestring og fysikalsk avdeling.

Andelen som oppgir at ansvaret er tillagt et samarbeid mellom tjenester i kommunen, var størst blant de mellomstore kommunene. 71 prosent av disse oppga dette. Halvparten av de minste kommunene rapporterte at koordineringsansvaret lå i et samarbeid mellom tjenester i kommunen, mens det blant de største kommunene var like over 30 prosent som rapporterte det samme.

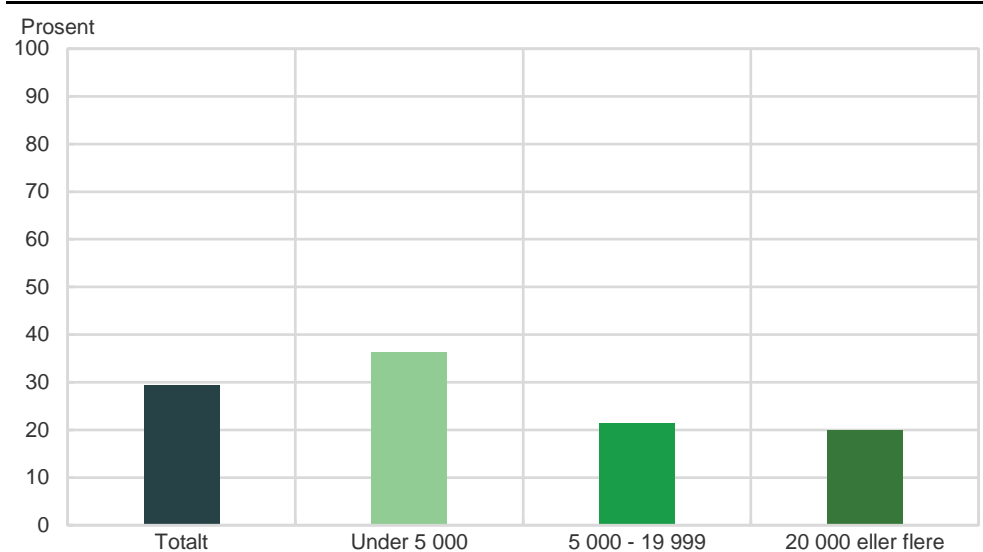
Det var videre vanligst blant de minste kommunene at koordineringsansvaret var tillagt et interkommunalt samarbeid. En fjerdedel, eller 25 prosent, rapporterte dette. Tilsvarende tall blant de mellomstore var 14 prosent, mens ingen av de største kommune hadde tillagt koordineringsansvaret til et interkommunalt samarbeid. Annen plassering ble oppgitt av henholdsvis 8 og 29 prosent av de minste og mellomstore kommunene. Her nevnes bl.a. koordinerende enhet og tildelingsteam helse og omsorg.

11.4. Kompetanse i motiverende intervju mest utbredt blant de koordineringsansvarlige for frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene

Frisklivssentraler koordinerer de ulike tilbudene som blir gitt innenfor rammen av frisklivssentraler for å sikre deltakerne et strukturert og helhetlig tilbud. I tillegg har de ansatte der en viktig oppgave med å ha oversikt over tilbud utenfor sentralene og eventuelt sende deltakere videre til andre tilbud dersom de mener dette er hensiktsmessig. Dette kan blir gjort enten i det deltakerne møter opp ved frisklivssentralen for første gang, eller etter at de er ferdige med en 12- ukersperiode ved sentralen.

I kommuner uten frisklivssentral kan det variere om det er satt av stillingsressurser til koordinering av frisklivs-, lærings- og mestringstilbud til kommunens innbyggere.

Figur 11.10 Kommuner der det er satt av stillingsressurser til koordinering av frisklivs-, lærings- og mestringstilbudet. Kommunestørrelse. N=41. 2019. Prosent

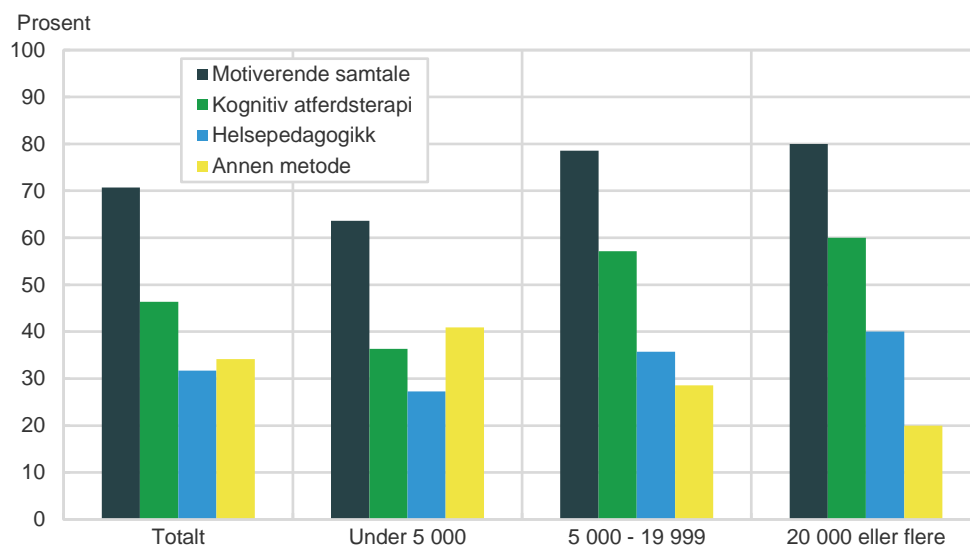


Kilde: Statistisk sentralbyrå, Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral

Figuren viser at 29 prosent av kommunene uten frisklivssentral totalt oppgir at de har avsatt stillingsressurser til koordinering av frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene de tilbyr innbyggerne sine. Fordelt etter kommunestørrelse er andelen størst i kommuner under 5 000 innbyggere og minst i kommuner med over 20 000 innbyggere, med hhv. 36 og 20 prosent.

I forbindelse med gjennomføring av de ulike frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene er det behov for ulike typer kompetanse. Kompetanse i å snakke om endring er grunnleggende i arbeidet ved frisklivssentralen. Motiverende intervju er en målrettet, empatisk og personsentrert samtalemetode. Metoden kan benyttes i samtaler om endring, individuelt og i grupper, uavhengig av tema. Det finnes også andre kunnskapsbaserte metodiske tilnærminger til det å snakke om endring. For eksempel kan bruk av elementer og teknikker fra kognitiv atferdsterapi, som retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser, være effektivt. Tilnærmingen kan med fordel brukes i kombinasjon med Motiverende samtale (Helsedirektoratet 2019).

Kompetanse i motiverende samtale, kognitiv atferdsterapi og helsepedagogikk kan være ivaretatt som en del av ulike helseutdanninger. I tillegg gjennomfører Helsedirektoratet opplæring i gjennomføring av ulike forebyggende og helsefremmende kurs og tilbud som tradisjonelt blir gitt ved frisklivssentraler. Disse kursene er det mulig å delta på for ansatte både i kommuner med og uten frisklivssentral.

Figur 11.11 Ulik type kompetanse blant de ansvarlige for koordinering av frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene i kommunen. Kommunestørrelse. N=41. 2019. Prosent

Kilde: Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at 70 prosent av kommuner uten frisklivssentral oppgir å ha kompetanse motiverende samtale for de koordineringsansvarlige for frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene. 46 prosent melder å ha kompetanse i kognitiv atferdsterapi, 32 prosent i helsepedagogikk og 34 prosent har kompetanse i andre metoder.

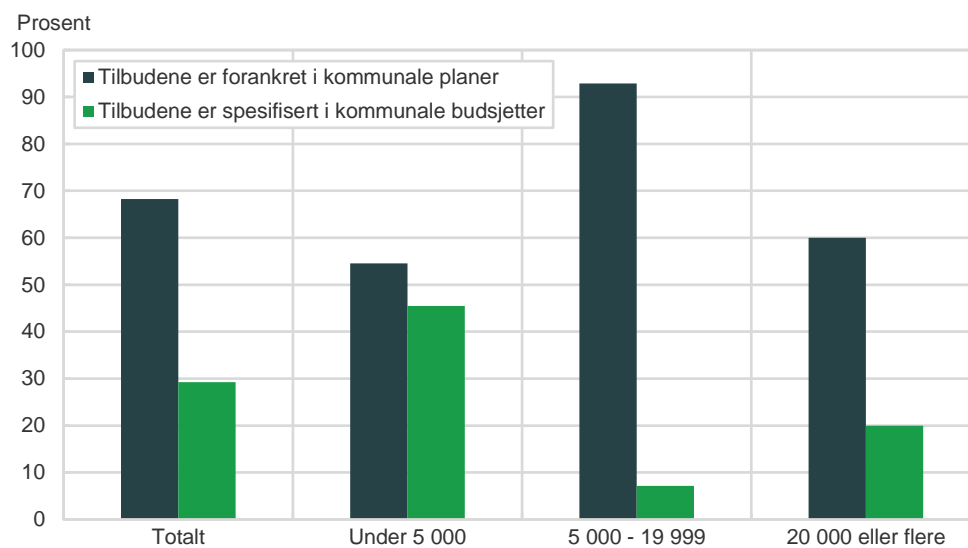
Fordelt etter kommunestørrelse er andelen med ulik kompetanse minst i de minste kommunene og størst i de største kommunene. Unntaket er kompetanse i andre metoder der andelen er størst i de minste og minst i de største kommunene.

Når det gjelder kompetanse i andre metoder, oppgir kommunene blant annet foreldreveiledning, kognitiv sosial læringsteori, metoder for utvikling av motoriske ferdigheter for barn og unge, kurs i belastningsmestring (KIB), kurs i psykisk helse, friskgårds pedagogikk og lavterskeltilbud i aktivitet og fellesskap.

11.5. Forankring av de ulike frisklivs- lærings- og mestringstilbudene i kommunale planer og budsjett

Forankring av de ulike frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene i kommunale planer og budsjett kan si noe om hvorvidt dette er prioriterte tjenester i kommunen eller ikke. I tidligere gjennomførte intervju med kommuner uten frisklivssentraler (Ekornrud og Thonstad 2018) oppgir flere kommuner dårlig forankring i politisk og administrativ ledelse av forebyggende og helsefremmende tjenester som en viktig årsak til at kommunene ikke hadde etablert frisklivssentral. Kommuner som tidligere hadde hatt frisklivssentral, men valgte å legge ned tilbudet, oppga utfordringer med å videreføre driften etter at det treårige etableringstilskuddet ble avsluttet. God forankring i kommunale planer og budsjett gir føringer på at dette er prioritert av kommunen og kan gi forutsigbarhet og bud om at de vil bestå i fremtiden.

Figur 11.12 viser hvorvidt kommunene uten frisklivssentral har forankret de ulike frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene i kommunale planer og om tilbudene er spesifisert i kommunale budsjett.

Figur 11.12 Forankring av frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene i kommunale planer og budsjett. Kommunestørrelse. N=41. 2019. Prosent

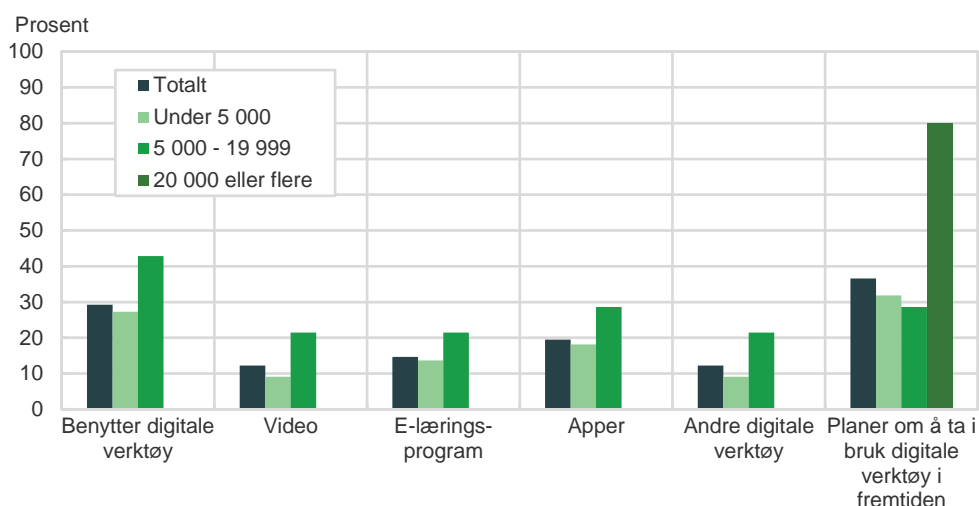
Kilde: Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at rundt 68 prosent av kommunene oppgir at de har forankret de ulike frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene i kommunale planer. 29 prosent oppgir at tilbudene er spesifisert i kommunale budsjetter. Fordelt etter kommunestørrelse viser figuren at andelen som har forankret tilbudene i kommunale planer, er størst blant kommuner mellom 5 000 – 19 999 innbyggere (93 prosent), mens den er minst i kommuner under 5 000 innbyggere med 50 prosent. Når det gjelder om tilbudene er spesifisert i kommunale budsjetter, er andelen størst i de minste kommunene med 45 prosent og minst i kommunene med 5 000 – 19 999 innbyggere hvor bare 7 prosent oppgir at dette er tilfelle.

