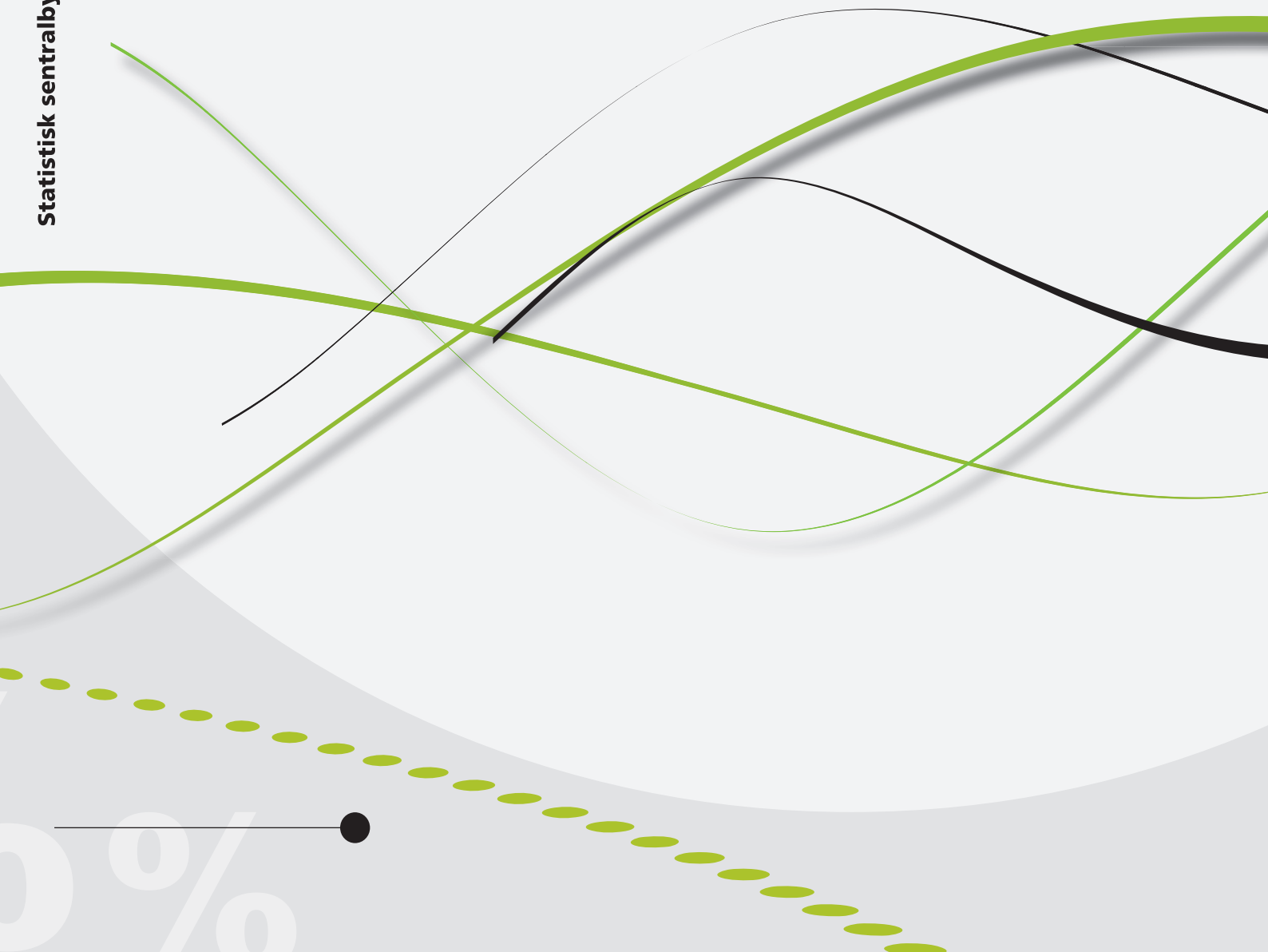




Trond Ekornrud og Merete Thonstad

Frisklivssentraler i kommunane

Ei kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod i norske kommunar i perioden 2013-2016



Trond Ekornrud og Merete Thonstad

Frisklivssentralar i kommunane

Ei kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod i norske kommunar i perioden 2013-2016

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

© Statistisk sentralbyrå
Ved bruk av materiale frå denne publikasjonen
skal Statistisk sentralbyrå bli oppgitt som kjelde.

Publisert 23. august 2018

ISBN 978-82-537-9792-2 (trykt)
ISBN 978-82-537-9793-9 (elektronisk)
ISSN 0806-2056

Standardteikn i tabellar	Symbol
Tal kan ikkje førekoma	.
Oppgåve manglar	..
Oppgåve manglar foreløpig	...
Tal kan ikkje offentligjerast	:
Null	-
Mindre enn 0,5 av den brukte eininga	0
Mindre enn 0,05 av den brukte eininga	0,0
Foreløpig tal	*
Brot i den loddrette serien	—
Brot i den vassrette serien	
Desimalteikn	,

Føreord

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

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

Dei breie kartleggingane av frisklivssentralar som blei gjennomført i samband med KOSTRA-rapporteringane for 2013- og 2016-årgangen har gjort det mogleg å sjå nærare på innhaldet på frisklivssentralane i kommunane, både når det gjeld kor mange som har etablert tilbodet, korleis dei har valt å organisere tenesta, kva omfanget av tilbodet er, kor mange som nyttar seg av tilbodet, kva aktørar dei samarbeider med og kor mykje personell som jobbar der. Data for både 2013 og 2016 gjer det samstundes mogleg å studere utviklinga over tid langs alle desse dimensjonane.

Rapporten presenterer og omtalar resultatata frå kartleggingane for alle desse forholda ved frisklivssentralane fordelt etter ulike regionale bakgrunnskjeneteikn. Rapporten legg vekt på hovudresultata frå kartlegginga i 2016, i tillegg til å sjå på utviklinga frå 2013 til 2016.

I tillegg til kartlegginga igjennom KOSTRA-rapporteringa har det blitt gjennomført ni telefonintervju med eit representativ utval kommunar som ikkje har etablert frisklivssentralar. Føremålet er å supplere informasjonen frå kommunar *med* frisklivssentralar med informasjon om korleis kommunar *utan* frisklivssentralar vel å organisere det førebyggjande og helsefremjande arbeidet til dei vaksne innbyggjarane sine.

Rapporten er ei oppfølging av rapporten «Frisklivssentralar i kommunane – Kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod (rapportar 2016/07)», og er resultatet av eit oppdrag Statistisk sentralbyrå har utført for Helsedirektoratet.

Statistisk sentralbyrå, 5. juli 2018

Ann-Kristin Brændvang

Samandrag

Frisklivssentralar er ei ikkje-lovpålagt førebyggjande helseteneste som skal tilby kunnskapsbasert og effektiv hjelp til å endre levevanar og meistre sjukdom og helseplagar, og er meint å vere ein føremålstenleg måte å organisere førebyggjande helsearbeid i kommunane. Målgruppa er personar i alle aldrar som har auka risiko for, eller som har utvikla, sjukdom og treng hjelp til å endre levevanar og meistre sjukdom. Dette gjeld mellom anna dei med samansette og langvarige helseplagar og dei som ikkje finn seg til rette andre stader, som til dømes på tradisjonelle treningssenter. I tillegg er det ei målsetjing at frisklivssentralar skal bidra til å motverke sosiale forskjellar i levevanar og helse i befolkninga.

Kartleggingane av frisklivssentralar som blei gjennomført av SSB for rapporteringsåra 2013 og 2016 gjer det mogleg å sjå nærare på denne førebyggjande helsetenesta i kommunane både når det gjeld etablering, organisering, personellressursar, aktivitet og samarbeid med andre aktørar etter ulike regionale bakgrunnskjenne-teikn. Det at ein har to måletidspunkt, gjer det dessutan mogleg å sjå på utviklinga mellom 2013 og 2016.

Resultata viser at stadig fleire kommunar etablerer frisklivssentralar, og at talet på personellressursar og deltakarar aukar. Samstundes er det regionale forskjellar både når det gjeld delen som har etablert tilbodet, personellressursar og deltakarar. I 2017 hadde 60 prosent av kommunane etablert frisklivssentralar. I perioden 2011-2017 har det vore over ei dobling av kommunar som har fått tilbodet. Utviklinga flatar rett nok ut dei siste tre åra i perioden. Etableringa av frisklivssentralar har kome lenger på veg i enkelte fylke enn andre, og det er særleg blant store kommunar i sentrale strok at delen kommunar med tilbodet er høgast i 2016. Når det gjeld tilbodet som blir gitt, viser resultata at det er fylkesvise forskjellar og at tilbodet er mest omfattande i større og meir sentrale kommunar. Det var 248 avtalte årsverk tilsett ved frisklivssentralar i 2016, som er ein auke på om lag 30 prosent frå 2013. Fysioterapeutar utgjer den klart største yrkesgruppa med over halvparten av årsverka. Det var 27 000 personar som deltok ved eitt eller fleire av tilboda i kommunar med frisklivssentralar i 2016. Dette er ein auke på 11 000 personar, eller 70 prosent, frå 2013. Utviklinga mellom 2013 og 2016 viser at det har vore ein auke både når det gjeld kommunar som har etablert tilbodet, personellressursar og talet på deltakarar etter dei regionale bakgrunnskjenne-teikna fylke, kommunestorleik (målt i folketal) og sentralitet. Samstundes har forskjellane mellom 2013 og 2016 stort sett har blitt mindre når det gjeld personellressursar og innhaldet ved sentralane etter dei same regionale bakgrunnskjenne-teikna.

I intervjuar med utvalde kommunar utan frisklivssentral kjem det fram at det i all hovudsak er sekundærførebyggjande helsetilbod som blir gitt til innbyggjarane. Det betyr tilbod til personar som allereie mottek tenester gjennom den kommunale helse- og omsorgstenesta. Sjølv om nokre kommunar tilbyr lågterskeltilbod tilsvarende kurs som blir gitt ved frisklivssentralar, har mesteparten ikkje liknande tilbod i kommunal regi. Men det finst ofte ein del supplerande lågterskeltilbod i privat eller friviljug regi som kan sjåast som førebyggjande og helsefremjande arbeid, som turlag, friviljugsentralar og aktivitetsskaféar for einskilde brukargrupper, til dømes personar med psykiske lidningar. Fleire kommunar med stram økonomi opplever elles det som utfordrande å få politikarar til å skjønne verdien av førebyggjande helsearbeid, og at dette som oftast blir nedprioritert til fordel for andre helsetenester. Fleire kommunar rår helsemyndigheitene til å gjere den nasjonale rettleiaren for frisklivssentralar meir tilpassa alle typar kommunar. Fleire opplever at rettleiaren rettar seg særleg mot store kommunar i sentrale strok. Det er vidare ønske om at tilskot til førebyggjande helsearbeid blir øyremerka i større grad i framtida.

Abstract

Healthy Life Centers (HLCs) offer an interdisciplinary primary health care service that provides effective, knowledge-based assistance to change living habits and cope with diseases and health problems. There is no statutory obligation for a municipality to establish an HLC, but the Norwegian Directorate of Health recommends that all municipalities establish such centers to manage the preventive health services they provide. The target group is people of all ages who are at increased risk of or who have developed, disease and need help to change living habits and mastering disease. This applies for people with long-term health problems and those that having trouble fitting in elsewhere, such as the traditional fitness centers. In addition, it is a goal that HLC's should contribute to counteracting social differences in living habits and health in the population.

Statistics Norway's surveys of HLCs in 2013 and 2016 enable a closer examination of this preventive health service in the municipalities when it comes to who have established the centers, how they are organized, personnel resources, activities and cooperation with other actors. An analysis has also been made of the differences between municipalities, broken down by counties, population size and degree of centrality. The fact that there are two measurement points (2013 and 2016), also makes it possible to look at the development during time.

Results show that still more municipalities establish HLCs and that the number of personnel resources and participants increases. At the same time there are regional differences both when it comes to who have established the HLC, personnel resources and participants. By 2017, 266 municipalities, or 60 per cent of the total, established HLCs. In the period 2011-2017, there has been a doubling of municipalities that has established the service. At the same time, the trend flattens out in the last three years of the period. Establishment of HLCs has come further in some counties than others and it is particularly in big municipalities in central areas that the part of the municipalities with HLCs is highest in 2016. When it comes to different types of courses offered at the HLCs, the results show that there are some county differences, and that the scope of courses is most extensive in larger and more central municipalities. There were 248 man-years employed at HLCs in 2016, which is an increase of about 30 per cent from 2013. Physiotherapists constitute the clearly largest occupational group with more than half of the man-years. There were 27,000 persons who participated in one or more of the courses offered at the HLCs in 2016, which is an increase of 11,000 people, or 70 percent from 2013.

In the interviews with selected municipalities without a HLC, it appears that there are essentially secondary preventive health services that are given to the residents. This means that people who already receive services through the municipal healthcare get these services. Although some municipalities offer low-threshold offerings like courses given at HLCs, most of the municipalities do not have similar offers in local government. However, it is often the case that some supplementary low-threshold offers given in private or voluntary sector be preventive and health promoting work. Several municipalities with tight economy find that there are challenges to get politicians to understand the value of preventive health care and that this is usually downgraded in favor of other health care services. Several municipalities advise the health authorities to make the national guide for HLCs more adapted to all types of municipalities. Several find that this supervisor is particularly targeted at large municipalities in central areas. Further, there is a wish that subsidies for preventive health care will be earmarked in the future.

Innhald

Føreord	3
Samandrag	4
Abstract	5
1. Innleiing	8
1.1. Bakgrunn	8
1.2. Føremål og problemstillingar	9
2. Datakjelder og metode	10
2.1. Datakjelder	10
2.2. Populasjon	11
2.3. Metode	13
3. Korleis er frisklivssentralar organiserte med omsyn til ressursar, tilbod og samarbeid?	15
3.1. Bakgrunn for kommunale frisklivssentralar	15
3.2. Organisering av og tilbod ved frisklivssentralar	16
3.3. Finansiering av frisklivssentralar	17
4. Er det regionale forskjellar i organisering av frisklivssentralar?	18
4.1. Organisering av tenesta fordelt etter ulike regionale bakgrunnskjenne-teikn	18
4.2. Utflating av veksten i talet på kommunar med frisklivssentral	19
4.3. Store fylkesvise skilnader i etablering av frisklivssentralar	19
4.4. Færrast frisklivssentralar i dei minste kommunane	21
4.5. Samarbeid om frisklivssentralar i kommunane	22
4.6. Samarbeid om frisklivssentralar etter ulike kommunestorleikar	25
4.7. Etablering og organisering av frisklivssentralar - oppsummering	28
5. Er det regionale forskjellar når det gjeld tilsette og brukarar ved frisklivssentralar?	30
5.1. Deltakarar ved frisklivssentralar	34
5.2. Flest deltakarar blir tilvist av fastlege til frisklivssentralar	37
5.3. Årsverksdekning per deltakarar som nyttar frisklivssentralar	39
5.4. Oppsummering – Tilsette og deltakarar ved frisklivssentralar	42
6. Er det regionale forskjellar i tilbod og kurs ved frisklivssentralane?	44
6.1. Vel 8 av 10 kommunar med frisklivssentral har frisklivsresept i 2016	49
6.2. Flest deltakarar på gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet	50
6.3. Flest små kommunar tilbyr Kurs i depresjonsmeistring (KiD)	51
6.4. Størst utbreiing av tilbod tilrettelagt for barn og unge og deira familiar i små kommunar	53
6.5. Oppsummering - Tilbod ved frisklivssentralane	53
7. Er det regionale forskjellar i samarbeid med andre aktørar ved frisklivssentralane?	56
7.1. Nær alle frisklivssentralar har inngått samarbeid med fastlegetenesta	57
7.2. Tre av fem frisklivssentralar har inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta	57
7.3. Fire av fem frisklivssentralar har inngått samarbeid med andre kommunale verksemder	58
7.4. Tre av fire frisklivssentralar har inngått samarbeid med NAV	59
7.5. Tre av fire frisklivssentralar samarbeider med frivilljuge lag og organisasjonar	60
7.6. Fire av fem frisklivssentralar samarbeider med helsestasjons- og skulehelsetenesta	60
7.7. Halvparten av frisklivssentralane samarbeider med private aktørar	61
7.8. Andre samarbeid	62
7.9. Oppsummering - Frisklivssentralen sitt samarbeid med andre aktørar	63
8. Er det regionale forskjellar i utgifter brukt på førebyggjande helsearbeid i kommunane?	63
8.1. Utgifter til folkehelsearbeid og førebyggjande helsearbeid i kommunane	64
8.2. Oppsummering - utgifter til førebyggjande helsearbeid i kommunane	69
9. Er det forskjellar i folkehelseutfordringane i kommunar med og utan frisklivssentralar?	70
9.1. Faktorar som påverkar sosial ulikskap i helse i kommunar med og utan frisklivssentral	71
9.2. Oppsummering - Forskjellar i sosial ulikskap i kommunar med og utan frisklivssentralar?	74
10. Kva helsefremjande og førebyggjande helsetilbod tilbyr kommunar utan frisklivssentralar?	76

10.1.	Kva helsefremjande og førebyggjande helsetenester til vaksne er etablert i kommunar utan frisklivssentralar?.....	76
10.2.	Korleis er tilboda organisert og korleis er dei forankra i planar og budsjett i kommunar utan frisklivssentralar?.....	79
10.3.	Kva alders- og målgrupper er dei helsefremjande og førebyggjande helsetilboda retta mot?	80
10.4.	Kva tid i føreløpet blir dei ulike helsefremjande og førebyggjande helsetilboda gitt? .	81
10.5.	Korleis bidreg helsetenesta i kommunen til at innbyggjarane får hjelp til å finna fram til lokale tilbod og aktivitetar som passar for dei?	82
10.6.	Ser kommunar utan frisklivssentralar behov for fleire tilbod om støtte til endring av levevaner og til å takle helseutfordringar enn det dei har i dag?	83
10.7.	Har kommunane vurdert å etablere frisklivssentral eller andre førebyggjande helsetenester?.....	84
10.8.	Har kommunane innspel til tiltak/utviklingsområde på nasjonalt nivå som ville gjort det enkelt å opprette frisklivssentral eller tilsvarande førebyggjande helsetenester?.....	84
11.	Avrunding	86
	Referansar	95
	Vedlegg A: Definisjonar frå Kommunehelsa statistikkbank	96
	Vedlegg B: Kartlegging av frisklivssentralar i KOSTRA skjema 1 2013	99
	Vedlegg C: Kartlegging av frisklivssentralar i KOSTRA skjema 1 2016	103
	Figurregister	107
	Tabellregister.....	108

1. Innleiing

1.1. Bakgrunn

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

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

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

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

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

Kartleggingane av frisklivssentralar som blei gjennomført av SSB for rapporteringsåra 2013 og 2016 gjer det mogleg å sjå nærare på denne førebyggjande tenesta i kommunane når det gjeld tilbod, personellressursar, deltakarar og samarbeid med andre aktørar. Det at ein har omfattande data for både 2013 og 2016, gjer det dessutan mogleg å sjå på utviklinga over tid. Samstundes vil telefonintervju med ni utvalde kommunar utan frisklivssentralar gi betre innsikt i kva type førebyggjande helsetilbod desse gir til dei vaksne innbyggjarane sine.

1.2. Føremål og problemstillingar

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

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

Rapporten har følgjande tre hovudproblemstillingar:

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

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

1. KOSTRA-tilnærminga med hovudvekt på å gjennomgå og analysere resultatane frå kartlegging av frisklivssentralar i KOSTRA skjema 1 spesielt og inkludering av andre KOSTRA-kjenneteikn.
 - Å omtale og analysere kommunar og bydelar med utgangspunkt i den særskilte kartlegginga av frisklivssentralar som blei gjennomført i 2016 og andre kjenneteikn på kommune-/bydelsnivå, som til dømes personellsituasjon og eigenskapar ved det kommunale tenestetilbodet.
2. Folkehelse-tilnærming med hovudvekt på å gjennomgå og analysere tilgjengeleg og utvalt informasjon om befolkninga i kommunar/bydelar som rapporterer å ha/ikkje ha frisklivssentralar.
 - Å omtale og analysere befolkninga i kommunar og bydelar med og utan frisklivssentralar etter demografiske og sosioøkonomiske kjenneteikn, som til dømes befolkningas alderssamansetjing, utdanningsnivå og arbeidsmarknadstilhørsle.
3. Telefonintervju med hovudvekt på å få kartlagt kva helsefremjande og førebyggjande helsetenester eit utval på ni kommunar av ulik storleik utan frisklivssentral har valt å ha i staden for frisklivssentral etter rettleiaren, og korleis desse helsetilboda er organisert. Det skal òg freiste gi svar på kva som er kommunane si grunngeving for ikkje å opprette frisklivssentral etter rettleiaren.
 - Intensjonen er å omtale og analysere ni utvalde kommunar i djupna, bl.a. for å få betre kunnskap om:
 - i. Kva alternative måtar kommunane/bydelane har valt å organisere dei helsefremjande og førebyggjande helsetenestene på.
 - ii. Kva helsefremjande og førebyggjande helsetilbod som blir gitt, og til kven.
 - iii. Kvifor kommunane/bydelane har valt å ikkje ha frisklivssentral.

For alle dei tre hovudproblemstillingane med tilhøyrande tilnærmingar freistar rapporten å omtale hovudresultata frå 2016 og utviklinga i perioden 2013-2016.