3 av 10 kommuner bruker digitale verktøy i gjennomføring ulike kurs og tilbud

Bruk av digitale verktøy i gjennomføring av ulike frisklivs-, lærings- og mestringstilbud er blitt mer og mer vanlig de senere årene. Digitale verktøy kan være et nyttig supplement i gjennomføring av tilbud, som for eksempel ved avstandsoppfølging av deltakere. Figur 11.13 viser andelen kommuner uten frisklivssentral som benytter digitale verktøy ved oppfølging og gjennomføring av ulike kurs og tilbud, og hvilke typer digitale verktøy som blir brukt.

Figur 11.13 Kommuner som benytter ulike digitale verktøy ved oppfølging av deltakere og gjennomføring av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Kommunestørrelse. N=41. 2019. Prosent



Kilde: Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at 29 prosent av kommunene uten frisklivssentral oppgir at de benytter digitale verktøy ved oppfølging av deltakere og gjennomføring av frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Det er mest vanlig å bruke apper og E-læringsprogram (hhv. 20 og 15 prosent). Det er minst vanlig å bruke video og andre digitale verktøy (begge med 12 prosent).

For delt etter kommunestørrelse viser tallene at andelen som bruker ulike digitale verktøy, er størst i kommuner med 5 000 – 19 999 innbyggere for alle ulike typer verktøy. I kommuner med 20 000 eller flere er det ingen som har oppgitt at de benytter digitale verktøy.

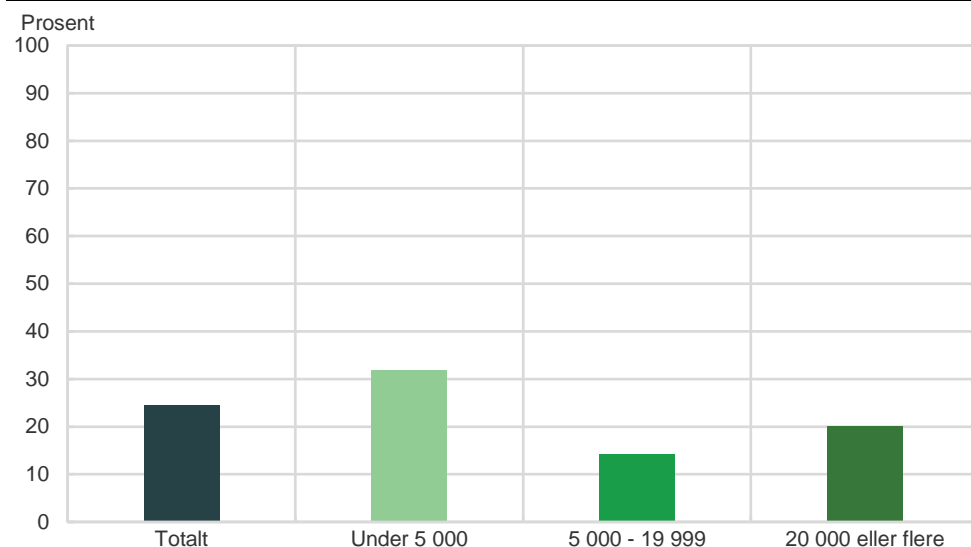
Grunnlagstallene viser ellers at 37 prosent av kommunene oppgir at de planlegger å ta i bruk digitale verktøy i fremtiden. Andelen er størst blant kommuner med 20 000 eller flere innbyggere der 80 prosent oppgir at de har planer om å ta det i bruk.

11.6. 40 prosent av kommunene oppgir at de har velfungerende alternativ til frisklivssentral

Intervjuene med kommuner uten frisklivssentral, som ble gjennomført i forbindelse med forrige rapport om frisklivssentraler (Ekorud og Thonstad 2018), avdekket flere ulike årsaker til at kommuner hadde valgt å ikke etablere frisklivssentral. Dårlig forankring i politisk og administrativ ledelse, svak kommuneøkonomi, manglende tilgang på personell og spredt bosetning i kommunen var noen av grunnene som ble oppgitt.

I tilleggundersøkelsen til kommuner uten frisklivssentral ble kommunene nå bedt om å svare på om de har etablert frisklivssentral i løpet av 2020 eller har planer om å etablere det i nærmeste framtid. De kommunene som ikke hadde etablert frisklivssentral eller hadde planer om å gjøre det, ble spurt om hva som var grunnen til at de ikke hadde etablert tilbudet.

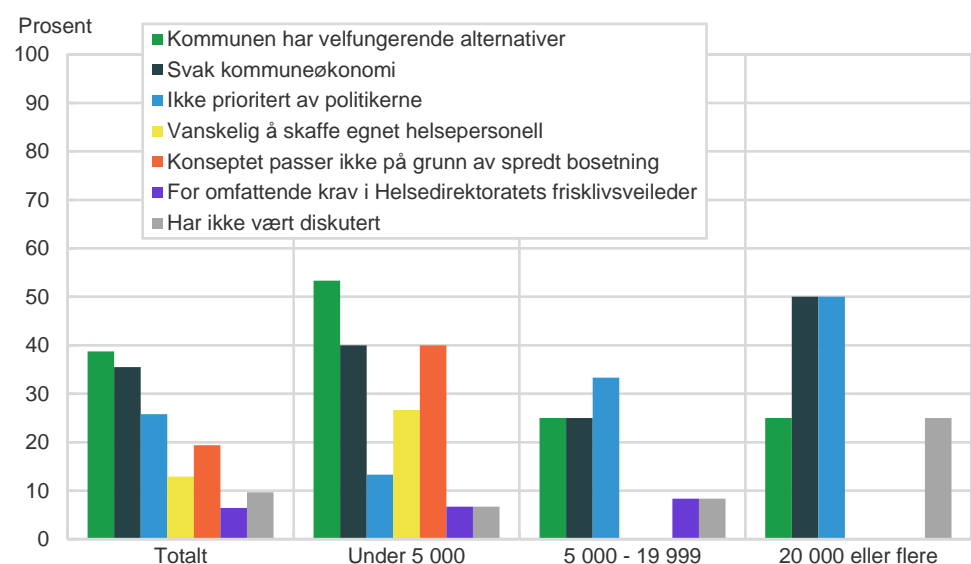
Figur 11.14 viser kommuner som har etablert frisklivssentral i 2020 eller har planer om å gjøre det i nærmeste framtid.

Figur 11.14 Kommuner som enten har eller planlegger å etablere frisklivssentral. Hele landet. N=41. 2019. Prosent.

Kilde: Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at 1 av 4, eller 24 prosent, av kommunene enten har etablert frisklivssentral i 2020 eller har planer om å gjøre det i nærmeste fremtid. Andelen er størst blant kommuner med under 5 000 innbyggere (32 prosent) og minst blant kommuner med 5 000 – 19 999 innbyggere med 14 prosent. Blant de største kommunene med over 20 000 innbyggere oppgir 20 prosent at de enten har etablert frisklivssentral eller har planer om å gjøre det.

Figur 11.15 viser ulike årsaker til at kommuner ikke har valgt å etablere frisklivssentral for hele landet og etter kommunistørrelse.

Figur 11.15 Ulike årsaker til at kommuner ikke har valgt å etablere frisklivssentral. Hele landet. N=31. 2019. Prosent

Kilde: Utvalgsundersøkelse for kommuner uten frisklivssentral, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at svaralternativet ”kommunen har velfungerende alternativer”, er den mest vanlige årsaken til at de ikke har etablert frisklivssentral (39 prosent). 35 prosent oppgir svak kommuneøkonomi som årsak, mens 26 prosent oppgir at etablering av frisklivssentral ikke er prioritert av politikerne. 19 prosent oppgir at konseptet ikke passer på grunn av spredt bosetning i kommunen, mens 13 prosent

oppgir at det er vanskelig å skaffe egnet helsepersonell. 6 prosent oppgir at kravene i Helsedirektoratets frisklivsveileder er for omfattende til at de har etablert en sentral. 10 prosent av kommunene oppgir at temaet om å etablere frisklivssentral ikke har vært diskutert.

Årsaken til at kommuner ikke har etablert frisklivssentral, varierer noe etter kommunestørrelse. Andelen som oppgir at de har velfungerende alternativer, er størst blant kommuner med under 5 000 innbyggere (53 prosent). Tilsvarende tall for kommuner med over 20 000 innbyggere var 25 prosent. Både andelen som oppgir svak kommuneøkonomi og at det ikke er prioritert blant politikerne, er størst blant kommuner med over 20 000 innbyggere (begge med 50 prosent). Andelen som oppgir svak kommuneøkonomi som årsak, er minst blant kommuner med 5 000 – 19 999 innbyggere (25 prosent), mens andelen som oppgir at det ikke er prioritert blant politikerne, er minst i kommuner under 5 000 innbyggere.

Andelen som oppgir at konseptet ikke passer på grunn av spredt bosetning og vanskeligheter med å skaffe egnet helsepersonell, er ikke overraskende, størst i kommuner med under 5 000 innbyggere. 40 prosent i denne gruppen oppgir at konseptet ikke passer på grunn av spredt bosetning, mens 27 prosent oppgir vanskeligheter med å skaffe egnet helsepersonell som årsak. Til sammenligning er det ingen kommuner med over 5 000 innbyggere som oppgir vanskeligheter med å skaffe egnet personell som årsak til at de ikke har etablert frisklivssentral.

Svaralternativet ”etablering av frisklivssentraler har ikke vært diskutert”, forekommer oftest i kommuner med over 20 000 innbyggere og sjeldnest i kommuner med under 5 000 innbyggere. Det er en relativt liten andel kommuner som oppgir at kravene i Helsedirektoratets frisklivsveileder er for omfattende som årsak til at de ikke har etablert frisklivssentral. Andelen er størst i kommuner med 5 000 – 19 999 innbyggere med 8 prosent, mens tilsvarende tall er 7 prosent i kommuner under 5 000 innbyggere. I kommuner over 20 000 innbyggere er det ingen kommuner som oppgir dette som årsak.

11.7. Oppsummering

Tilleggsundersøkelsen hadde som formål å få utfyllende informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud for voksne i kommuner uten frisklivssentral generelt og om organisering, samarbeid, brukermedvirkning og forankring i kommunale planer og budsjett. Dette kapittelet har beskrevet funnene fra tilleggsundersøkelsen, og vi har sett på resultatene for de ulike dimensjonene både på landsnivå og ut fra kommunestørrelse.

Resultatene fra undersøkelsen kan indikere at frisklivs-, lærings og mestringstilbudet i store kommuner uten frisklivssentral er innrettet på en måte som i større grad ligner tilbudet kommuner med frisklivssentraler enn mindre kommuner uten frisklivssentral. Større kommuner har ifølge undersøkelsen et videre spekter av ulike tilbud, større utbredelse av samarbeid internt i kommunen og mer utbredt samarbeid med flere eksterne samarbeidspartnere. Kompetansen blant de ansvarlige for koordinering av tilbudene er også noe bredere blant de største kommunene. Samtidig viser undersøkelsen at andelen kommuner som har et tilbud som er koordinert og satt i en helhetlig sammenheng, er relativt lik på tvers av kommunegruppene. Andelen som oppgir at det er avsatt ressurser til koordinering av tilbudet, er størst i de minste kommunene. Blant disse er det også en stor andel som oppgir at de ikke har etablert frisklivssentral fordi de oppfatter at de har velfungerende alternativer. Det er også flest små kommuner som oppgir at tilbudet er spesifisert i det kommunale budsjettet, men samtidig er det her en lavere andel som har forankret frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene i kommunale planer.

Når det gjelder organiseringen av frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, viser undersøkelsen at tilbudene i størst grad ble gitt hos fysioterapitjenesten og psykisk helsetjeneste. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten sto også for en betydelig andel av tilbudene på landsbasis. Alle disse tre tjenestene utgjorde videre store andeler i både de minste, mellomstore og største kommunene. Ergoterapitjenesten utgjorde en stor andel i den største og mellomste gruppen, men hadde mindre utbredelse i den minste. Fastlegetjenesten spilte en noe mer fremtredende rolle i de minste kommunene, mens NAV i større grad ble oppgitt som tilbyder i de mellomstore kommunene. Ellers var det i de største kommunene større utbredelse av flere tjenester med tilbud enn i de to mindre kommunegruppene. Det er også en tendens til at antallet ulike tjenester som tilbyr frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, er noe større i de største kommunene.