2. Datakjelder og metode

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

2.1. Datakjelder

Dei viktigaste datakjeldene som er nytta for å svare på relevante problemstillingar, er data frå kartlegginga av frisklivssentralar som blei gjennomført i KOSTRA-skjema 1 Personell og verksemd i kommunale helse- og omsorgstenester for 2013- og 2016-rapporteringa. Andre data frå KOSTRA-rapportering som gjeld kommunale helse- og omsorgstenester er også blitt nytta. I tillegg har data frå ulike statistikkregister i SSB blitt nytta, som t.d. SSBs statistikk om befolkninga, utdanning og inntekt.

For å supplere kommune-data frå KOSTRA og den særskilte kartlegginga av frisklivssentralar for 2013 og 2016, har det blitt gjennomført telefonintervju med eit strategisk representativt utval på ni kommunar som ikkje har frisklivssentralar: Hovudføremålet med dette er å styrke kunnskapsgrunnlaget om det førebyggjande og helsefremjande arbeidet for vaksne i kommunar utan frisklivssentralar. Per i dag finst det lite informasjon og statistikk om dette.

KOSTRA (kommune-stat-rapporteringa)

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

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

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

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

I samband med KOSTRA-rapporteringa hentar SSB inn data via skjema 1 om personell og verksemd i dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Sidan rapporteringa for 2011 og fram t.o.m. 2017-årgangen har det blitt samla inn data i skjema om kommunar har etablert frisklivssentralar. I samband med rapporteringa for 2013- og 2016-årgangen blei det gjennomført utvida kartleggingar av

frisklivssentralar. Den utvida kartlegginga for desse to åra inneheldt fleire spørsmål knytt til etablering, organisering, omfang av personellressursar, omfang av deltakarar, ulike tilbod og kurs ved sentralane og kva andre aktørar frisklivssentralane samarbeider med.

Spørjelistene for både 2013- og 2016-årgangen blei utarbeidd av SSB i samråd med Helsedirektoratet, og testa på fleire rapportørar ute i kommunane før den blei inkludert i det endelege skjemaet. Med unntak av nokre få justeringar var kartlegginga for 2013- og 2016-årgangen identiske. For fullstendig oversikt over spørsmåla i kartleggingane som blei gjennomført for 2013- og 2016-årgangen, sjå punkt 5.2 i 2013- og 2016-utgåva av skjema 1 (vedlegg B og C i rapporten).

Folkehelseprofilar

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

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

2.2. Populasjon

Befolkning og regionar

I denne rapporten blir det nytta tre ulike regionale kjenneteikn. Desse er fylke, kommunestorleik og kommunesentralitet. Tabell 2.1 viser korleis befolkninga fordeler seg etter fylke i 2013 og 2016.

Tabell 2.1 Befolkninga i alt etter fylke og heile landet. Absolutte tal per 31.12. 2013 og 2016

	2013	2016
Heile landet	5 109 056	5 258 317
01 Østfold	284 962	292 893
02 Akershus	575 757	604 368
03 Oslo	634 463	666 757
04 Hedmark	194 433	196 190
05 Oppland	187 820	189 479
06 Buskerud	272 228	279 714
07 Vestfold	240 860	247 055
08 Telemark	171 469	173 307
09 Aust-Agder	113 747	116 671
10 Vest-Agder	178 478	184 116
11 Rogaland	459 625	472 023
12 Hordaland	505 246	519 961
14 Sogn og Fjordane	108 965	110 266
15 Møre og Romsdal	261 530	266 274
16 Sør-Trøndelag	306 197	317 363
17 Nord-Trøndelag	135 142	137 233
18 Nordland	240 877	242 866
19 Troms Romsa	162 050	165 632
20 Finnmark Finnmarku	75 207	76 149

Kjelde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

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

Tabell 2.2. viser korleis talet på kommunar og befolkninga fordeler seg etter kommunesentralitet per 31.12.2013.

Tabell 2.2 Kommunar og befolkning etter kommunesentralitet. 2013. Absolutte tal og prosent

	Talet på kommunar og bydelar i Oslo	Befolkning totalt	Befolkninga i kommunar med frisklivssentral	Delen av befolkninga i kommunar med frisklivssentralar
Hele landet	443	5 105 239	3 188 359	62
1 - 1 999	92	112 589	40 888	36
2 000 - 4 999	136	845 663	506 539	60
5 000 - 9 999	60	440 623	180 420	41
10 000 - 19 999	136	644 734	544 225	84
20 000 - 29 999	26	544 509	201 163	37
30 000 - 49 999	14	592 847	309 532	52
> 50 000	29	1 924 274	1 405 592	73

Kjelde: Befolkningsstatistikk og KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 2.3. viser korleis talet på kommunar og befolkninga fordeler seg etter kommunesentralitet per 31.12.2016.

Tabell 2.3 Kommunar og befolkning etter kommunesentralitet. 2016. Absolutte tal og prosent

	Talet på kommunar og bydelar i Oslo	Befolkning totalt	Befolkninga i kommunar med frisklivssentral	Delen av befolkninga i kommunar med frisklivssentralar
Hele landet	442	5 246 356	4 073 787	78
1 - 1 999	94	115 835	53 882	47
2 000 - 4 999	131	424 039	216 502	51
5 000 - 9 999	89	618 453	388 603	63
10 000 - 19 999	57	808 886	626 787	77
20 000 - 29 999	25	604 700	556 627	92
30 000 - 49 999	17	631 546	509 711	81
> 50 000	29	2 042 897	1 721 675	84

Kjelde: Befolkningsstatistikk og KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

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

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

Tabell 2.4 viser korleis befolkninga fordeler seg etter kommunesentralitet per 31.12.2013.

Tabell 2.4 Kommunar og befolkning etter kommunesentralitet. 2013. Absolutte tal og prosent

	Talet på kommunar og bydelar i Oslo	Befolkninga totalt	Befolkninga i kommunar med frisklivssentralar	Delen av befolkninga i kommunar med frisklivssentral
Heile landet	443	5 105 239	3 188 359	62
Minst sentrale kommunar	149	464 377	225 619	49
Mindre sentrale kommunar	51	310 145	134 136	43
Noko sentrale kommunar	78	864 931	444 798	51
Sentrale kommunar	165	3 465 786	2 383 806	69

Kjelde: Befolkningsstatistikk og KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 2.5 viser korleis befolkninga fordeler seg etter kommunesentralitet per 31.12.2016.

Tabell 2.5 Kommunar og befolkning etter kommunesentralitet. 2016. Absolutte tal og prosent

	Talet på kommunar og bydelar i Oslo	Befolkninga totalt	Befolkninga i kommunar med frisklivssentralar	Delen av befolkninga i kommunar med frisklivssentral
Heile landet	442	5 246 356	4 073 787	78
Minst sentrale kommunar	149	465 431	291 557	63
Mindre sentrale kommunar	51	314 517	204 750	65
Noko sentrale kommunar	78	878 930	657 601	75
Sentrale kommunar	164	3 587 478	2 919 879	81

Kjelde: Befolkningsstatistikk og KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

2.3. Metode

Deskriptiv statistikk og faktaomtale

Kjenneteikn ved kommunar som hadde etablert frisklivssentralar i 2016 og utviklinga i perioden 2013-2016, blir presentert i kapittel 4-7. Føremålet er å presentere og omtale kommunar som har etablert frisklivssentralar og undersøke om det er variasjonar med omsyn til personell og ressursar, kva tilbod som blir gitt, kva aktørar kommunane samarbeider med og kor mange som har delteke på eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralane. Kor mykje utgifter kommunar har brukt på førebyggjande helsearbeid, og ulike folkehelseutfordringar kommunane står overfor blir presentert i kapittel 8 og 9. Her er fokuset særleg å samanlikne kommunar med og utan frisklivssentral. Presentasjonen og omtalen i kapittel 4-9 blir gjort i form av deskriptiv statistikk og faktaomtale. Denne vil innehalde relevante tabellar og figurar. I tillegg vil hovudresultat og funn bli omtala deskriptivt og drøfta. Det er grunn til å understreke av faktaomtalen i kapittel 4-9 ikkje tek sikte på å gi årsaksforklaringar på forskjellane i datamaterialet, til dømes ved hjelp av kausalanalysar.

Spørjeundersøking blant kommunar utan frisklivssentralar

For å supplere resultatane frå kartlegginga av frisklivssentralar i KOSTRA skjema 1, har det blitt gjennomført telefonintervju med ni utvalde kommunar utan frisklivssentralar. Utvalet er såkalla strategisk representativt med omsyn til befolkningsstorleik og sentralitet blant kommunar utan frisklivssentralar. Med strategisk representativt utval meiner ein i denne samanhengen at ein sørgja for å rekruttere tilstrekkeleg med kommunar i dei ulike gruppene knytt til befolkningsstorleik og kommunestorleik. Intervjuguide og spørjelite blei utvikla i framkant av telefonintervjua i samarbeid med Helsedirektoratet.

Føremålet med telefonintervjua for dei ni utvalde kommunane er å supplere informasjonen frå kartlegginga av kommunar med frisklivssentralar. Det har vore ønskjeleg å få betre oversikt over kva førebyggjande helsearbeid og tilbod som finst for den vaksne befolkninga i kommunar utan frisklivssentral. Meir konkret var kartlegginga i telefonintervjua avgrensa til å få kunnskap om korleis kommunar som ikkje har etablert frisklivssentral vel å tilby tilsvarande helsefremjande og

førebyggjande helsetenester til sine vaksne innbyggjarar. Vidare var det ønskjeleg å veta meir om kommunen har uløyste oppgåver når det gjeld endring av levevanar for vaksne, og eventuelle tankar kommunane har om kva som skal til for å løyse desse. Undersøkinga var avgrensa til å kartleggje tilbod i samband med hjelp til endring av levevanar og meistring av helseutfordringar. Det var elles ønskjeleg å kartleggje tilbod både i kommunal regi eller i privat, ideell og friviljug regi.

Intervjua med dei ni utvalde kommunane hadde ein varigheit på om lag 30-45 minuttar. Det var i all hovudsak helse- og omsorgsleiarane, folkehelsekoordinatorar eller nøkkelpersonell knytt til førebyggjande helsearbeid i kommunane som deltok i intervjua. I gjennomføringa blei det nytta ein moderator som leia intervjuet og stilte spørsmåla, og ein referent som fortløpande skreiv ned dei funna som blei gjort. Det var elles moglegheit for at både moderator og referent kunne å stille oppfølgings-spørsmål der dette var føremålstenleg. Alle dei ni intervjua følgde same intervjuguide som var utarbeidd i framkant. Intervjua blei tekne opp på bandopptakar i samråd med intervjuobjekta. Det blei elles informert om at opptaka i all hovudsak skulle nyttast som back up til notata som blei gjort undervegs, og ville bli sletta når prosjektet blei avslutta. Det blei og gjort avtale med dei ni kommunane om at me kunne kontakte dei i etterkant av intervjua dersom det var spørsmål me ikkje hadde fått svar på.

Det blei skrive samandrag frå alle dei ni intervjua, som følgde disposisjonen til intervjuguiden. Samandraga, supplert med bandopptaka av intervjua blei brukt i tolkinga av resultata. Dei ni kommunane som blei intervjua vil bli haldne anonyme i presentasjonen av resultata. Resultat og funn frå telefonintervjua blir presentert i kapittel 10 i form av ein deskriptiv omtale.

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

3.1. Bakgrunn for kommunale frisklivssentralar

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

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

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

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

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

3.2. Organisering av og tilbod ved frisklivssentralar

3.2.1 Organisering

Tal frå 2016 viser at 264 kommunar og bydelar i Noreg har etablert frisklivssentralar. I mange av kommunane er frisklivssentralen ikkje ein fysisk bygning, men spreidde tenester, gjerne innanfor fysioterapi, helsestasjon, ved bu- og serviceinstitusjonar og ved spreidde kurslokale mv. Små stillingsressursar kan gjere det vanskeleg å ta i vare eit fagleg forsvarleg kjernetilbod. Mange kommunar har difor eit samarbeid med andre kommunar om frisklivssentralar, og nokre vel å lage eit interkommunalt selskap. Eit samarbeid kan til dømes vere at dei har ein felles fysisk bygning der tenestene blir tilbydd, eller at kommunane har alle eller nokre av kurstilboda i lag.

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

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

Verksemda til frisklivssentralar og andre kommunale lærings- og meistringstilbod kan vere overlappende, men sistnemnde skal fokusere meir på det å leve med varige helseplager og sjukdom. Frisklivssentralen kan ha kontakt med både privat og friviljug sektor om å nytte deira tilbod til aktuelle brukarar. Det kan gjelde både i forkant, undervegs og i overgang til eigenaktivitet og deltaking i andre tilbod etter oppfølgingsperioden. Dessutan kan ein i samarbeid med innvandrar- og brukarorganisasjonar nå enkelte målgrupper, og spreie informasjon om frisklivstilbodet og få medverknad frå brukarar og brukarrepresentantar til utvikling av tenesta og tilboda.

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

3.2.2 Tilbod ved frisklivssentralane

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

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

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

Tilbodet i frisklivssentralar er i hovudsak retta mot personar som har auka risiko for eller allereie har helseutfordringar. Frisklivssentralen kan ha tilbod til alle aldersgrupper. I om lag halvparten av kommunane har frisklivssentralane eigne tilbod for barn og unge, men det vanlegaste er tilbod til folk i yrkesaktiv alder. Frisklivssentralen kan òg ha tilbod til personar med psykiske lidningar, risikofylt alkoholforbruk og lærings- og meistringstilbod til vanlege kronikargrupper. Tilbodet skal vere eit lågterskeltilbod, og personar kan oppsøke frisklivssentralen både med og utan tilvising (frisklivsresept). Bruken av kurstilboda ved frisklivssentralane vil bli nærare analysert i kapittel 6, og innhaldet er utførleg omtala i Helsedirektoratet sin rettleiar (Helsedirektoratet 2016).

3.3. Finansiering av frisklivssentralar

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

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

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

4. Er det regionale forskjellar i organisering av frisklivssentralar?

Dagens helseutfordringar krev auka førebyggjande innsats. Frisklivssentralar er ein viktig førebyggjande helseteneste som skal tilby kunnskapsbasert og effektiv hjelp til å endre levevanar og meistre sjukdom og helseplagar, og i så måte vere eit føremålstenleg sett å organisere førebyggjande helsearbeid i kommunane. Målsetjinga er at frisklivssentralar skal nå dei i befolkninga med samansette og langvarige helseplagar og dei som ikkje finn seg til rette andre stader, som til dømes på tradisjonelle treningssenter.

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

I samband med det auka behovet for førebyggjande innsats ute i kommunane er dei sentrale helsemyndigheitene tydelege på at frisklivssentralar er eit viktig bidrag i arbeidet med det helsefremjande og førebyggjande helsearbeidet. Endring av levevanar kan vere utfordrande, men ifølgje helsemyndigheitene vil frisklivssentralar gi deltakarar hjelp til dette gjennom metodar med dokumentert effekt. I tillegg kan deltaking i grupper gi auka motivasjon og bidra til nettverksbygging (Helsedirektoratet 2017).

4.1. Organisering av tenesta fordelt etter ulike regionale bakgrunnskjenne-teikn

Helsemyndigheitene anbefaler at frisklivssentralar blir etablert i alle kommunar, eventuelt i interkommunale samarbeid. Data frå SSB viser at det har vore ein jamn auke i talet på kommunar som har etablert frisklivssentralar. I 2017 var det 266 kommunar (inkludert bydelar i Oslo) som svarte at dei hadde etablert tilbodet. Dette er om lag 60 prosent av alle kommunane i Noreg. I perioden 2011-2017 har talet på kommunar som har etablert tilbodet auka frå 115 til 266 kommunar. Dette er over ei dobling på desse seks åra.

Frisklivssentralar blei definert i loven som ei førebyggjande helseteneste i 2013 og er regulert av Lov om helse- og omsorgstenester (Helsedirektoratet 2013). Sjølv om tenesta utfører lovpålagte oppgåver, er det ikkje ei lovpålagt helseteneste. Det inneber at kommunane framleis står fritt til å organisere det førebyggjande og helsefremjande arbeidet i kommunane på den måten dei sjølv meiner er mest føremålstenleg. Den breie kartlegginga som blei gjennomført for 2013- og 2016-årgangen gir informasjon om organiseringa av frisklivssentralar i kommune-Noreg. I tillegg gir den årlege innsamlinga i KOSTRA informasjon om talet på kommunar som har etablert tilbodet.

Det vil difor vere interessant å sjå om det er forskjellar i organiseringa av tilbodet etter dei ulike regionale bakgrunnskjenne-teikna fylke, kommunestorleik og kommunesentralitet. Er det slik at kommunar med eit sett av felles regionale bakgrunnskjenne-teikn vel å etablere frisklivssentralar framføre andre? Er det slik at ein høgare del kommunar i bestemte fylke vel å etablere frisklivssentralar samanlikna med andre fylke? Kan det vere at storleiken til ein kommune, målt i innbyggjartal, er avgjerande for om ein vel å etablere tilbodet? Eller er det slik at

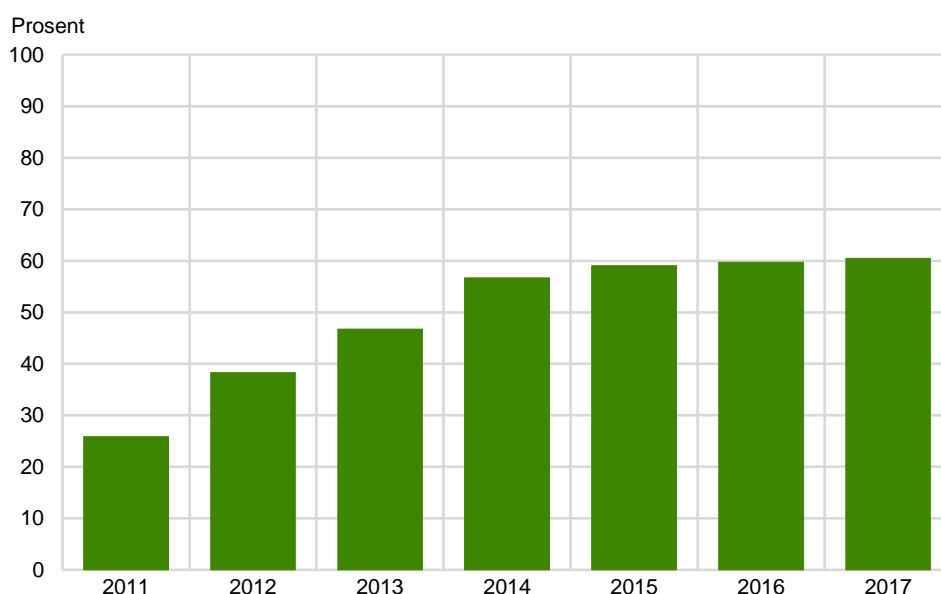
sentraliteten til ein kommune er med på å avgjere om ein vel å etablere tilbodet eller ikkje? For alle desse spørsmåla vil det òg vera interessant å sjå korleis utviklinga har vore i perioden frå kartlegginga i 2013 og til 2016.

4.2. Utflating av veksten i talet på kommunar med frisklivssentral

Stadig fleire kommunar har over tid valt å etablere frisklivssentral i tråd med helsemyndigheitenes anbefalingar. Nokre frisklivssentralar blir avvikla og nye kjem til, men det har vore ein auke i totaltalet for alle år ein har hatt teljingar (frå og med 2008).

Figur 4.1 viser delen kommunar samt bydelar i Oslo som har etablert frisklivssentralar i perioden 2011-2017

Figur 4.1 Kommunar som har etablert frisklivssentralar



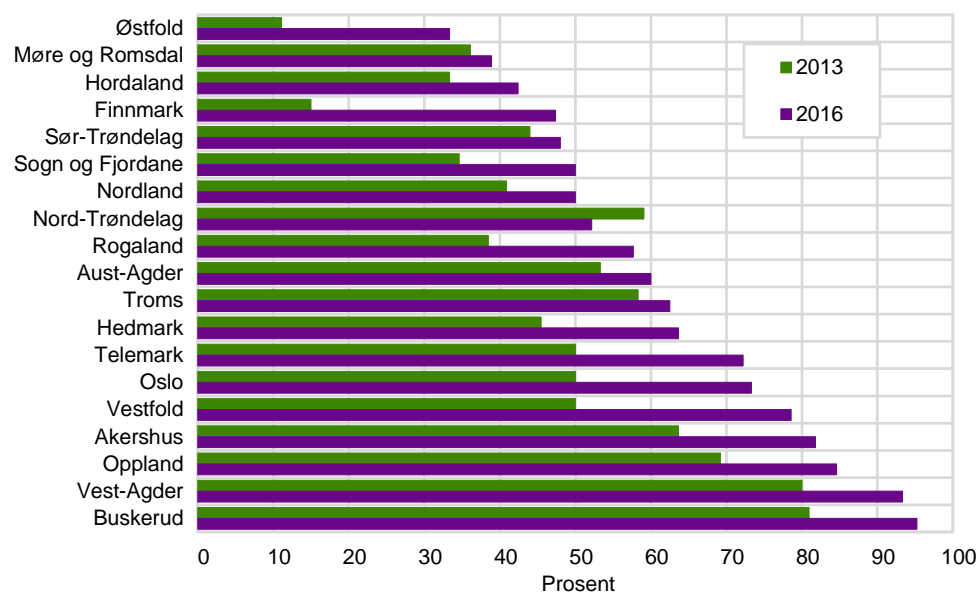
Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren 4.1 viser at 3 av 5 kommunar i Noreg har etablert frisklivssentralar i 2017. Tala viser at det har vore ein jamn auke i perioden 2011-2014, medan det flatar noko ut i perioden 2015-2017. Medan det var 115 kommunar som hadde etablert frisklivstilbodet i 2011 var det tilsvarande talet 266 kommunar i 2017. Dette er ein auke frå om lag 26 prosent til i overkant av 60 prosent i perioden. Dette utgjør over ei dobling av kommunar som har etablert tenesta i perioden, eller vel 130 prosent. Grunnlagstala som har blitt samla inn av Helsedirektoratet, viser elles at det var ein jamn auke i kommunar som etablerte frisklivssentralar i perioden 2008-2011.