75 prosent av kommunene oppga at kommunale tjenester samarbeider om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Andelen som oppga slikt samarbeid, var relativt lik mellom de ulike kommunegruppene, men dog noe større for de største kommunene. Fysioterapitjenesten, psykisk helsetjeneste og helsestasjons- og skolehelsetjenesten var tjenestene som i størst grad ble oppgitt å samarbeide om tilbudene.

Når det gjelder samarbeid med eksterne aktører, oppga 6 av 10 kommuner samarbeid med disse om frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene. Den mest fremtredende samarbeidspartneren for kommunene i undersøkelsen totalt, og også blant alle de tre kommunegruppene, var frivillige organisasjoner. De største kommune hadde mer utstrakt samarbeid med flere eksterne aktører enn de minste og til dels også de mellomstore kommunene. I tillegg til frivillige organisasjoner var utbredelsen av samarbeid med spesialisthelsetjenesten, private aktører og høyskoler/universiteter/forskningsinstitusjoner også relativt stor i de største kommunene. Disse aktørene utgjorde mindre andeler i de to mindre kommunegruppene, men aller minst blant de minste kommunene.

15 prosent av kommunene oppga samarbeid om tjenestene med andre kommuner/interkommunalt samarbeid, men samtidig oppga nesten 40 prosent at innbyggerne hadde tilgang til frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i andre kommuner. Det var blant de minste kommunene at størst andel kommuner rapporterte at innbyggerne hadde denne muligheten.

3 av 4 kommuner samarbeider med brukere og pårørende om tilbudene. Andelen kommuner som gjør dette, er størst i de største kommunene og noe mindre i de minste. I de største kommunene ser det ut til at brukere og pårørende i større grad er med i større deler av arbeidet, fra kartlegging til planlegging og utvikling, gjennomføring og evaluering. I de minste kommunene er brukere og pårørende i størst grad involvert i kartlegging av behov og gjennomføringen av tilbudene.

Flest kommuner oppga at frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene ble gitt både som kontinuerlige og periodevise tilbud, dette var tilfellet for hele landet samt innenfor hver av de tre kommunegruppene. Andelen var imidlertid størst blant de største kommunene, hvilket nok henger sammen med antallet tilbud og mangfoldet i tilbudene i de største kommunene.

Om lag halvparten av kommunene oppgir at frisklivs- lærings- og mestringstilbudet er koordinert og satt i en helhetlig sammenheng, og andelen er relativt like på tvers av kommunegruppene, dog svakt større i de største kommunene. Blant de største kommunene lå dette ansvaret i størst grad hos én tjeneste, men også i noen grad i et samarbeid mellom tjenester. For de minste og mellomstore kommunene lå

ansvaret i størst grad i et samarbeid mellom tjenester, og i noen grad i et interkommunalt samarbeid. Dette gjaldt i særlig for de minste kommunene.

Når det gjelder å ha avsatt stillingsressurser til koordinering av frisklivs- lærings- og mestringstilbudet, svarte 1 av 3 kommuner at de hadde gjort dette. Andelen som har satt av slike ressurser, er størst blant de minste kommunene og minst blant de største. Når det gjelder kompetansen til ansvarlige for koordinering, så er kompetanse i motiverende intervju mest vanlig. 70 prosent av kommunene oppgir at de ansvarlige har kompetanse i dette. Andelen med kompetanse i motiverende intervju er minst i de minste kommunene (64 prosent) og størst i de største kommunene (80 prosent).

68 prosent av kommunene oppgir at de har forankret frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene i kommunale planer. Andelen som har gjort dette, er størst blant de mellomstore kommunene og minst i de minste. Videre oppgir 1 av 3 kommuner at tilbudene er spesifisert i kommunale budsjett. Andelen er størst i de minste kommunene og minst i de mellomstore.

40 prosent av norske kommuner hadde ikke etablert frisklivssentral i 2019. Kommunene i utvalgsundersøkelsen ble spurt om årsakene til at kommunen har valgt å ikke etablere frisklivssentral. Fire av ti oppgir her at de har velfungerende alternativer. Denne årsaken var særlig fremtredende hos de minste kommunene, her er det også en stor andel som trekker frem at konseptet ikke passer på grunn av spredt bosetning, samt at det er utfordrende å skaffe egnet helsepersonell. Svak kommuneøkonomi og at det ikke er prioritert av politikerne, er nest vanligste årsaker totalt, og de mest fremtredende årsaker blant de største kommunene.

12. Avrundning

Det overordnede formålet med rapporten har vært å bidra til styrking av kunnskapsgrunnlaget om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommuner med og uten frisklivssentraler. Kartleggingene av frisklivssentraler gjennomført av SSB via KOSTRA for rapporteringsårene 2013, 2016 og 2019 har gjort det mulig å se nærmere på denne forebyggende tjenesten i kommunene og hvordan utviklingen har vært i perioden 2013-2019. Samtidig har kartleggingen av kommuner uten frisklivssentraler via KOSTRA for 2019-årgangen gitt kunnskap om hvilke tilsvarende frisklivs-, lærings- og mestringstilbud som finnes i disse kommunene. En tilleggsundersøkelse til et utvalg kommuner uten frisklivssentral har også gitt oss mer informasjon om disse tilbudene med hensyn til blant annet organisering, samarbeid og brukermedvirkning knyttet til tilbudene.

Rapporten har forsøkt å belyse og svare på følgende problemstillinger:

- Hvordan har utviklingen for frisklivssentraler vært fra 2013 til 2019 mht. antall sentraler, organisering, typer aktivitet, deltakere og ansatte-ressurser?
- Hva kjennetegner kommuner/bydeler med og uten frisklivssentraler i 2019, og hvordan er dette sammenlignet med tidligere?
- Hvilke tilbud gir frisklivssentralene i ulike typer kommuner?
- Hvilke instanser henviser deltakere til frisklivssentraler, og hvor mange ble henvist i 2019 sammenlignet med tidligere?
- Hvilket samarbeid er det mellom frisklivssentralene og andre kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester, private tjenesteleverandører, frivillige lag og organisasjoner m.fl. i 2019 sammenlignet med tidligere?
- Hvordan er bruken av elektronisk pasientjournal blant kommuner med frisklivssentral i 2019? Er frisklivssentralen tilknyttet Norsk helsenett, eller har planer om tilknytning?
- Hvilke helsetjenester, som gir støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer, tilbyr kommuner uten frisklivssentral til innbyggerne sine? Hvordan er arbeidet organisert og forankret, og hvem samarbeider om tilbudet? Hva slags kompetanse, grad av brukermedvirkning og digitale verktøy har de?

For alle problemstillingene har det blitt fokusert på å presentere hovedresultatene for 2019-årgangen, samtidig som en har sett på utviklingen i perioden 2013-2019. Resultatene fra kartleggingen av kommuner med frisklivssentral er nærmere omtalt i kapittel 4-9, mens resultatene fra kartleggingen via KOSTRA i 2019 presenteres i kapittel 10 og utvalgsundersøkelsen til kommuner uten frisklivssentral er omtalt i kapittel 11. Det er sett litt nærmere på resultatene fra kartleggingene av kommuner både med og uten frisklivssentral i sammenheng med hverandre, og trukket ut noen av de viktigste funnene.

En utflating i kommuner med frisklivssentral

Ser man på hele perioden 2011-2019, har det vært over en dobling av kommuner som har etablert frisklivssentraler. 262 kommuner, inkludert bydeler i Oslo, (60 prosent) hadde etablert frisklivssentraler i 2019, og 80 prosent av befolkningen var bosatt i kommuner med frisklivssentral. Samtidig har det vært en utflating i andelen kommuner med frisklivssentral de siste årene. I perioden 2015-2019 var det for alle årene rundt 60 prosent av kommunene som hadde etablert tilbudet. En viktig årsak til at det har vært en utflating, er at det er nokså stor gjennomstrømning når det gjelder hvilke kommuner som har tilbudet. Det er stadig nye kommuner som velger å etablere tilbudet, men like mange kommuner velger samtidig å legge ned tilbudet. Det er flest nedleggelsler av tilbudet blant små kommuner, målt i innbyggertall.

Tidligere analyser har vist at kommuner som før har hatt frisklivssentral, men valgt å legge ned, har hatt utfordringer med å videreføre tilbudet etter at etableringstilskuddet (som blir gitt de første tre årene) blir avsluttet. Når tilbudet skal finansieres utelukkende på egne midler, blir dårlig forankring i politisk og administrativ ledelse i kommunen oppgitt som en av hovedårsakene til at tilbudet blir nedprioritert i budsjetter og etter hvert lagt ned (Ekornrud og Thonstad 2018). Tilleggsundersøkelsen blant kommuner uten frisklivssentral viser at rundt 30 prosent i utvalget oppgir både svak kommuneøkonomi og at dette ikke blir prioritert av politikerne som årsaker til hvorfor de ikke har etablert tilbudet.

Færrest frisklivssentraler i de minste kommunene, flest i de største

Det er forskjeller i andelen kommuner med frisklivssentraler etter regionale bakgrunnskjennetegn. Fordelt etter fylke er det store forskjeller i andelen kommuner som har etablert tjenesten i 2019. Kartleggingen viser at arbeidet med å etablere frisklivssentraler har fått bedre fotfeste i enkelte fylker enn andre. Flertallet av fylker har likevel hatt en økning eller uendret andel kommuner med frisklivssentral i perioden 2016-2019. Samtidig er det også fylker hvor det har vært en nedgang i samme periode.

Det er forskjeller mellom kommuner som har etablert frisklivssentral etter kommunistørrelse og sentralitet. Andelen med frisklivssentral er minst i lite sentrale kommuner med få innbyggere, og øker jevnt med voksende befolkning og sentralitet. I perioden 2016-2019 er tendensen at forskjellen i andel med frisklivssentral mellom små og store kommuner, har økt.

Årsakene til at det er flest kommuner uten frisklivssentral blant de minste kommunene i mindre sentrale strøk kan være flere og sammensatte. Resultatene kan likevel tyde på at flere av de minste kommunene i mindre sentrale strøk ikke vurderer frisklivssentral som en like formålstjenlig måte å organisere det helsefremmende og forebyggende helsetilbudet som større og mer sentrale kommuner. Det er også blant de minste kommunene at det var flest nedleggelse av frisklivssentraler i perioden 2015-2019. Et lite befolkningsgrunnlag, spredt bosetning og utfordringer med tilgang på kvalifisert personell kan i seg selv være årsaker til at små kommuner ikke ser på frisklivssentraler og de mange gruppetilbudene her, som den beste løsningen å organisere de forebyggende og helsefremmende tilbudene på. Resultatene fra case-studier og telefonintervju med mindre kommuner fra tidligere analyser (Ekornrud og Thonstad 2018) bekrefter på god vei dette.

At forskjellene blir større mellom små og store kommuner når det gjelder etablering av frisklivssentraler, kan gi grunn til å reise spørsmålet om det er like formålstjenlig å etablere frisklivssentraler i små kommuner som i store kommuner. Enkelte kommuner uten frisklivssentral som var med i telefonintervjuene i forbindelse med forrige rapport nevnte at spredt bosetning gjorde det vanskelig å drive en frisklivssentral eller uaktuelt å etablere tilbudet. Det ble ellers etterlyst en frisklivsveileder som var bedre tilpasset små kommuner. Resultatene fra utvalgsundersøkelsen blant kommuner uten frisklivssentraler viser ellers at de viktigste årsakene til at kommuner under 5 000 innbyggere ikke velger å etablere tilbudet, er at de har velfungerende alternativer, at konseptet passer dårlig på grunn av spredt bosetning, svak kommuneøkonomi og at de har utfordringer med å skaffe egnet personell

Kommunereformen som trådte i kraft fra 1.1.2020 har gitt færre kommuner i landet totalt, men flertallet av de minste kommunene har forblitt små. Andelen kommuner med under 5 000 innbyggere utgjør fremdeles rundt halvparten av alle kommunene også etter kommunereformen. Det er derfor grunn til å tro at utfordringer med å få

flere små kommuner i mindre sentrale strøk til å etablere frisklivssentraler vil vedvare i årene som kommer. Det er samtidig verdt å nevne at frisklivssentraler i kommuner med under 5 000 innbyggere utgjør 37 prosent av alle frisklivssentralene i landet. Det viser at det er fullt mulig å etablere frisklivssentraler i mindre kommuner.

Færre kommuner samarbeider om frisklivssentral

Andelen kommuner som samarbeider med andre kommuner om frisklivssentral, er redusert i perioden 2013-2019. Det er i hovedsak andelen samarbeidende kommuner uten interkommunalt samarbeid som har gått ned. Blant alle kommunene som har etablert frisklivssentraler, var det 37 prosent som hadde inngått samarbeid med andre kommuner i 2019. 16 prosent har inngått et interkommunalt samarbeid, mens 21 prosent som samarbeider uten en form for interkommunalt samarbeid.

Det er store forskjeller i andelen kommuner som velger å samarbeide fordelt etter regionale bakgrunnskjenntegn. Fordelt etter fylker viser tallene at 83 prosent av kommunene med frisklivssentral samarbeidet i fylket med størst innslag av samarbeid, mens tilsvarende tall bare var 4 prosent i fylket med minst samarbeid. Fordelt etter kommunestørrelse viser resultatene at andelen kommuner med frisklivssentral som samarbeider er minst i de minste kommunene og øker med voksende befolkning fram til i kommunene med over 50 000 innbyggere hvor andelen med samarbeid er omtrent like liten som i de aller minste kommunene. Tendensen er ellers at andelen som velger å samarbeide går ned i alle kommunegrupper i perioden 2016-2019.

Gjennomgangen av kommuner som velger å inngå interkommunalt samarbeid, viser ellers at geografisk nærhet ser ut til å være den mest avgjørende faktoren for samarbeid. Små kommuner velger å samarbeide med nabokommuner, som oftest på samme størrelse. Større kommuner velger å samarbeide med andre store nabokommuner. I 2019 er det ellers ingen kommuner som har oppgitt at de samarbeider på tvers av fylkesgrensene. Interkommunalt samarbeid om ett eller flere av tilbudene ved frisklivssentralene med én annen kommune er det vanligste, men det er flere som samarbeider med tre andre kommuner enn med to.

At andelen som samarbeider er størst i de minste kommunene tyder på at små kommuner ser på det som formålstjenlig å samarbeide med andre om tilgjengelig personell med relevant fagkompetanse og ulike kurstilbud, og at dette er nødvendig for å gi innbyggerne et tilfredsstillende tilbud ved frisklivssentralene.

Økning i årsverk ved frisklivssentralene

Det var 306 årsverk ansatt ved frisklivssentraler i 2019, som er en økning på 24 prosent fra 2016 og 60 prosent fra 2013. Fysioterapeuter var den klart største yrkesgruppa og utgjorde over halvparten av årsverkene, mens sykepleiere er den nest største yrkesgruppen. Tallene viser ellers at det er mye ulikt personell med diverse utdanninger innenfor helse, ernæring, trening og pedagogikk som jobber ved frisklivssentralene. Målt i årsverk viser tallene samtidig at frisklivssentraler er en liten helsetjeneste og utgjør bare 0,2 prosent av det totale antallet helsepersonell ansatt i kommunene. 306 årsverk utgjør i gjennomsnitt 1,2 årsverk per kommune som har etablert frisklivssentral, og 0,7 årsverk per 10 000 innbyggere i kommuner med tilbudet i 2019, som er en økning fra både 2013 og 2016.

Tallene viser ellers forskjeller i dekningsgrad av personell ved frisklivssentralene etter regionale bakgrunnskjenntegn. Dekningsgraden er høyest i de små kommunene og lavest i de store. Resultatene kan tyde på at når en først etablerer frisklivssentraler i de minste kommunene, blir det avsatt relativt mange

årsverksressurser sammenlignet med i større kommuner, og at frisklivstilbudet utgjør en større del av det totale forebyggende helsearbeidet enn i større kommuner. En sammenligning mellom årene 2013, 2016 og 2019 etter de ulike regionale inndelingene, viser de samme tendensene for alle de tre årene. Samtidig er det en økning i dekningsgraden for frisklivssentralene i så å si alle kommunestørrelsene i 2019 sammenlignet med tidligere.

Forskjellen i dekningsgrad mellom små og store kommuner følger ellers dekningsgraden av årsverk for helse- og omsorgstjenestene i kommunene generelt og innenfor forebyggende helsearbeid spesielt. En årsak er at det kreves en viss grunnbemanning for å etablere en tjeneste uavhengig av hvor mange som benytter seg av tilbudet. Lavere dekningsgrad i større kommuner kan tyde på at en oppnår stordriftsfordeler, som gjør det mulig å tilby de samme tjenestene med færre årsverk. Samtidig har de store kommunene trolig et større utvalg av andre forebyggende tilbud utenfor frisklivssentralene som deltakere kan henvises videre til. Resultatene fra kartleggingene av tilbudene ved frisklivssentraler i 2013, 2016 og 2019 viser at det er de største kommunene som har bredest utvalg av tilbud. Samtidig viste intervjuene med kommunene med frisklivssentral fra tidligere analyser at de ansatte ved sentralene også var opptatt av å henvide deltakere til andre tilbud i kommunen i de tilfellene der det var mer hensiktsmessig. Det er med andre ord ikke en målsetning ved sentralene at antallet på ansatte og deltakere skal øke dersom det allerede fins gode tilbud andre steder i kommunen.

Flere benytter seg av tilbudene ved frisklivssentralene

Det var i underkant av 30 000 personer som deltok ved ett eller flere av tilbudene ved frisklivssentralene i 2019. Dette er en økning på 9 prosent fra 2016. Om lag halvparten av deltakerne var henvist til frisklivssentralen, mens den andre halvparten deltok uten henvisning. Nær alle frisklivssentraler fikk henvist personer fra fastlege. Samtidig ble det også henvist deltakere fra blant andre øvrige kommunale helsetjenester, NAV og Spesialisthelsetjenesten. En sammenligning mellom 2016 og 2019 viser at andelen deltakere med henvisning har gått noe ned mellom de tre årene.

Resultatene viser ellers at det er forskjeller i antall deltakere per frisklivssentral både mellom fylke, etter kommunestørrelse og kommunesentralitet. Mens det var flest deltakere per kommune med frisklivssentral i Vestfold, var det færrest i Sogn og Fjordane. Det er færrest som benytter tilbudet i små kommuner og flest i store kommuner. De samme tendensene gjelder for kommunesentralitet hvor det er færrest deltakere i minst sentrale kommuner og flest i mest sentrale kommuner. Samtidig er forskjellene mellom små og store kommuner og mellom mindre sentrale og sentrale kommuner blitt større når det gjelder deltakere per kommune med frisklivssentral mellom 2016 og 2019.

At antallet deltakere i gjennomsnitt er mindre i små og mindre sentrale kommuner sammenlignet med større og mer sentrale kommuner, er ikke overraskende. Befolkningsgrunnlaget er mindre i de små kommunene og det vil følgelig være færre personer som deltar på de ulike tilbudene ved frisklivssentralene. Dersom man ser på antall deltakere i forhold til innbyggertallet i kommunene, viser resultatene derimot at andelen av innbyggerne som deltar på ett eller flere av kurstilbudene, er høyere i små og mindre sentrale kommuner i 2019. Det tyder på at de små kommunene med frisklivssentral klarer å inkludere mange av innbyggerne i kursene og tilbudene, og at frisklivssentralen spiller en viktig rolle i det helsefremmende og forebyggende helsetilbudet i små kommuner som faktisk velger å etablere tilbudet.

På den annen side kan man reise spørsmålet om antall deltakere i forhold til innbyggertallet potensielt burde vært høyere enn det er i større og sentrale kommuner. Andelen potensielle deltakere i befolkningen burde være like i disse kommunene som små kommuner i mindre sentrale strøk. Samtidig kan det hende at det finns flere andre relevante helsefremmende og forebyggende tilbud i større kommuner som frisklivssentralene i disse kommunene kan henvise til. Hvis dette er tilfelle, får frisklivssentraler i større kommuner en kanskje enda viktigere oppgave enn i små kommuner med å henvise potensielle deltakere til andre tilbud i kommunen som ikke blir gitt i regi av frisklivssentralene.

Grunnlagstallene viser at det er store variasjoner mellom fylkene når det gjelder hvor stor andel av befolkning som deltar på ett eller flere av tilbudene ved frisklivssentralene. Mens deltakerne utgjør 1,1 prosent av befolkningen i Nordland og Telemark, utgjør den bare 0,3 prosent av befolkningen i Oslo og Hordaland. Det er lite som tyder på at det er så store forskjeller i størrelsen i målgruppene som potensielt kan benytte seg av tilbudene ved frisklivssentraler på tvers av fylkene. Det kan være et uttrykk for at enkelte fylker velger å organisere forebyggende helsearbeid på andre måter.

En gjennomgang av alle kurs og tilbud gitt ved frisklivssentraler viser at det er regionale forskjeller både når det gjelder andelen kommuner som har de ulike tilbudene, og personer som deltar på de ulike kursene sett i forhold til innbyggertall. Tendensen er at tilbudet er mer omfattende i store kommuner sammenlignet med i små. Samtidig er antall deltakere i forhold til innbyggertallet høyest i små kommuner. Når det gjelder utviklingen mellom 2016 og 2019, er det relativt små endringer i andelen kommuner med frisklivssentraler som tilbyr ulike kurs. De mest utbredte kursene og tilbudene i 2016 er fremdeles de mest utbredte i 2019. Det er flest deltakere i forhold til innbyggere i kommuner med frisklivssentraler som har eksistert over lengre tid sammenlignet med relativt nyetablerte sentraler. Dette tyder på at det tar tid å forankre tilbudet i kommunen, bygge opp kompetanse til å gjennomføre flere tilbud og gjøre det kjent for innbyggerne.

Frisklivsresept og grupper for fysisk aktivitet er de vanligste tilbudene

Når det gjelder kurs og tilbud som blir gitt ved frisklivssentraler, er det en relativt stabil andel kommuner som tilbyr de ulike tilbudene. Det har vært nedgang i andelen kommuner som tilbyr enkelte kurs, samtidig som det har vært en økning i andelen som tilbyr andre kurs. Dette kan være et uttrykk for en dreining i prioriteringer av hvilke kurs og tilbud som blir vurdert som mest relevante for deltakerne. Basistilbudene frisklivsresept, gruppetilbud fysisk aktivitet og Bra mat-kurs er tilbudene som flest kommuner tilbyr deltakerne i 2019. Det har ellers vært en økning i antall deltakere på nær samtlige kurs og tilbud i 2019.

Det er forskjeller i utbredelsen av tilbudene etter regionale bakgrunnskennetegn. Resultatene viser at større og mer sentrale kommuner tilbyr flere type kurs og samlinger for innbyggerne sammenlignet med små og mindre sentrale kommuner. I små kommuner i mindre sentrale strøk er det mer vanlig å bare tilby basistilbudene enn i større kommuner i sentrale strøk. Samtidig er andelen kommuner som tilbyr enkelte kurs større i små kommuner enn i større kommuner.

Det er store forskjeller i hvor mange deltakere som har benyttet de ulike tilbudene sentralene tilbyr. En sammenligning viser at det totale antallet deltakere på landsbasis har økt for nær alle kurs og tilbud mellom 2016 og 2019. Unntakene er tilbud som gjelder snus- og røykeslutt, samt tilbud tilrettelagt for barn, unge og deres familier.

Det er regionale forskjeller når det gjelder antall deltakere som benytter de ulike tilbudene i 2019. Sett i forhold til innbyggertallet i kommuner med frisklivssentral, er det likevel en tendens til at det er flest deltakere i små og mindre sentrale kommuner. Tendensen er nokså lik både i 2016 og 2019 med unntak for noen tilbud. En av årsakene til dette kan være at små kommuner med frisklivssentral velger dette som hovedtilbudet for det forebyggende helsearbeidet i kommunen, og slik inkluderer en større andel av innbyggerne. I større kommuner kan det være at innbyggerne i større grad benytter seg av andre eksisterende og fullgode tilbud i enten kommunal, privat eller frivillig sektor. I slike tilfeller kan kommunene se på det som lite hensiktsmessig å tilby denne type kurs, men heller konsentrere ressursene om å tilby kurs det er en reell etterspørsel etter blant innbyggerne. Det er ellers slik at omfanget av kurs som blir gitt i kommuner med frisklivssentraler som har eksistert over lengre tid, er mer omfattende enn i kommuner med relativt nyetablerte sentraler. Dette tyder på at det tar litt tid å bygge ut tilbudet ved sentralene i form av flere kurs.