4.3. Store fylkesvise skilnader i etablering av frisklivssentralar

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

Figur 4.2 viser delen kommunar som har etablert frisklivssentralar i dei 19 fylka i 2013 og 2016.

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

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.2 viser store fylkesvise forskjellar i delen kommunar som har etablert frisklivssentralar. Samstundes har det store fleirtalet av fylke hatt ein auke i talet på kommunar som har etablert tenesta mellom 2013 og 2016.

Østfold er fylket med færrest og Buskerud fylket med flest kommunar som har etablert frisklivssentralar. Medan berre kvar tredje av kommunane i Østfold hadde etablert frisklivssentral i 2016, var det alle unntatt ein i Buskerud. Blant fylka som har lågast del kommunar som har etablert frisklivssentralar i 2016 finn ein Østfold (33 prosent), Møre og Romsdal (39 prosent) og Hordaland (42 prosent). Blant fylka der delen kommunar som har etablert frisklivssentralar er høgast i 2016 finn ein Oppland (85 prosent), Vest-Agder (93 prosent) og Buskerud (95 prosent).

I 18 av 19 fylke har det vore ein auke i delen kommunar som har etablert frisklivssentralar mellom 2013 og 2016. Nord-Trøndelag er det einaste fylket som har hatt ein nedgang i delen frisklivssentralar i perioden. Den største prosentvise auken i frisklivssentralar finn ein i fylka som i utgangspunktet har lågast del kommunar med frisklivssentralar. Både Finnmark og Østfold har hatt ei tre-dobling av kommunar med tenesta, høvesvis frå 15 til 47 prosent og frå 11 til 33 prosent. Samstundes finn ein òg ein auke mellom 2013 og 2016 i dei fleste fylka som i utgangspunktet hadde høgast del kommunar med frisklivssentralar.

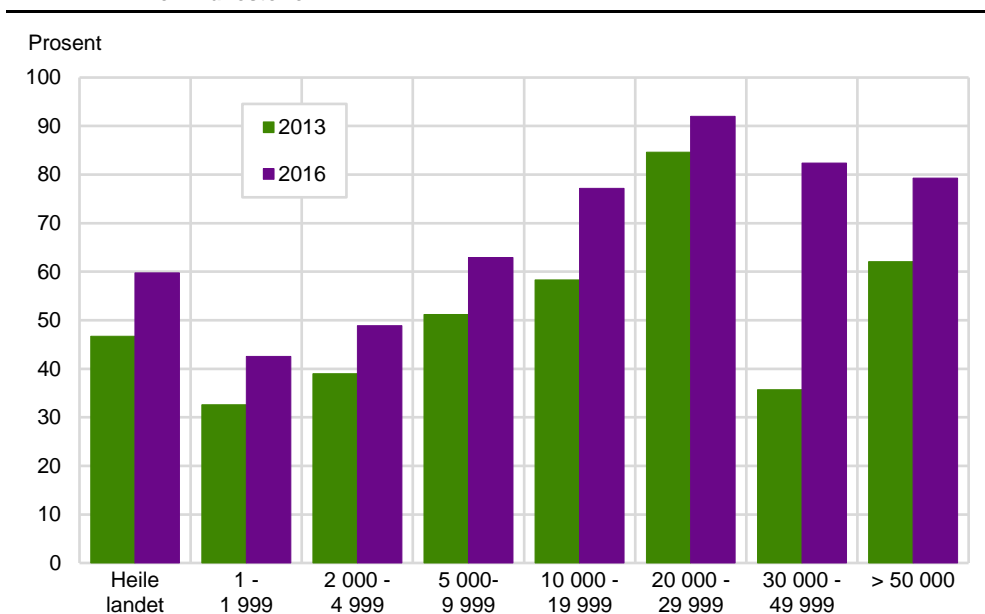
Sjølv om det har vore ein auke i delen kommunar som har etablert frisklivssentralar mellom 2013 og 2016, viser grunnlagstala at 19 kommunar som rapporterte å ha tenesta i 2013, ikkje lenger har tilbodet i 2016. Desse fordeler seg mellom ti ulike fylke. I Nord-Trøndelag var det fire kommunar som ikkje lenger hadde frisklivssentral i 2016. Dette var fylket der flest kommunar som hadde frisklivssentralar i 2013, ikkje lenger hadde i 2016. Ei av årsakene til at kommunane vel å leggja ned tenesta kan vere at det er utfordrande å finne midlar i kommunen etter at etableringstilskotet frå fylkesmannen blir avslutta etter tre år. Dei fleste kommunane som har valt å leggja ned tenesta, er små kommunar målt i innbyggjartal. Det kan tyda på at desse er særleg utsette med tanke på nøkkelpersonell og tilgang til lokale for å vidareføre tilbodet. Desse antakingane blei langt på veg stadfesta i case-studiane som blei gjennomført i førre rapport om frisklivssentralar frå 2016 (Ekornrud og Thonstad 2016).

4.4. Færrest frisklivssentralar i dei minste kommunane

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

Figur 4.3 viser delen kommunar som har etablert frisklivssentralar fordelt etter kommunestorleik i 2013 og 2016.

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



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.3 viser at det er særleg blant dei minste kommunane at delen som har etablert frisklivssentralar er låg i 2016. Vidare aukar delen kommunar som har etablert tilbodet jamt med aukande innbyggjartal fram til i dei to største kommunegruppene. Det er elles ein auke i delen kommunar som har etablert frisklivssentralar i perioden 2013-2016 i alle kommunegruppene.

Delen som har etablert frisklivssentralar i 2016 er lågast i kommunar med under 2 000 innbyggjarar og høgast i kommunar med 20 000 – 29 999 innbyggjarar. Delen kommunar som har etablert frisklivssentralar aukar jamt med aukande innbyggjartal, men berre fram til eit visst punkt. Delen kommunar med frisklivssentralar fell frå kommunegruppa med 20 000 – 29 999 innbyggjarar (92 prosent) til kommunegruppa med 30 000 – 49 999 innbyggjarar (82 prosent) og i gruppa kommunar med over 50 000 innbyggjarar (79 prosent).

Ei samanlikning av resultatata for 2013 og 2016 viser at det har vore ein auke i delen kommunar som har etablert frisklivssentralar i alle kommunegruppene fordelt etter folkemengd. Den største prosentvise auken er i kommunegruppa 30 000 – 49 999 innbyggjarar med 180 prosent. I denne gruppa har talet på kommunar med

frisklivssentralar auka frå 5 til 14 frå 2013 til 2016. I dei andre kommunegruppene har det vore ein jamn auke i same periode. Den minste prosentvise auken er i gruppa kommunar med 20 000 – 29 999 innbyggjarar, med 5 prosent. Her er det berre ein ny kommune som har etablert frisklivssentral frå 2013 til 2016. Det bør nemnast at det er i denne gruppa delen kommunar som har frisklivssentral er høgast både i 2013 (85 prosent) og 2016 (92 prosent).

Tendensen for 2016 er at delen kommunar som etablerer frisklivssentralar aukar med aukande innbyggjartal i kommunen fram til i dei to største kommunegruppene. Den lågaste delen kommunar med frisklivssentralar er i gruppa med færrest innbyggjarar (under 2 000) med om lag 43 prosent. Delen kommunar med frisklivssentral aukar deretter med aukande innbyggjartal fram til og med kommunegruppa 20 000 – 29 000, før delen med frisklivssentralar fell i dei to største kommunegruppene.

Grunnlagstala frå kartleggingane viser elles at det er i sentrale strok flest kommunar har etablert frisklivssentralar i både 2013 og 2016. Delen kommunar med frisklivssentral er lågast i dei minst sentrale stroka og høgast i dei mest sentrale stroka. Det har samstundes vore ein auke i delen kommunar som har etablert frisklivssentralar både i mindre sentrale og mest sentrale strok.

Sjølv om delen små kommunar som har etablert frisklivssentralar har auka i perioden 2013 – 2016, er det framleis blant desse kommunane at delen med frisklivssentralar er lågast. Ei av årsakene kan vere at små kommunar ikkje ser på frisklivssentralar som den mest føremålstenlege måten å organisere førebyggjande og helsefremjande arbeid på. Frisklivssentralar legg opp til ei rekke gruppetilbod som kan hende det ikkje er befolkningsgrunnlag for i målgruppa tenesta ønskjer å nå. Ei anna årsak kan vere at små kommunar har avgrensa med ressursar og personell med kompetanse til å drive eit slikt tilbod. I tillegg kan lange reiseavstandar i mindre sentrale kommunar gjere det vanskeleg å etablere frisklivssentral utan at det trugar målet om å vere eit lågterskel-tilbod for målgruppa. Utviklinga frå 2013 til 2016 tyder likevel på at stadig fleire små kommunar ser på frisklivssentralar som ein føremålstenleg måte å organisere førebyggjande og helsefremjande arbeid på. At delen kommunar som vel å etablere frisklivssentralar er størst i blant større kommunar i sentrale strok, tyder på at kommunar av ein viss storleik, målt i innbyggjartal, ser på det som særleg føremålstenleg å organisere førebyggjande og helsefremjande tenester i kommunen som frisklivssentralar.

4.5. Samarbeid om frisklivssentralar i kommunane

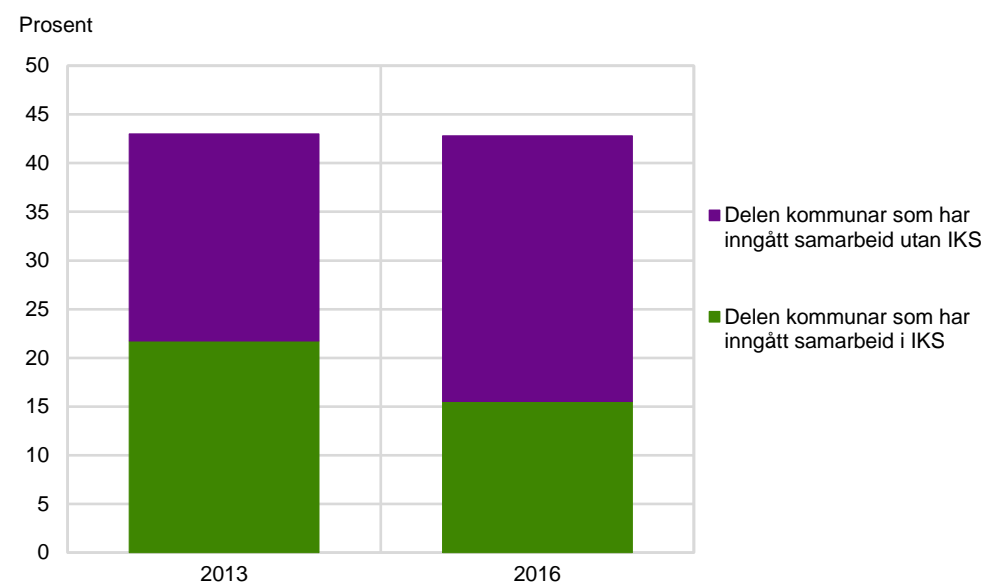
Helsedirektoratet oppmodar kommunane til å etablere frisklivssentralar i eigen kommune eller i samarbeid med andre kommunar, t.d. i såkalla interkommunale samarbeid. Mange kommunar vel å samarbeide om tenesta. Interkommunale samarbeid blir i mange kommunar sett på som ein meir føremålstenleg organisering med omsyn til tilgjengeleg personell, ressursar og fagkompetanse. Samarbeid på tvers av kommunar og gjerne i interkommunale samarbeid er òg vanleg innanfor andre helse- og omsorgstenester i kommunane. Mellom anna er organiseringa av legevakttenesta eit døme på kor dette er utbreidd (SSB 2018).