Intervju med fylkesmannsembetene og kommuner med frisklivssentral i forbindelse med tidligere analyser støtter opp om funnene fra kartleggingen i 2019. Det er vanlig å starte med basistilbud for så å utvide med flere kurs og tilbud etter hvert. Det er samtidig interessant å se at i de små kommunene som faktisk har etablert frisklivssentral, så er det en større andel av befolkningen som benytter seg av tilbudet enn i større kommuner. Som tidligere nevnt er frisklivssentral en relativt liten helsetjeneste målt i ansatte årsverk og utgifter, men tilbudet når likevel mange deltakere. Det at det er i gjennomsnitt 97 deltakere per årsverk ved en frisklivssentral viser at tilbudet kan inkludere mange med relativt lite årsverksressurser. Organiseringen av flere av tilbudene som gruppeaktivitet tillater dette. Antall deltakere per årsverk har likevel en grense, og det er rimelig å anta at en økning i antall deltakere per årsverk etter hvert vil gå utover tilbudet som blir gitt ved sentralene.

Frisklivssentralene samarbeider med offentlige, frivillige og private aktører

I frisklivsveilederen blir det anbefalt at tjenesten skal forankres i kommunale planer og budsjett og bli organisert slik at det kan legges til rette for samarbeid med andre forebyggende tjenester. At frisklivssentralene samarbeider med andre aktører innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester, andre aktuelle kommunale-, fylkeskommunale- og offentlige tilbud er viktig både før og etter deltakerne har vært innom frisklivssentralen. Samarbeid med spesialisthelsetjenestene, aktuelle frivillige og private aktører vil være avgjørende for en tidlig innsats. I etableringsfasen av frisklivssentraler blir kommunene oppfordret til å kartlegge og kontakte aktuelle samarbeidspartnere. I tillegg bør en kartlegge og få oversikt over andre lavterskeltilbud som finnes. I mange tilfeller kan det være like hensiktsmessig å henvise personer som møter opp på frisklivssentral videre til andre tilbud i kommunal, privat eller frivillig sektor. Dette blir en vurdering de ansatte ved frisklivssentralene gjør i samråd med deltakerne og de aktuelle samarbeidspartnere.

Resultatene fra kartleggingen viser at nær alle frisklivssentraler har inngått samarbeid med én eller flere andre aktører. Det er et stort mangfold av aktører sentralene har valgt å samarbeide med. Henvisinger fra fastlege til frisklivsresept virker å være en grunnleggende del av tilbudet ved alle sentralene, og 95 prosent har et samarbeid med fastlegetjenesten. I tre av fire frisklivssentraler er det et samarbeid med helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tre av fem sentraler har inngått samarbeid med spesialisthelsetjenesten, nesten sju av ti har inngått samarbeid med frivillige lag og organisasjoner og halvparten har inngått samarbeid med private aktører.

Utviklingen i perioden 2013-2019 har vært relativt stabil for de ulike aktørene frisklivssentraler samarbeider med. Den største endringen var for andre kommunale lærings- og mestringstilbud, som økte fra 21 prosent til 58 prosent i perioden. I 2019 ble jordmortjenesten inkludert som svaralternativ, og hver tredje sentral rapporterte samarbeid med tjenesten.

Det er en klar tendens til at de største og mest sentrale kommunene samarbeider mer med andre aktører enn små kommuner i mindre sentrale strøk. En årsak kan være at de førstnevnte i større grad har kartlagt, fått oversikt og promotert tilbudet overfor potensielle samarbeidspartnere i nærområdet. En annen årsak er trolig at det finnes flere mulige samarbeidspartnere i større kommuner i sentrale strøk. De regionale forskjellene når det gjelder samarbeid, er relativt stabile i perioden 2013-2019.

Tidligere intervjuer med fylkesmannsembetene og kommuner med frisklivssentral støtter funn fra kartleggingen i 2019. Samarbeid med andre aktører er en helt nødvendig forutsetning for at frisklivssentralene skal fungere etter hensikten. Dette gjelder både i forbindelse med henvisninger av deltakere til frisklivssentralene og når perioden ved frisklivssentralene er over og deltakerne skal sluses videre til andre tilbud i kommunen. Tilleggsundersøkelsen blant kommuner uten frisklivssentral viser også at samarbeid med andre aktører er helt nødvendig for at frisklivs- lærings- og mestringstilbudene skal fungere etter hensikten for disse kommunene. For kommuner uten frisklivssentral er utbredelsen av samarbeid med ulike aktører om tilbudene størst blant de største kommunene.

Kommuner med frisklivssentral bruker mer per innbygger på forebyggende helsetjenester

Kommuner med frisklivssentral bruker noe mer på forebyggende helsetjenester per innbygger enn kommuner uten frisklivssentral i 2019. Det ble brukt 1,88 milliarder kroner totalt til annet forebyggende helsearbeid i kommunene i 2019. Dette utgjør 1,3 prosent av de totale utgiftene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ca. 83 prosent av utgiftene til annet forebyggende helsearbeid ble brukt i kommuner med frisklivssentral, mens de resterende 17 prosentene ble brukt i kommuner uten frisklivssentraler. Det ble brukt 364 kroner per innbygger i kommuner med frisklivssentral på annet forebyggende arbeid, mens det tilsvarende tallet var 295 kroner i kommuner uten frisklivssentral.

Fordelt etter fylke viser resultatene at det i 13 av 18 fylker er kommuner med frisklivssentral som bruker mest kroner per innbygger på annet forebyggende helsearbeid. Det er ellers nokså store forskjeller mellom fylkene når det gjelder hvor mye som blir brukt per innbygger på forebygging. Fordelt etter kommune- størrelse og sentralitet er det en generell tendens til at forbruket er høyest i små kommuner i mindre sentrale strøk og store kommuner i mest sentrale strøk. I tillegg er det en tendens til at forskjellene i utgifter per innbygger mellom kommuner med og uten frisklivssentral er størst i små kommuner i mindre sentrale strøk. Dette kan være et uttrykk for at fokus på forebygging er særlig stort i de små kommunene som har etablert frisklivssentral. Noe som underbygger dette, er at deltakerne ved frisklivssentraler utgjør en større andel av befolkningen i små kommuner i mindre sentrale strøk enn i større kommuner i sentrale strøk. Økningen i både deltakere og årsverk ved frisklivssentralene mellom 2016 og 2019 vil også føre til større utgifter knyttet til driften av frisklivssentraler.

I større og mer sentrale kommuner er forskjellene i utgifter per innbygger brukt på forebygging mindre mellom kommuner med og uten frisklivssentral. Det kan tyde på at store kommuner uten frisklivssentral også prioriterer forebygging, men i form av andre tilbud og tjenester. I tilleggsundersøkelsen blant kommuner uten

frisklivssentral oppgir mange kommuner svak kommuneøkonomi og at frisklivssentraler ikke er prioritert av politikerne som årsaker til at de ikke har etablert tilbudet. Dette underbygger til dels resultatene som viser at kommuner med frisklivssentral bruker mer på forebygging enn kommuner uten frisklivssentral. Det er viktig å understreke at utgiftene til forebyggende helsearbeid inkluderer flere deltjenester enn frisklivssentral. Det er med andre ord ikke mulig å slå fast om kommuner med frisklivssentral bruker mer per innbygger på grunn av at de produserer flere forebyggende helsetjenester enn kommuner uten frisklivssentral eller. Samtidig viser tallene for 2019 at utbredelsen av ulike frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommuner uten frisklivssentral stort sett er mindre enn i kommuner med frisklivssentral.

Frisklivs-, lærings og mestringstilbudet i kommuner uten frisklivssentral er mest utbredt i store kommuner

Kommunene står fritt til å organisere det helsefremmende og forebyggende helsearbeidet på den måten kommunen ønsker og anser som mest formålstjenlig. Det er tidligere blitt gjennomført casestudier og telefonintervju for å få mer kunnskap om hvilke frisklivs-, lærings- og mestringstilbud som finnes i kommuner uten frisklivssentral (Ekornrud og Thonstad 2016 og 2018). Funnene fra disse studiene viste blant annet at de fleste kommunene i undersøkelsen ikke har tilsvarende forebyggende og helsefremmende lavterskeltilbud som tilbys ved frisklivssentraler. Små kommuner i mindre sentrale strøk uten frisklivssentraler oppga at de sliter med tilgang på relevant personell. I tillegg er det flere kommuner som ønsker å etablere frisklivssentral en gang i framtiden, men opplever blant annet at terskelen iht. veilederen for frisklivssentraler er for høy. Penger og personellressurser knyttet til forebyggende helsetilbud taper ofte i kamp med andre mer konkrete lovpålagte helsetjenester i kommunene, og manglende forankring i politisk og administrativ ledelse er ofte en årsak til at det ikke har blitt etablert frisklivssentral. Alle kommuner i tidligere studier så behov for flere forebyggende tilbud uten at det forelå konkrete planer om å etablere nye tilbud.

I takt med at flere kommuner har etablert frisklivssentral de siste ti årene, har andelen kommuner uten frisklivssentral blitt redusert. Det er relativt store regionale forskjeller når det gjelder kommuner som ikke har etablert frisklivssentral. Fordelt etter fylker viser tallene blant annet at mens 70 prosent av kommunene i Hordaland var uten frisklivssentral, var det ingen kommuner uten frisklivssentral i Vest-Agder i 2019. Fordelt etter kommunestørrelse viser tallene at andelen uten frisklivssentral er størst i kommunene med færrest innbyggere, og minst i kommunene med flest innbyggere. Tallene fordelt etter sentralitet viser de samme tendensene; Andelen kommuner uten frisklivssentral er størst i de minst sentrale kommunene og minst i de mest sentrale kommunene.

Selv om kommuner ikke har frisklivssentral, kan de tilby kurs og tilbud som oppfyller kravene om at de skal være strukturerte og tidsavgrensede når det gjelder oppfølging med individuell og grupperettet veiledning til voksne over 18 år. I tillegg kan de tilby andre kurs som vanligvis blir tilbudt ved frisklivssentraler. Kartleggingen viser at 71 prosent av kommunene uten frisklivssentral tilbyr ett eller flere frisklivs-, lærings- og mestringstilbud til innbyggerne sine over 18 år, mens 29 prosent oppgir at de ikke har noen av tilbudene.

Blant kommuner uten frisklivssentral er det mest vanlig å tilby kurs og tilbud innenfor fysisk aktivitet (53 prosent), mens det er mindre vanlig å tilby kurs som omfatter sunnere kosthold (25 prosent) og snus- og røykeslutt (14 prosent). Til sammenligning tilbød 96 prosent av kommuner med frisklivssentraler gruppetilbud innenfor fysisk aktivitet, 62 prosent Bra mat kurs, 53 prosent individuell snus- og røykesluttveiledning og 28 prosent snus- og røykesluttkurs. Resultatene viser med

andre ord at andelen som tilbyr disse kursene, er størst blant kommuner med frisklivssentral. Fordelt etter regionale bakgrunns kjennetegn er tendensen også her at Andelen kommuner som har de ulike tilbudene øker med kommunestørrelse.

I flere kommuner uten frisklivssentral blir det også gitt andre tilbud som vanligvis blir gitt ved frisklivssentraler. 34 prosent av kommunene uten frisklivssentral tilbyr andre frisklivs, lærings- og mestringstilbud. Videre tilbyr 25 prosent av kommunene uten frisklivssentral kurs i depresjonsmestring (KID) og 18 prosent kurs i belastningsmestring (KIB). 20 prosent av kommunene uten frisklivssentraler oppgir at de tilbyr diagnosespesifikke kurs/gruppetilbud. 5 prosent av kommunene uten frisklivssentral tilbyr søvnkurs, mens 36 prosent av kommunene med frisklivssentral tilbyr tilsvarende tilbud. Sammenligner vi kommunene uten frisklivssentral med kommuner med frisklivssentral for disse tilbudene, er det generelt slik at andelen som tilbyr tilsvarende kurs og tilbud i kommuner med frisklivssentral er større. Fordelt etter regionale bakgrunnskjennetegn er tendensen omtrent den samme for disse tilbudene i kommuner uten frisklivssentral som i kommuner med frisklivssentral. Med enkelte unntak er utbredelsen av de ulike tilbudene minst i små kommuner i mindre sentrale strøk og størst i store kommuner i sentrale strøk.

Tilleggsundersøkelsen for kommuner uten frisklivssentral viser at det er mest vanlig å tilby frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i fysioterapitjenesten og psykisk helsetjeneste i kommunen (begge med 66 prosent). Videre tilbyr 56 prosent av kommunene tilbud i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og 37 prosent i ergoterapitjenesten. 24 prosent oppgir øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester, mens 22 prosent oppgir at de har tilbud i regi av NAV. 5 prosent oppgir frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i regi av kommunalt lærings- og mestringssenter. Fordelt etter kommunestørrelse er den generelle tendensen at antall tjenester som har tilbud øker med kommunestørrelse.

3 av 4 kommuner oppgir at kommunale tjenester samarbeider om frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene sine. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste, psykisk helsetjeneste og fysioterapitjenesten er tjenester som i størst grad inngår som en del av et slikt samarbeid med hhv. 46, 51 og 56 prosent. Fordelt etter kommunestørrelse er det nokså lik andel som oppgir at ulike tjenester samarbeider om tilbudene. Samtidig varierer det noe hvilke tjenester som det er mest vanlig å samarbeide i ulike kommunegrupper.

6 av 10 kommuner oppgir at de samarbeider med eksterne aktører om tilbudene. Frivillige organisasjoner, spesialisthelsetjenesten og private aktører er de mest vanlige samarbeidspartnere. Fordelt etter kommunestørrelse viser resultatene at andelen som samarbeider med eksterne, øker med kommunestørrelse. Samtidig varierer det noe hvilke aktører det er mest vanlig å samarbeide med i ulike kommunegrupper. Samtidig som 15 prosent av kommunene oppga at de hadde samarbeid med andre kommuner eller interkommunalt samarbeid om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, oppga 37 prosent av kommunene totalt at innbyggerne hadde tilgang på slike tilbud i andre kommuner.

76 prosent av kommunene rapporterer at de samarbeider med brukere og pårørende om frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene. Litt over halvparten samarbeider med brukere og pårørende i gjennomføringen av tilbud, 44 prosent i kartleggingen av behov for tilbud og 39 prosent i planleggingen og utviklingen av tilbud, mens 17 prosent samarbeider med brukere og pårørende i evalueringsarbeid eller forskning.

Kommunene i utvalget ble spurt på hvilken måte frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene ble gitt, om det var som kontinuerlige tilbud, som periodevise tilbud eller

både som kontinuerlige og periodevise tilbud. Totalt svarte 56 prosent at tilbudene ble gitt som både kontinuerlige og periodevise tilbud. 10 prosent svarte at det ble gitt som kontinuerlige tilbud, og en noe større andel, 22 prosent, at de ble gitt som periodevise tilbud. Fordelt etter kommunestørrelse viser tallene at andelen med kombinasjon mellom kontinuerlige og periodevise tilbud øker med kommune-størrelse. Dette henger nok sammen med at utbredelsen av ulike tilbud som blir gitt, er størst i de største kommunene.

Når det gjelder koordinering av tilbudene, er det flere enn halvparten av kommunene som oppgir at de har tilbud som er koordinert og satt i en helhetlig sammenheng. Det mest vanlige var at koordineringsansvaret lå i et samarbeid mellom flere tjenester, mens det nest mest vanlige var at ansvaret lå i én kommunal tjeneste. Om lag 30 prosent av kommunene oppgir at det er satt av stillingsressurser til koordinering av tilbudene, og den vanligste kompetansen blant de ansvarlige for tilbudene er motiverende intervju (70 prosent), men kognitiv adferdsterapi var den nest vanligste. Fordelt etter kommunestørrelse er andelen med ulik kompetanse størst i de største kommunene og minst i de minste.

Når det gjelder forankring i kommunale planer og budsjett, viser tallene at rundt 68 prosent av kommunene oppgir at de har forankret de ulike frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene i kommunale planer. 29 prosent oppgir at tilbudene er spesifisert i kommunale budsjett. Slik forankring gir føringer på at dette er prioritert av kommunen, og kan gi forutsigbarhet for dem som jobber med tilbudene. Fordelt etter kommunestørrelse er andelen som har forankret tilbudene i kommunale planer, størst i mellomstore kommuner og minst i små. For spesifisering av tilbudene i kommunale budsjett er andelen størst blant små kommuner og minst i de mellomstore.

3 av 10 kommuner bruker digitale verktøy i gjennomføring av ulike kurs og tilbud, mens 37 prosent oppgir at de planlegger å ta i bruk digitale verktøy i fremtiden. Det er mest vanlig å bruke apper og E-læringsprogram, mens det er minst vanlig å bruke video og andre digitale verktøy. Det er i mellomstore kommuner at bruken av digitale verktøy er mest utbredt. I de største kommunene i utvalget er det ingen kommuner som oppgir at de bruker digitale verktøy i gjennomføring av ulike kurs og tilbud.

40 prosent av kommunene uten frisklivssentral oppgir at de har velfungerende alternativt tilbud

Det er tidligere blitt avdekket flere ulike årsaker til at kommuner har valgt å ikke etablere frisklivssentral. Dårlig forankring i politisk og administrativ ledelse, svak kommuneøkonomi, manglende tilgang på personell og spredd bosetning i kommunen er noen av årsakene som har blitt oppgitt i tidligere intervju med kommuner uten frisklivssentral.

I tilleggundersøkelsen til kommuner uten frisklivssentral ble kommunene bedt om å svare på om de har etablert frisklivssentral i løpet av 2020, eller har planer om å etablere det i nærmeste framtid. De kommunene som ikke hadde etablert frisklivssentral eller hadde planer om å gjøre det ble spurt om hva som var grunnen til at de ikke hadde etablert tilbudet. 24 prosent oppgir at de enten har etablert frisklivssentral i 2020 eller har planer om å gjøre det i nærmeste framtid. Andelen er størst blant små kommuner og minst blant mellomstore kommuner.

At kommunen har velfungerende alternativer, blir oppgitt som den vanligste årsaken til at kommuner ikke har etablert frisklivssentral (39 prosent). 35 prosent oppgir svak kommuneøkonomi som årsak, mens 26 prosent oppgir at etablering av frisklivssentral ikke er prioritert av politikerne. 19 prosent oppgir at konseptet ikke

passer på grunn av spredt bosetning i kommunen, mens 13 prosent oppgir at det er vanskelig å skaffe egnet helsepersonell. 6 prosent oppgir at kravene i Helse- direktoratets frisklivsveileder er for omfattende til at de har etablert en sentral. 10 prosent av kommunene oppgir at temaet etablering av frisklivssentral ikke har vært diskutert.

Årsaker til at kommuner ikke har etablert frisklivssentral, varierer noe etter kommunistørrelse. I de minste kommunene er de vanligste årsakene at kommunen har velfungerende alternativer, svak kommuneøkonomi, at konseptet ikke passer inn på grunn av spredt bosetning og/eller vanskeligheter med å skaffe egnet personell. I de mellomstore og store kommunene er det at det ikke er prioritert av politikere og svak kommuneøkonomi, som blir oppgitt som de viktigste årsakene.

Resultatene fra kartleggingen i KOSTRA og tilleggsundersøkelsen av kommuner uten frisklivssentraler viser at det er en betydelig andel kommuner som tilbyr tilsvarende frisklivs-, lærings og mestringstilbud som tradisjonelt blir gitt ved frisklivssentraler. Samtidig viser tallene at utbredelsen av de ulike tilbudene er gjennomgående størst blant kommuner med frisklivssentral. Fordelt etter kommunistørrelse følger utbredelsen av de ulike tilbudene blant kommuner uten frisklivssentral de samme mønstrene som for kommuner med frisklivssentral: Utbredelsen er minst i små kommuner i mindre sentrale strøk og størst i store kommuner i sentrale strøk.

Tilleggsundersøkelsen gir nyttig informasjon om hvordan frisklivs- lærings- og mestringstilbudene er i kommuner uten frisklivssentral når det blant annet gjelder organisering, forankring, kompetanse og koordinering. Selv om resultatene ikke er like entydige her, er det en tendens til at store kommuner uten frisklivssentral har et mer omfattende tilbud som ligner mest på tilbudene som blir gitt innenfor rammen av en frisklivssentral med hensyn til organisering, kompetanse og på hvilke måter tilbudene blir gitt. Det er ellers interessant å se at 40 prosent av kommunene uten frisklivssentral oppgir at de har velfungerende alternativ, og at andelen er enda større blant små kommuner. I tillegg er det en betydelig andel av de minste kommunene som oppgir at konseptet ikke passer for dem på grunn av spredt bosetning.

Referanser

- Ekornrud, T. & Thonstad, M. (2016): Frisklivssentraler i norske kommunar: Kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod, Rapport 2016/07, Statistisk sentralbyrå <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentraler-i-kommunane>
- Ekornrud, T. & Thonstad, M. (2018): Frisklivssentraler i norske kommunar 2013-2016: Kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod i perioden 2013-2016, Rapport 2018/27, Statistisk sentralbyrå
- Ekornrud, Trond: Førebygging i kommunal helseteneste: Frisklivssentralane i frammarsj, Samfunnsspeilet utgåve 3, 2016, Statistisk sentralbyrå <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentralane-i-frammarsj>
- Helsedirektoratet (2019): Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering. Veileder. IS-1896 (www.helsedirektoratet.no)
- 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>)
- Meld. St. 47 (2009- 2010). Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Meld. St. 16 (2010–2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>
- Riksrevisjonen (2015): Undersøkelse av offentlig helsearbeid. Rapport. 3:11 (2014-2015) (www.riksrevisjonen.no)

Vedlegg A: Bruken av elektronisk pasientjournal og tilknytning til Norsk helsenett blant kommuner med frisklivssentral

Veilederen for kommunale frisklivssentraler beskriver at:

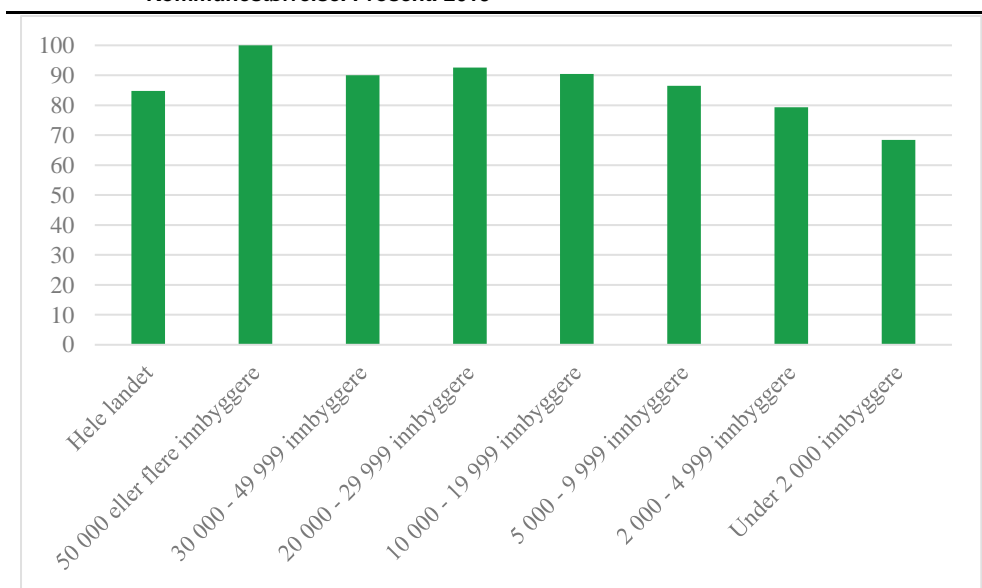
«Kommunen skal legge til rette for at helsepersonell kan ivareta sine lovpålagte oppgaver på en forsvarlig måte. Det følger av journalforskriften § 4 at en virksomhet som yter helsehjelp, har en selvstendig plikt til å opprette et journalsystem (192). Ny forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten (193) krever elektronisk journalføring av helseopplysninger (jf. § 3). Forskriften pålegger dermed frisklivssentralen å ta i bruk elektronisk pasientjournalsystem» (Helsedirektoratet 2019).

I kartleggingen av kommuner med frisklivssentraler i KOSTRA-rapporteringen for 2019 ble det også spurt om de benyttet elektronisk pasientjournalsystem.

Mer enn 8 av 10 frisklivssentraler benytter EPJ

85 prosent av kommunene med frisklivssentral, 222 kommuner, rapporterte at de benyttet elektronisk pasientjournalsystem ved frisklivssentralen. Figur 12.1 viser at det er noe forskjell i andelen kommuner som bruker elektronisk pasientjournalsystem innenfor de ulike kommunegruppene.

Figur A1 Kommuner med frisklivssentral som bruker elektronisk pasientjournal. Kommunestørrelse. Prosent. 2019



Kilde: KOSTRA. Statistisk sentralbyrå

Blant de største kommunene benytter samtlige kommuner elektronisk pasientjournalsystem. Blant kommunene mellom 10 000 og 49 000 innbyggere benytter også en stor andel dette. I disse tre kommunegruppene hadde mer enn 90 prosent elektronisk pasientjournalsystem. Figuren viser imidlertid at blant de tre minste kommunegruppene, faller andelen med elektronisk pasientjournal noe med synkende innbyggertall. I den tredje minste gruppen var andelen på 86 prosent, i den nest minste var andelen 79 prosent og i den minste på 68 prosent.