Det vil elles vere interessant å sjå om organisering av frisklivssentralar i samarbeid med andre kommunar varierer etter regionale bakgrunnskjenneiteikn. Er det slik at kommunar med mange fellestrekk vel interkommunale løysingar i større grad? Er det slik at ein høgare del kommunar i bestemte fylke vel å etablere frisklivssentralar i samarbeid med andre kommunar samanlikna med andre fylke? Er det slik at storleiken til ein kommune, målt i innbyggjartal, kan vere avgjerande for om ein vel å etablere eit? Eller er det slik at sentraliteten er med på å avgjere om ein vel å etablere tilbodet i samarbeid med andre kommunar eller ikkje? I tillegg vil det

vera interessant å sjå på om det er noko utvikling i perioden 2013-2016 når det gjeld slikt samarbeid. Er det slik at det er forskjell i utviklinga etter ulike regionale bakgrunnskjenne-teikn som fylke og kommunestorleik? Det er rimeleg å anta at små kommunar med avgrensa tilgang til personell, ressursar og kompetanse på området vel å samarbeide med andre kommunar om tenesta i større grad enn andre.

Figur 4.4 viser delen kommunar som har frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar om tilbodet. I tillegg viser den kor mange av desse kommunane som har etablert dette i eit interkommunalt samarbeid i 2013 og 2016.

Figur 4.4 Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar i alt, med og utan interkommunalt samarbeid (IKS)



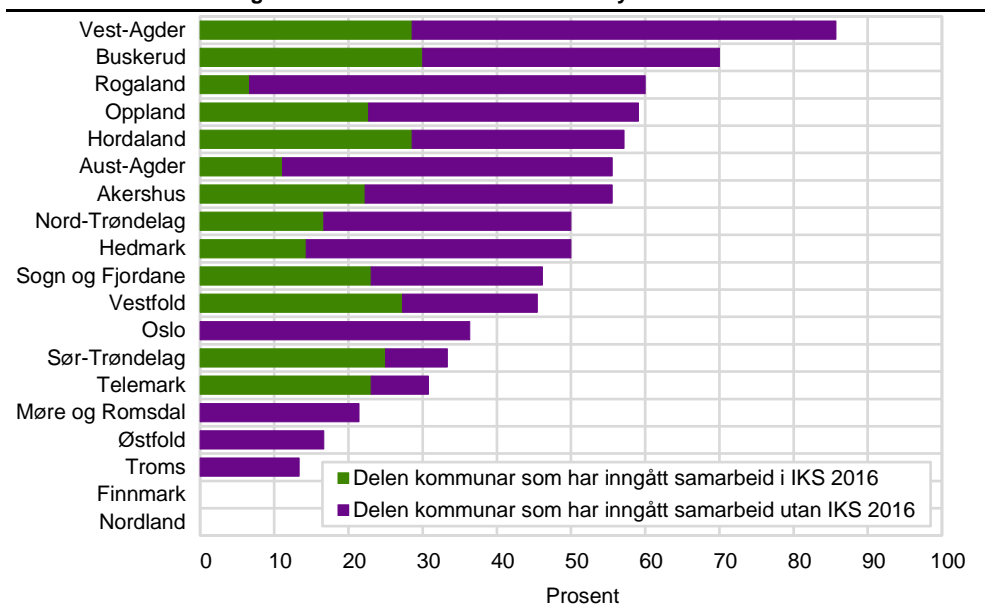
Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.4 viser at delen som vel å inngå samarbeid med andre kommunar om frisklivssentralar er uendra mellom 2013 og 2016. Samstundes er delen kommunar som inngår i interkommunale selskap redusert, og følgjeleg har delen kommunar som har inngått samarbeid på anna vis auka.

Blant alle kommunane som har etablert frisklivssentralar, var det 43 prosent som hadde inngått samarbeid med andre kommunar i både 2013 og 2016. Når det gjeld delen som hadde inngått interkommunale samarbeid, var det 22 prosent som hadde inngått IKS i 2013, medan det var 16 prosent i 2016. I og med at det er fleire kommunar som har etablert frisklivssentralar i 2016 samanlikna med i 2013 (høvesvis 264 og 207), er det absolutte talet kommunar som har inngått samarbeid i alt i 2016 likevel høgare samanlikna med tre år tidlegare. Unntaket er for interkommunale selskap der talet på kommunar er færre i 2016.

Grunnlagstala for 2016 viser elles at samarbeid om eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralane med éin annan kommune er mest vanleg. Vidare ser ein at samarbeid med tre andre kommunar er den nest mest vanlege måten.

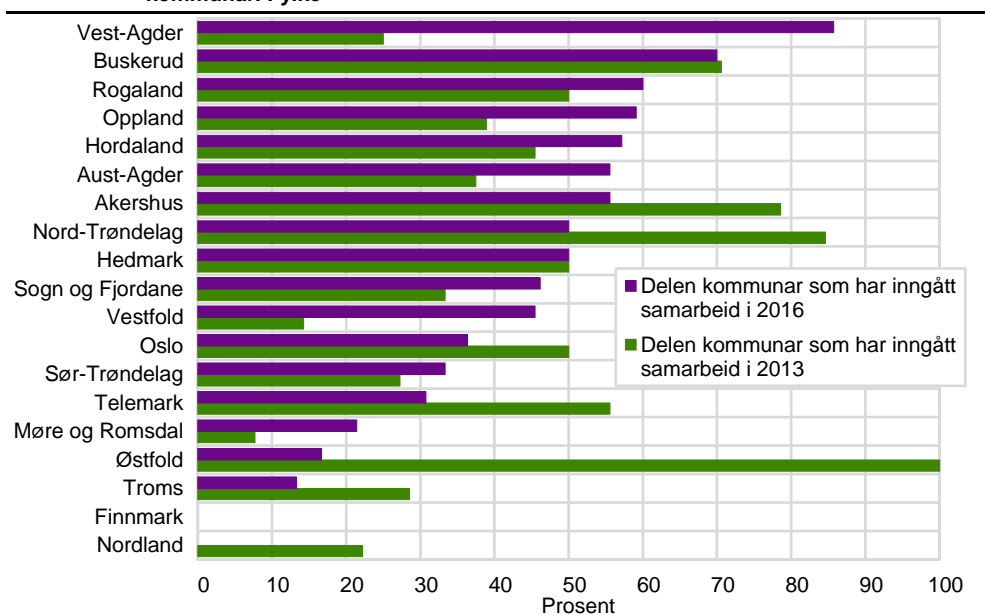
Figur 4.5 viser delen kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar om tilbod, med og utan IKS, fordelt etter fylke i 2016.

Figur 4.5 Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar som vanleg eller interkommunalt samarbeid. Fylke

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.5 viser store fylkesvise skilnader når det gjeld å organisere frisklivssentralar i samarbeid med andre kommunar. Den viser òg forskjellar mellom fylke når det gjeld å samarbeide i eit interkommunalt selskap eller ikkje.

Vest-Agder var det fylket der størst del kommunar med frisklivssentral valde å samarbeide om organiseringa (86 prosent), medan Finnmark og Nordland var dei einaste fylka der ingen kommunar valde å samarbeide om tenesta. Det er rimeleg å anta at lange reiseavstandar i Finnmark og til dels i Nordland gjer det vanskeleg å samarbeide på tvers av kommunar om eit lågterskeltilbod som frisklivssentralar. Dersom eit tilbod berre blir gitt i ein samarbeidskommune der reisetida vil vere lang for å delta, kan ikkje lenger tilbodet bli rekna som eit lågterskeltilbod.

Figur 4.6 Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar. Fylke

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Vest-Agder var det fylket der høgast del kommunar valde å organisere samarbeidet som eit interkommunalt selskap, med 57 prosent. I Buskerud valde 70 prosent av kommunane med frisklivssentralar å samarbeide og 40 prosent av kommunane valde å samarbeide i interkommunalt selskap. I Rogaland har 60 prosent av kommunane med frisklivssentralar valt å samarbeide om tilbodet. Berre 7 prosent av kommunane valde å samarbeide i interkommunalt selskap. I Oslo hadde 36 prosent av bydelane med frisklivssentralar valt å samarbeide med andre bydelar i vanlege samarbeid. Interkommunalt samarbeid er ikkje ein aktuell måte å organisere for i Oslo.

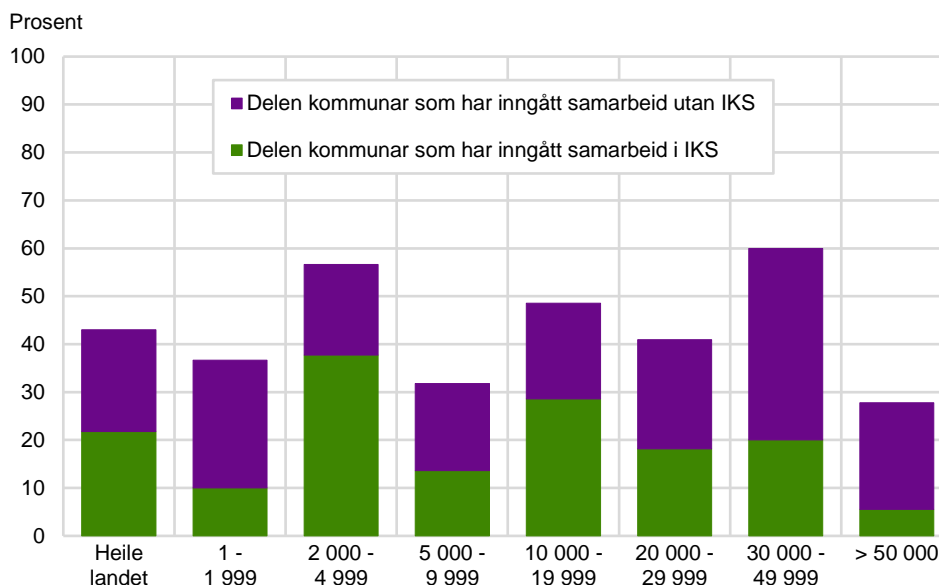
Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser at delen kommunar som vel å samarbeide har auka i ni av fylka. Vidare har delen kommunar som vel å samarbeide gått ned i åtte av fylka, medan delen er uendra i to av fylka. Vest-Agder har hatt den største auken i samarbeidande kommunar mellom 2013 og 2016, medan Østfold har hatt den største nedgangen. Medan det var 25 prosent av kommunane med frisklivssentralar som samarbeida om tilbodet i Vest-Agder i 2013, var det 86 prosent av kommunane som samarbeida i 2016. I Østfold samarbeida alle kommunane med frisklivssentral i 2013, medan det var ingen som gjorde det i 2016. Det er vanskeleg å sjå nokre systematiske forskjellar i endringane mellom 2013 og 2016. Det er då store endringar når det gjeld samarbeid både i fylke med mange og med få kommunar med frisklivssentralar. Samstundes er det små endringar når det gjeld samarbeid om tilbodet i fleire fylke der det i utgangspunktet er etablert mange frisklivssentralar i heile perioden. Det er grunn til å tru at ulik tilnærming i ulike fylke når det gjeld ønske om samarbeid, er ei av årsakene til dei fylkesvise endringane mellom 2013 og 2016.