Av 222 kommuner rapporterte 211 at de hadde én leverandør av elektronisk pasientjournal, 11 kommuner oppga å ha to eller flere leverandører. En gjennomgang av grunnlagsdataene viser at frisklivssentralene i Norge benytter 10 ulike leverandører av elektronisk pasientjournalsystem.

Litt under halvparten av frisklivssentralene tilknyttet Norsk Helsenett

Om lag 45 prosent av frisklivssentralene er tilkoblet Norsk Helsenett. Det vil si at 55 prosent, eller 145 kommuner med frisklivssentral, ikke er det. Kommunene som svarte at deres frisklivssentraler ikke var tilknyttet Norsk Helsenett ble videre spurt om de planla å koble frisklivssentralen til Norsk Helsenett. Om lag en tredjedel av kommunene svarte at de planlegger dette, mens 3 av 4 kommuner rapporterte at dette ikke var planlagt.

Vedlegg B: Kartlegging av frisklivssentraler i KOSTRA-skjema 1 2013

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? (nedtrekksmeny eller fritekstfelt)

Ressurser ved frisklivssentralen

5. Ansattressurser ved frisklivssentralen. Antall timeverk. Antall timer per uke.

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 C: Kartlegging av frisklivssentraler i KOSTRA-skjema 1 2016

5-2. Frisklivssentral

Frisklivssentral er ein kommunal helse- og omsorgsteneste med tilbod om å endre levevanar primært innan områda fysisk aktivitet, kosthald og tobakk. Frisklivssentralen gir strukturert oppfølging primært gjennom individuell helsesamtale og ulike gruppetilbod.

Organisering av frisklivssentralen

5-2-1. Har kommunen/bydelen frisklivssentral?

Ja/Nei

Viss ja: Kva for år vart frisklivssentralen etablert?

5-2-2. Har kommunen/bydelen eit samarbeid med andre kommunar om frisklivssentralens tilbod?

Ja/Nei

Ressursar ved frisklivssentralen

5-2-4. Tilsetterressursar ved frisklivssentralen. Talet på timeverk. talet på timar per veke.

Klinisk ernæringsfysiolog

Bachelor ernæring

Fysioterapeut

Psykolog

Sjukepleiar

Lege

Ergoterapeut

Pedagog

Andre

Viss "Andre", spesifiser:

Talet på timeverk i alt:

Aktivitet ved frisklivssentralen

5-2-5. Talet på personar som har brukt tilbod ved frisklivssentralen? Kvar person teljast ein gong.

Med tilvising

Utan tilvising

Sum personar

5-2-6. Kven har tilvist personar til frisklivssentralen?

Fastlegetenesta?

Ja/Nei

Helsestasjons- og skulehelsetenesta?

Ja/Nei

Resten av kommunale helse- og omsorgstenester?

Ja/Nei

Spesialisthelsetenesta?

Ja/Nei

NAV?

Ja/Nei

Andre?

Ja/Nei

Viss "Andre", spesifiser:

5-2-7. Kva tilbod har frisklivssentralen?

Frisklivsresept? (12-vekers strukturert oppfølgingstilbod)

Ja/Nei

Hvis «Ja» i spørsmål om frisklivsresept:

Talet på personar som har brukt tilbod

Bra Mat kurs?

Ja/Nei

Viss «Ja» i spørsmål om bra mat kurs:

Talet på personar som har brukt tilbod

Snus- røykesluttkurs?

Ja/Nei

Viss «Ja» i spørsmål om snus/ røykesluttkurs:

Talet på personar som har brukt tilbod

Individuell snus- og røykesluttrettledning?

Ja/Nei

Hvis «Ja» i spørsmål om individuell snus/røykesluttrettledning:

Talet på personar som har brukt tilbod

Kurs i depresjonsmeistring (KID)?

Ja/Nei

Viss «Ja» i spørsmål om kurs i depresjonsmeistring (KID):

Talet på personar som har brukt tilbod

Kurs i meistring av belastningar (KIB)?

Ja/Nei

Viss «Ja» i spørsmål om kurs i meistring av belastningar (KIB):

Talet på personar som har brukt tilbod

Søvnkurs?

Ja/Nei

Viss «Ja» i spørsmål om søvnkurs:

Talet på personar som har brukt tilbod

Gruppetilbod fysisk aktivitet?

Ja/Nei

Viss «Ja» i spørsmål om gruppetilbod fysisk aktivitet:

Talet på personar som har brukt tilbod

Temabaserte samlingar?

Ja/Nei

Viss «Ja» i spørsmål om temabaserte samlingar:

Talet på personar som har brukt tilbod

Tilbod tilrettelagt for barn, unge og deira familiar?

Ja/Nei

Viss «Ja» i spørsmål om tilbud tilrettelagt for barn, unge og deira familiar

Talet på personar som har brukt tilbud

Tilbud tilrettelagt for eldre?

Ja/Nei

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

Talet på personar som har brukt tilbud

Likemannsgrupper?

Ja/Nei

Viss «Ja» i spørsmål om likemannstilbod:

Talet på personar som har brukt tilbud

Andre?

Ja/Nei

Viss andre, spesifiser:

5-2-8. Frisklivssentralen samarbeider med:

Fastlegetenesta?

Ja/Nei

Helsestasjons- og skulehelsetenesta?

Ja/Nei

Kommunale lærings- og meistringssenter?

Ja/Nei

Andre kommunale verksemder?

Ja/Nei

Bedriftshelsetenesta?

Ja/Nei

Tannhelsetenesta?

Ja/Nei

Spesialisthelsetenesta?

Ja/Nei

NAV?

Ja/Nei

Friviljuge lag og organisasjonar?

Ja/Nei

Private aktørar?

Ja/Nei

Høgskular, universitet og forskningsinstitusjonar?

Ja/Nei

Andre?

Ja/Nei

Viss "Andre", spesifiser:

Vedlegg D: Kartlegging av frisklivssentraler i KOSTRA-skjema 1 2019

5-2. Frisklivssentral ?

Frisklivssentral er en kommunal helse- og omsorgstjeneste med tilbud om å endre levevaner primært innen områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen gir strukturert oppfølging primært gjennom individuell helsesamtale og ulike gruppetilbud.

Organisering av frisklivssentralen

5-2-1. Har kommunen/bydelen frisklivssentral?

Ja Nei

5-2-2. Har kommunen/bydelen et samarbeid med andre kommuner om frisklivssentralens tilbud?

Ja Nei

5-2-3. Er dette organisert i et interkommunalt samarbeid?

Ja Nei

Hvilke kommuner/bydeler er med i det interkommunale samarbeidet? Hvis flere enn 3, vennligst skriv de øvrige i merknadsfeltet under 5-1.

{5.2. Frisklivssentral} ?

Ressurser ved frisklivssentralen

5-2-4. Ansatteressurser ved frisklivssentralen. Antall timeverk. Antall timer per uke. ?

Klinisk ernæringsfysiolog

Bachelor ernæring

Fysioterapeut

Psykolog

Sykepleier ?

Lege

Ergoterapeut

Pedagog ?

Erfaringskonsulent

Andre

Antall timeverk i alt:

Aktivitet ved frisklivssentralen

5-2-5. Antall personer som har brukt tilbud ved frisklivssentralen i 2020? Hver person telles én gang.

Med henvisning

Uten henvisning

Sum personer

Herav antall menn

5-2-6. Hvem har henvist personer til frisklivssentralen?

Fastlegetjenesten?

Ja Nei

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten?

Ja Nei

Jordmortjenesten?

Ja Nei

Øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester?

Ja Nei

Spesialisthelsetjenesten?

Ja Nei

NAV?

Ja Nei

Andre?

Ja Nei

Hvis "Andre", spesifiser:

5-2-7. Hvilke tilbud har frisklivssentralen?

Strukturert, tidsavgrenset oppfølging med individuell og grupperettet veiledning (Frisklivsresept)

Ja Nei

Bra Mat kurs? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Snus- røykesluttkurs? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Individuell snus- og røykesluttveiledning? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Kurs i depresjonsmestring (KID)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Kurs i mestring av belastninger (KIB)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Søvnkurs? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Gruppetilbud fysisk aktivitet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Temabaserte samlinger? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Tilbud tilrettelagt for barn, unge og deres familier? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Tilbud tilrettelagt for eldre? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Likemannstilbud? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Andre diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud?  <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Diagnosespesifikke kurs/grupper? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Andre tilbud? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
5-2-8. Frisklivssentralen samarbeider med:
Fastlegetjenesten? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Helsestasjons- og skolehelestjenesten <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Jordmortjenesten? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Andre kommunale lærings- og mestringstilbud? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Øvrige kommunale virksomheter? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Bedriftshelsetjenesten? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Tannhelsetjenesten? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei

Spesialisthelsetjenesten?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
NAV?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Frivillige lag og organisasjoner?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Private aktører?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Høgskoler, universitet og forskningsinstitusjoner?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Andre?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvis "Andre", spesifiser: <input type="text"/>
5-2-9 Elektronisk pasientjournal og Norsk helsenett
Bruker frisklivssentralen elektronisk pasientjournal?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvis ja, hvilken:
<input type="text"/>
Er frisklivssentralen koblet til Norsk Helsenett?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvis nei, er det planlagt å koble frisklivssentralen til Norsk Helsenett?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Merknader:
<input type="text"/>

{5.2 Ikke frisklivssentral}

5-2-10. Har kommunen helsetjenester som gir støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer?

Har kommunen strukturert og tidsavgrenset oppfølging med individuell og grupperettet veiledning til voksne (over 18 år) når det gjelder følgende:

Fysisk aktivitet

Ja Nei

Sunnere kosthold

Ja Nei

Snus- og røykeslutt

Ja Nei

Hvilke andre tilbud gir den kommunale helsetjenesten?

Kurs i depresjonsmestring (KID)

Ja Nei

Kurs i mestring av belastninger (KIB)

Ja Nei

Søvnkurs

Ja Nei

Diagnosespesifikke kurs/grupper

Ja Nei

Hvis ja, spesifiser hvilke tilbud og for hvem:

Andre frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Ja Nei

Hvis ja, spesifiser hvilke tilbud og for hvem

Vedlegg E: Kartlegging av hvordan kommuner uten frisklivssentral organiserer kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

1. Spørsmål: Hvilke kommunale tjenester har frisklivs-, lærings- og mestringstilbud?

Svaralternativ:

- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inkludert jordmortjenesten
- Psykisk helsetjeneste
- Fastlegetjenesten
- NAV
- Kommunalt lærings- og mestringssenter
- Fysioterapitjenesten
- Ergoterapitjenesten
- Øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester(kommentar)
- Andre kommunale tjenester (kommentar)

2. Spørsmål: Samarbeider ulike kommunale tjenester om å tilby frisklivs-, lærings- og mestringstilbud? Ja/nei

3. Hvis ja: Hvilke tjenester inngår i samarbeidet?

Svaralternativer:

- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inkludert jordmortjenesten
- Psykisk helsetjeneste
- Fastlegetjenesten
- NAV
- Kommunalt lærings- og mestringssenter
- Fysioterapitjenesten
- Ergoterapitjenesten
- Øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester(kommentar)
- Andre kommunale tjenester (kommentar)

4. Spørsmål: Samarbeider den kommunale helsetjenesten med eksterne aktører om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud? (ja/nei)

5. Hvis ja,

Svaralternativ: Hvilke eksterne aktører samarbeider helsetjenesten med? («read only» også hvis nei)

- Tannhelsetjenesten
- Spesialisthelsetjenesten
- Bedriftshelsetjenester
- Private aktører
- Frivillig organisasjon
- Høgskoler, universiteter, forskningsinstitusjoner
- Andre (kommentar)
- Andre kommuner/interkommunalt samarbeid

6. Har kommunens innbyggere tilgang på frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i andre kommuner? Ja/Nei

7. Hvis ja, (på spørsmål 6)

Hvilke frisklivs-, lærings- og mestringstilbud gjelder dette? (Kommentarfelt)

8. Spørsmål: Samarbeider kommunens helsetjeneste med brukere og pårørende om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud? Ja/nei

Hvis ja:

9. Spørsmål: På hvilken måte medvirker brukere og pårørende?

Svaralternativ: (kryss av – flere svar mulig)

- I kartlegging av behov for tilbud
- I planlegging og utvikling av tilbud
- I gjennomføring av tilbud
- I evaluering/forskning
- Annet, spesifiser: (kommentarfelt)

10. Spørsmål: Hvordan tilbys kommunens frisklivs-, lærings- og mestringstilbud?

Svaralternativ:

- som periodevise tilbud
- som kontinuerlige tilbud
- som både kontinuerlige og periodevise tilbud
- Annet, spesifiser: (Kommentarfelt)

11. Spørsmål: Er kommunens frisklivs-, lærings- og mestringstilbud koordinert og satt i en helhetlig sammenheng? - Ja/nei

Hvis ja:

12. Spørsmål: Hvem har koordineringsansvaret?

- Ansvaret ligger i én kommunal tjeneste (ja/nei)
 - Dersom ja, hvilken (kommentarfelt)
- Ansvaret er tillagt et samarbeid mellom tjenester i kommunen (ja/nei)
 - Dersom ja, hvilke (kommentarfelt)
- Ansvaret er tillagt et interkommunalt samarbeid (ja/nei)
- Annet (tekstfelt)

13. Spørsmål: Er det satt av stillingsressurser til koordinering av kommunens frisklivs-, lærings- og mestringstilbud? Ja/nei

14. Spørsmål: Inngår noen av frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene i samarbeidsavtalene med Helseforetakene?

Svaralternativ: Ja/Nei

15. Spørsmål: Har de ansatte som koordinerer og arrangerer frisklivs-, lærings-, og mestringstilbudene kompetanse innen noen av følgende metoder for endring av levevaner? (Flere avkryssinger mulig)

Svaralternativ:

- Motiverende samtale
- Kognitiv atferdsterapi
- Helsepedagogikk
- Annet, spesifiser:

16. Spørsmål: Er frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene forankret i kommunale planer? Ja/Nei

17. Spørsmål: Er frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene spesifisert i kommunens budsjett? Ja/nei

18. Spørsmål: Benyttes digitale verktøy ved oppfølging av deltakere og gjennomføring av kommunale friskliv, lærings og mestringstilbud? ja/nei

19. Hvis ja;

Svaralternativer: Hvilke digitale verktøy er i bruk? (flere svar mulig)

- Video
- E-læringsprogram
- Apper
- Andre digitale verktøy

20. Hvis nei (på spørsmål 18.)

- Planlegger kommunen å ta digitale verktøy i bruk i nærmeste fremtid? (ja/nei)

21. Har kommunen etablert frisklivssentral i løpet av 2020 eller planlegger å gjøre det i nærmeste framtid? (Ja/nei)**22.** Hvis nei, hvorfor har kommunen/bydelen valgt å ikke ha frisklivssentral?

Svaralternativer (flere avkryssninger mulig):

- Kommunen har velfungerende alternativer
- Svak kommuneøkonomi
- Ikke prioritert av politikerne
- Vanskelig å skaffe egnet helsepersonell
- Konseptet passer ikke på grunn av spredt bosetning
- For omfattende krav i Helsedirektoratets frisklivsveileder
- Har ikke vært diskutert
- Annet? Spesifiser

Figurregister

Figur 3.1	Arbeidet i frisklivssentralen	18
Figur 4.1	Kommuner som har etablert frisklivssentraler. Hele landet. 2011-2019. Prosent	22
Figur 4.2	Kommuner/bydeler i Oslo som har etablert frisklivssentral. Fylker. 2016 og 2019. Prosent	23
Figur 4.3	Kommuner/bydeler i Oslo som har etablert frisklivssentral fordelt etter kommunestørrelse. 2016 og 2019. Prosent.....	25
Figur 4.4	Kommuner med frisklivssentraler som har inngått samarbeid med andre kommuner i alt, med og uten interkommunalt samarbeid. Hele landet. 2013, 2016 og 2019. Prosent.....	27
Figur 4.5	Kommuner med frisklivssentraler som har inngått samarbeid med andre kommuner, med eller uten interkommunalt samarbeid. Fylker. 2019. Prosent	28
Figur 4.6	Kommuner med frisklivssentraler som har inngått en form for samarbeid med andre kommuner. Fylker. 2016 og 2019. Prosent	29
Figur 5.1	Avtalte årsverk ved frisklivssentraler fordelt etter utdanning. Hele landet. 2013, 2016 og 2019. Absolutte tall	34
Figur 5.2	Avtalte årsverk ved frisklivssentraler fordelt etter utdanning. Hele landet. 2019. Absolutte tall	35
Figur 5.3	Avtalte årsverk i frisklivssentraler per 10 000 innbyggere i kommuner med frisklivssentral, etter kommunestørrelse. 2013, 2016 og 2019.....	37
Figur 6.1	Personer per kommune som har benyttet tilbudet i kommuner med frisklivssentral, etter fylke og henvising. 2019.....	41
Figur 6.2	Personer som har benyttet tilbudet per kommune med frisklivssentral, etter fylke. 2016 og 2019.....	42
Figur 6.3	Personer som har deltatt på tilbud ved frisklivssentraler fordelt etter kjønn. Hele landet. 2019.....	43
Figur 6.4	Andel menn som har deltatt på tilbud ved frisklivssentraler fordelt etter fylker. 2019. Prosent	43
Figur 6.5	Antall personer som har deltatt med og uten henvising per kommune med frisklivssentral. Kommunestørrelse. 2019	44
Figur 6.6	Andel av frisklivssentraler som har fått personer henvist fra ulike tjenester. Prosent. 2013, 2016 og 2019.....	45
Figur 6.7	Andel frisklivssentraler med henviste personer fra ulike tjenester, etter kommunestørrelse. Prosent. 2019	46
Figur 6.8	Deltakere på frisklivssentral per årsverk. Hele landet og fylker. 2019.....	48
Figur 6.9	Deltakere på frisklivssentral per årsverk. Hele landet og kommunestørrelse. 2013, 2016 og 2019	50
Figur 6.10	Deltakere på alle kurs i alt (utenom «Andre tilbud») per årsverk. Hele landet og fylker. 2013, 2016 og 2019.....	51
Figur 7.1	Kommuner med frisklivssentral som har gjennomført ulike tilbud og kurs. Hele landet. 2013, 2016 og 2019. Prosent.....	54
Figur 7.2	Personer som har deltatt på ulike tilbud og kurs ved frisklivssentralene. Hele landet. Absolutte tall. 2013, 2016 og 2019	56
Figur 8.1	Frisklivssentraler som har samarbeidet med ulike aktører. Hele landet. 2019. Prosent	67
Figur 8.2	Andel frisklivssentraler i helseregionene som har samarbeid med spesialisthelsetjenesten. 2019. Prosent.....	70
Figur 9.1	Brutto driftsutgifter til forebyggende helsearbeid (funksjon 233) per innbygger i kommuner med og uten frisklivssentraler. Hele landet og fylker. 2019. Kroner.....	75
Figur 9.2	Brutto driftsutgifter til forebyggende helsearbeid (funksjon 233) per innbygger totalt og i kommuner med og uten frisklivssentral. Hele landet og kommunestørrelse. 2019. Kroner.....	76
Figur 9.3	Brutto driftsutgifter til forebyggende helsearbeid (funksjon 233) per innbygger totalt og i kommuner med og uten frisklivssentral. Hele landet og sentralitet. 2019. Kroner.....	77
Figur 10.1	Kommuner som ikke har etablert frisklivssentral. 2011-2019. Hele landet. Prosent	81
Figur 10.2	Kommuner/bydeler i Oslo uten frisklivssentral, fordelt etter kommunestørrelse. 2016 og 2019. Prosent.....	81
Tabell 10.1	Kommuner uten frisklivssentral med strukturert, tidsavgrenset oppfølging med individuell og grupperettet veiledning for voksne over 18 år eller andre forebyggende tilbud. Fylker. 2019. Prosent	83

Figur 10.3	Kommuner uten frisklivssentral med strukturert, tidsavgrenset oppfølging med individuell og grupperettet veiledning for voksne over 18 år. Hele landet. 2019. Prosent.....	83
Figur 10.4	Kommuner uten frisklivssentral med andre tilbud som blir gitt i den kommunale helsetjenesten. Hele landet. 2019. Prosent.....	84
Figur 10.5	Kommuner uten frisklivssentral med strukturerte, tidsavgrensede tilbud med oppfølging med individuell og grupperettet veiledning for voksne over 18 år. Kommunestørrelse. 2019. Prosent.....	85
Figur 10.6	Kommuner uten frisklivssentral med andre tilbud som blir gitt i den kommunale helsetjenesten. Kommunestørrelse. 2019. Prosent.....	86
Figur 11.1	Kommunale tjenester som har frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Kommunestørrelse. N= 41. 2019. Prosent.....	89
Figur 11.2	Kommuner der ulike kommunale tjenester samarbeider om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud totalt og fordelt etter tjenester. Kommunestørrelse. N=41. 2019. Prosent.....	91
Figur 11.3	Kommuner uten frisklivssentral som samarbeider med eksterne aktører totalt og fordelt etter ulike aktører. Kommunestørrelse. N= 41. 2019. Prosent.....	93
Figur 11.4	Kommuner med samarbeidsavtaler med helseforetak om ett eller flere av frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene. Helseregion. N=41. 2019. Prosent.....	94
Figur 11.5	Kommuner uten FLS der innbyggerne i kommunen har tilgang til frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i andre kommuner. Kommunestørrelse. N= 41. 2019. Prosent.....	95
Figur 11.6	Kommuner som samarbeider med brukere og pårørende og ulike måter de samarbeider på. Kommunestørrelse. N= 41. 2019. Prosent.....	96
Figur 11.7	Ulike måter kommunen tilbyr frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Kommunestørrelse. N= 41. 2019. Prosent.....	97
Figur 11.8	Kommuner der frisklivs- lærings- og mestringstilbudet er koordinert og satt i en helhetlig sammenheng. Kommunestørrelse. N= 41. 2019. Prosent.....	98
Figur 11.9	Plassering av koordineringsansvar for frisklivs-, lærings- og mestringstilbudet. Kommunestørrelse. N=22. 2019. Prosent.....	99
Figur 11.10	Kommuner der det er satt av stillingsressurser til koordinering av frisklivs-, lærings- og mestringstilbudet. Kommunestørrelse. N=41. 2019. Prosent.....	100
Figur 11.11	Ulik type kompetanse blant de ansvarlige for koordinering av frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene i kommunen. Kommunestørrelse. N=41. 2019. Prosent.....	101
Figur 11.12	Forankring av frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene i kommunale planer og budsjett. Kommunestørrelse. N=41. 2019. Prosent.....	102
Figur 11.13	Kommuner som benytter ulike digitale verktøy ved oppfølging av deltakere og gjennomføring av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Kommunestørrelse. N=41. 2019. Prosent.....	103
Figur 11.14	Kommuner som enten har eller planlegger å etablere frisklivssentral. Hele landet. N=41. 2019. Prosent.....	104
Figur 11.15	Ulike årsaker til at kommuner ikke har valgt å etablere frisklivssentral. Hele landet. N=31. 2019. Prosent.....	104

Tabellregister

Tabell 2.1	Befolkning i alt. Hele landet og fylker. Absolutte tall per 31.12. 2013, 2016 og 2019.....	13
Tabell 2.2	Kommuner og befolkning etter kommunestørrelse. 2013. Absolutte tall og prosent.....	13
Tabell 2.3	Kommuner og befolkning etter kommunestørrelse. 2016. Absolutte tall og prosent.....	14
Tabell 2.4	Kommuner og befolkning etter kommunestørrelse. 2019. Absolutte tall	14
Tabell 2.5	Antall kommuner i tilleggsundersøkelsen for kommuner uten frisklivssentral etter kommunestørrelse. Bruttoutvalg og nettoutvalg. 2019. N=41. Absolutte tall.....	14
Tabell 2.6	Kommuner og befolkning etter sentralitet. 2013. Absolutte tall	15
Tabell 2.7	Kommuner og befolkning etter sentralitet. 2016. Absolutte tall	15
Tabell 2.8	Kommuner og befolkning etter sentralitet. 2019. Absolutte tall	15
Tabell 5.1	Avtalte årsverk i alt ved frisklivssentraler, årsverk per kommune med frisklivssentral og årsverk per 10 000 innbyggere i kommuner med frisklivssentral. Fylke. 2019.....	36
Tabell 6.1	Ulike tjenester som har henvist personer i kommuner med frisklivssentraler. Fylke. Prosent. 2019	47
Tabell 7.1	Kommuner med frisklivssentral som har gjennomført ulike tilbud og kurs. Fylkesvis. 2019. Prosent.....	58
Tabell 7.2	Kommuner med frisklivssentral som har gjennomført ulike tilbud og kurs. Kommunestørrelse. 2019. Prosent	58
Tabell 8.1	Samarbeid med andre aktører. Hele landet. 2019. Absolutte tall.....	71
Tabell 8.2	Samarbeid med andre aktører som kun er nevnt én gang. Hele landet. 2019.....	72

© Statistisk sentralbyrå, 2020

Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.

ISBN 978-82-587-1256-2 (trykt)

ISBN 978-82-587-1257-9 (elektronisk)

ISSN 0806-2056