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

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

4.6. Samarbeid om frisklivssentralar etter ulike kommunestorleikar

Det er rimeleg å anta at små kommunar med avgrensa tilgang til fagpersonell med kompetanse, ressursar og godt utbygde helsetenester i større grad vil søke samarbeid enn større kommunar. Figur 4.7 viser delen kommunar som har inngått samarbeid med og utan interkommunalt selskap i 2016.

Figur 4.7 Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar med eller utan interkommunalt samarbeid. Kommunestorleik. 2016

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.7 viser at delen kommunar som vel å samarbeide om frisklivstilbodet aukar med aukande innbyggjartal fram til i gruppa med kommunar over 50 000 innbyggjarar i 2016. Samstundes viser figuren at ein nokså stor del kommunar vel å samarbeide om frisklivssentralar i alle kommunegrupper utanom den minste og største.

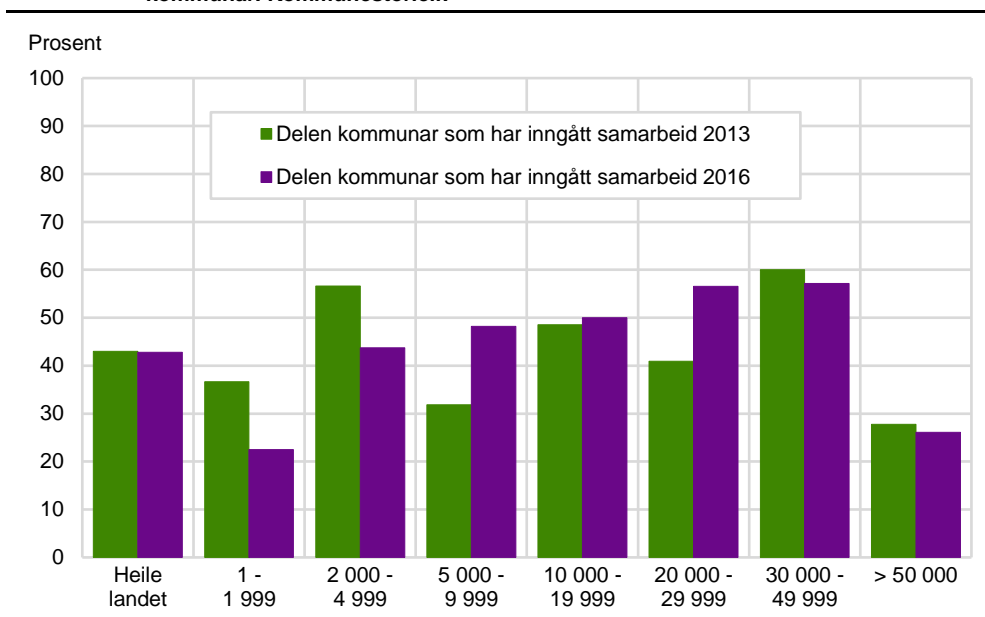
Delen kommunar som har inngått samarbeid er altså lågast blant kommunar med under 2 000 eller over 50 000 innbyggjarar, med høvesvis 23 prosent og 26 prosent. Delen samarbeidande kommunar er høgast blant kommunar med relativt mange innbyggjarar (30 000 – 49 999), med 57 prosent. Samstundes er det også ein relativt stor del som har inngått samarbeid i kommunegruppene med mellom 2 000 og 30 000 innbyggjarar.

Når det gjeld delen som har valt å organisere tenesta som eit interkommunalt selskap, er det flest kommunar i gruppa med 20 000 – 29 999 innbyggjarar. Lågast er delen blant kommunar med meir enn 50 000 innbyggjarar. I denne gruppa er bydelar i Oslo inkludert og vil vere med å bidra til at delen med interkommunalt samarbeid er lågt.

Grunnlagstala viser at geografisk nærleik ser ut til å spele ei stor rolle for kva kommunar som vel å inngå samarbeid. Fleire kommunar har også samarbeid om frisklivssentralar på tvers av fylkesgrensene dersom dei ligg geografisk nære. Vidare ser ein at dei minste kommunane (0- 1 999) samarbeider med like store eller litt større kommunar enn seg sjølv. Blant kommunar med 2 000 – 4 999 innbyggjarar er det om lag halvparten som samarbeider med større kommunar, medan den andre halvparten samarbeider med like store eller mindre kommunar. Blant kommunar med 5000 – 9 999 innbyggjarar samarbeider om lag halvparten med større, medan den resterande halvparten samarbeider med like store eller mindre kommunar. I kommunar med 10 000 – 19 999 innbyggjarar samarbeider fleirtalet med kommunar som er like store eller større. I kommunar med 20 000 – 29 999 har dei fleste samarbeid med mindre kommunar. I dei to største kommunegruppene (30 000 – 49 999 og meir enn 50 000) samarbeider fleirtalet med mindre kommunar.

Figur 4.8 viser utviklinga i delen kommunar som har inngått samarbeid med andre kommunar mellom 2013 og 2016 etter kommunestorleik

Figur 4.8 Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar. Kommunestorleik



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.8 viser at det har vore ei endring i fleire kommunegrupper når det gjeld delen kommunar som har inngått samarbeid mellom 2013 og 2016. Medan delen som har inngått samarbeid var omtrent uendra for landet totalt, har det vore ein nedgang i delen kommunar med samarbeid i dei to minste kommunegruppene etter folkemengd (1- 1 999 og 2 000 – 4 999). Det same gjeld òg for dei to største kommunegruppene (30 000 – 49 999 og meir enn 50 000), men her er nedgangen mellom 2013 og 2016 mindre. Det er i kommunegruppene i mellomstjiktet (5 000 – 9 999, 10 000 – 19 999 og 20 000 – 29 999) at det har vore ein auke i kommunar som har inngått samarbeid. I dei to minste kommunegruppene ser det ut til at det er særleg nye kommunar som vel å etablere frisklivssentralar, som ikkje vel å inngå samarbeid. For dei to største kommunegruppene etter folkemengd er det berre snakk om ein relativt liten nedgang mellom 2013 og 2016.

Det er nokså stor gjennomstrøyming av kommunar som har samarbeida og ikkje mellom 2013 og 2016. Grunnlagstala viser at det er 47 kommunar som hadde etablert samarbeid i 2013, som framleis har eit samarbeid i 2016. Delen kommunar, som har vidareført samarbeidet mellom 2013 og 2016, er størst i blant større kommunar med fleire enn 10 000 innbyggjarar. Vidare er det 30 kommunar som hadde etablert samarbeid i 2013, som har avslutta samarbeidet om frisklivsstilbodet i 2016. Delen kommunar som har avslutta samarbeidet er størst i dei folkerike kommunane med meir enn 30 000 innbyggjarar. Det er elles 40 kommunar som ikkje hadde eit samarbeid om frisklivssentralar i 2013, som har etablert samarbeid i 2016. Her er òg delen kommunar som har etablert samarbeid i 2016 størst blant dei største kommunane med meir enn 20 000 innbyggjarar. Det er 26 kommunar som har etablert samarbeid om tilbodet i 2016, som ikkje hadde frisklivssentral i 2013. Her er delen størst blant kommunar med 30 000 – 49 999 innbyggjarar. Det er ni kommunar som hadde etablert samarbeid i 2013, som ikkje lenger har frisklivssentralar. Dette gjeld særleg mindre kommunar under 10 000 innbyggjarar.

Grunnlagstala for 2016 viser elles at delen kommunar som samarbeider om frisklivsstilbodet er størst i sentrale kommunar. Dette gjeld både samarbeid totalt

og som interkommunalt samarbeid. Utviklinga mellom 2013 og 2016 viser at det har vore ein nedgang i delen mindre sentrale kommunar som vel å samarbeide om frisklivstilbodet. Dette kan tyde på at mange kommunar som vel å etablere frisklivssentralar i mindre sentrale strok ikkje ser på det som føremålstenleg å etablere tilbodet i samarbeid med andre kommunar. Grunnlagstala viser vidare at gruppa med minst sentrale kommunar i all hovudsak samarbeider med andre i same sentralitetsgruppe. I gruppa med mindre sentrale kommunar samarbeider hovuddelen av kommunane med andre i same gruppe. I gruppa noko sentrale kommunar samarbeider hovuddelen med andre mindre sentrale kommunar eller kommunar i gruppa med dei minst sentrale. Når det gjeld gruppa med mest sentrale kommunar, samarbeider dei med andre sentrale kommunar. Dette støttar oppunder hypotesen om nærleik til andre kommunar er avgjerande for om dei vel å samarbeide eller ikkje.

4.7. Etablering og organisering av frisklivssentralar - oppsummering

Gjennomgangen av resultatata viser at det har vore over ei dobling av kommunar som har etablert frisklivssentralar i perioden 2011-2017. Auken flatar rett nok ut noko ut i perioden 2015-2017. I 2017 rapporterte 60 prosent av kommunane (266 kommunar og bydelar i Oslo) at dei hadde etablert frisklivssentralar. Samstundes viser resultatata at det er forskjellar i delen kommunar som har etablert frisklivssentralar etter regionale bakgrunnskjenneiteikn. Fordelt etter fylke er det store skilnader i delen kommunar som har etablert tenesta i 2016. Medan 95 prosent av kommunane i Buskerud og 93 prosent av kommunane i Vest-Agder hadde etablert tenesta i 2016, var tilsvarande tal 39 prosent i Møre og Romsdal og 33 prosent i Østfold. Dette viser at arbeidet med å etablere frisklivssentralar har kome lenger i enkelte fylke samanlikna med andre. Samstundes er det ein auke i delen kommunar som har etablert tilbodet i alle fylke i perioden 2013-2016.

Sjølv om det har vore ein auke i kommunar som har etablert tilbodet i perioden viser grunnlagstala at det var 19 kommunar som hadde frisklivssentral i 2013, som ikkje lenger har tilbodet i 2016. Dette gjeld kommunar i fleire ulike fylke. Fleirtalet av dei som har lagt ned tilbodet er kjenneteikna ved at dei er relativt små og plassert i mindre sentrale strok. At fleire kommunar vel å leggja ned tilbodet etter så få år kan tyde på at det er utfordrande for mange å få løyvd midlar frå kommunen til vidare drift når tilskotperioden går ut.

Det er skilnader mellom kommunar som har etablert frisklivssentralar etter kommunestorleik. Resultata viser i all hovudsak at delen kommunar som har etablert frisklivssentralar, er lågast i kommunane med færrest innbyggjarar. Dette kan tyde på at fleire av dei minste kommunane ikkje ser på det som like føremålstenleg å etablere frisklivssentral som ein del av helsetenestetilbodet for å ivareta folkehelsa og førebygge folkehelseproblem som større kommunar. Eit lite befolkningsgrunnlag kan i seg sjølv vere årsaka til at små kommunar ikkje ser frisklivssentralar og dei mange gruppetilboda her som den beste løysingar for førebyggjande og helsefremjande arbeid. Samstundes viser utviklinga mellom 2013 og 2016 at det har vore ein jamn auke i etablerte frisklivssentralar både blant små og store kommunar.

Gjennomgangen av resultatata viser at om lag 43 prosent av kommunane som har etablert frisklivssentralar, har valt å samarbeide om tenesta i 2016. Berre to av fem kommunar som samarbeider har valt å organisere det som eit interkommunalt samarbeid, som er ein nedgang frå 2013. Vidare ser ein forskjellar mellom kommunar som vel å samarbeide etter regionale bakgrunnskjenneiteikn. Det er store forskjellar mellom fylke når det gjeld delen som har valt å samarbeide om

frisklivssentral. Det kan handle om samansetjinga med omsyn til ulik storleik på kommunane i ulike fylke. Det er elles ein tendens til at fylke med mange kommunar på under 5 000 innbyggjarar vel å samarbeide om tenesta. Fordelt etter kommunestorleik, aukar delen kommunar som har valt å samarbeide med aukande kommunestorleik i 2016. Unntaket er i kommunar med meir enn 50 000 innbyggjarar der førekomsten av samarbeidande kommunar er låg. Ein gjennomgang av resultatane frå 2013 og 2016 viser at det er ein nokså stor gjennomstrøyming når det gjeld samarbeidande kommunar. Om lag 40 prosent av kommunane har valt å vidareføra samarbeidet i perioden, medan 26 prosent av kommunane som hadde samarbeid i 2013 har valt å avslutta samarbeidet i 2016. Ein skal vere varsam med å tolke desse funna. Ei av årsakene til at kommunar har valt å avslutte samarbeidet om tilbodet, kan likevel vere at dei har bygd opp eit såpass tilfredsstillande tilbod i eigen kommune og difor ikkje ser det som føremålstenleg lenger å samarbeide med ein nabokommune.

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

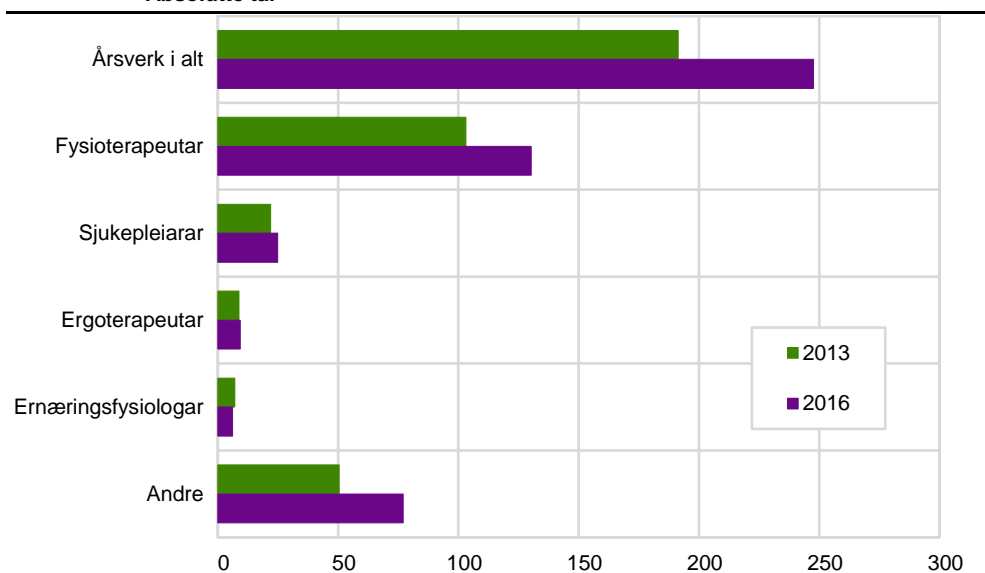
5. Er det regionale forskjellar når det gjeld tilsette og brukarar ved frisklivssentralar?

Alt personell som utfører helsehjelp på ein frisklivssentral, er omfatta av helsepersonellova (www.lovdata.no). Dette er uavhengig av om dei tilsette har profesjonsutdanning innanfor helse eller annan fagleg bakgrunn. Det avgjerande er at hjelpa som blir gitt blir sett på som helsehjelp. Med helsehjelp meiner ein ei kvar handling som har førebyggjande, diagnostisk, behandlande, helsebevarande eller rehabiliterande mål. Den som leiar frisklivssentralen skal ha helsefagleg bakgrunn. Frisklivssentralen er ein tverrfagleg teneste. Dei som jobbar på frisklivssentralen kan ha ulike fagleg bakgrunn som t.d. fysioterapi, ernæring, pedagogikk, ergoterapi, sjukepleie, folkehelsevitenskap, psykologi, fysisk aktivitet og helse (Helsedirektoratet 2017).

Sjølv om seks av ti kommunar rapporterte at dei hadde etablert frisklivssentralar i 2016, kan personell som er tilsett ved frisklivssentralen variere både når det gjeld talet på årsverk og fagleg bakgrunn. I tillegg har personell som jobbar på ein frisklivssentral ofte andre oppgåver i kommunen. Det er rimeleg å anta at personelldekninga ved ein frisklivssentral vil vere avhengig av befolkningsgrunnlaget i kommunen, talet på personar i målgruppa i kommunen og omfanget av tilbodet som blir gitt. Det vil elles vere interessant å sjå på utviklinga i personelldekning for kommunar med frisklivssentralar mellom 2013 og 2016. Med personelldekning og dekningsgrad meiner ein i dette tilfellet talet på årsverk ved frisklivssentralar i høve til innbyggjartalet i kommunane som har tilbodet.

Figur 5.1 viser talet på avtalte årsverk ved frisklivssentralar fordelt etter ulike utdanningar i 2013 og 2016.

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



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 5.1 viser at det var 248 avtalte årsverk tilsett ved frisklivssentralar i 2016. Dette er ein auke på om lag 30 prosent frå 2013. Fysioterapeutar utgjer den klart største yrkesgruppa med over halvparten av årsverka i 2016.

Det var 130 fysioterapeutårsverk ved frisklivssentralane i 2016, som er ein auke på 25 prosent frå 2013. Sjukepleiarar var den nest største yrkesgruppa og utgjorde 25

årsverk, som er ein auke på vel 13 prosent frå 2013. Ergoterapeutar var tredje størst med 9 årsverk i 2016, og er uendra frå tre år tidlegare. Ernæringsfysiologar utgjorde 6 årsverk, som er ein nedgang på 13 prosent frå 2013. Andre yrkesgrupper eller utdanningar utgjorde 77 årsverk, som er ein auke på vel 52 prosent frå 2013. Ein gjennomgang av kva kommunane har oppgitt under andre årsverk syner at det mellom anna er folkehelsekoordinator, helsesøster, psykolog, pedagog, barneverns-pedagog, psykiatrisk sjukepleiar, aktivitør, fysisk aktivitet- og helserådgivar, treningsinstruktør, personell utdanna ved idrettshøgskule, team for psykisk helse i kommunen, sosionom, miljøterapeut og coach.

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

Som tidlegare nemnd, kan personelldekninga ved frisklivssentralar i ulike kommunar variere. Faktorar som spelar inn kan vere befolkningsgrunnlaget i kommunen generelt og i målgruppa spesielt, økonomiske ressursar, tilgang til relevant personell og omfanget av tilbod ved frisklivssentralen. Det vil vere rimeleg å anta at større kommunar har fleire tilsette årsverk der fleire folk nyttar seg av tilbodet. Samstundes som resultatene syner at talet på avtalte årsverk har auka mellom 2013 og 2016, syner resultatene òg at fleire kommunar har etablert frisklivssentralar i same periode. Det vil difor vere interessant å sjå korleis personelldekninga har utvikla seg per kommune med frisklivssentral og i forhold til innbyggjarane i kommunar med frisklivssentralar.

Tabell 5.1 viser talet på årsverk i alt ved frisklivssentralar, talet på årsverk per kommune med frisklivssentral og talet på årsverk per 10 000 innbyggjarar i kommunar med frisklivssentral for heile landet og i dei ulike fylka i 2016.

Tabell 5.1 Avtalte årsverk i alt ved frisklivssentralar, talet på kommunar med frisklivssentralar og talet på årsverk per kommune med frisklivssentralar. Fylke. 2016

	Avtalte årsverk i alt	Årsverk per kommune med frisklivssentral	Årsverk per 10 000 innbyggjarar i kommune med frisklivssentral
Heile landet	248	0,9	0,6
0100 Østfold	7	1,2	0,5
0200 Akershus	28	1,6	0,6
0300 Oslo	19	1,8	0,4
0400 Hedmark	16	1,1	1,0
0500 Oppland	14	0,6	0,8
0600 Buskerud	26	1,3	0,9
0700 Vestfold	13	1,2	0,5
0800 Telemark	11	0,8	0,6
0900 Aust-Agder	4	0,5	0,4
1000 Vest-Agder	5	0,4	0,3
1100 Rogaland	17	1,1	0,4
1200 Hordaland	15	1,0	0,4
1400 Sogn og Fjordane	9	0,7	1,3
1500 Møre og Romsdal	9	0,6	0,7
1600 Sør-Trøndelag	14	1,2	0,6
1700 Nord-Trøndelag	8	0,7	0,9
1800 Nordland	21	1,0	1,3
1900 Troms Romsa	7	0,5	0,5
2000 Finnmark Finnmarku	5	0,6	1,0

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.1 viser at det er i underkant av eitt årsverk per frisklivssentral i 2016. Dette er det same som i 2013. Dekningsgraden er 0,6 årsverk per 10 000 innbyggjarar i kommunar med frisklivssentralar i 2016. Dette er òg det same som i

2013. Samstundes viser tala for 2016 fylkesvise skilnader både når det gjeld årsverk per frisklivssentral og årsverk per 10 000 innbyggjarar.

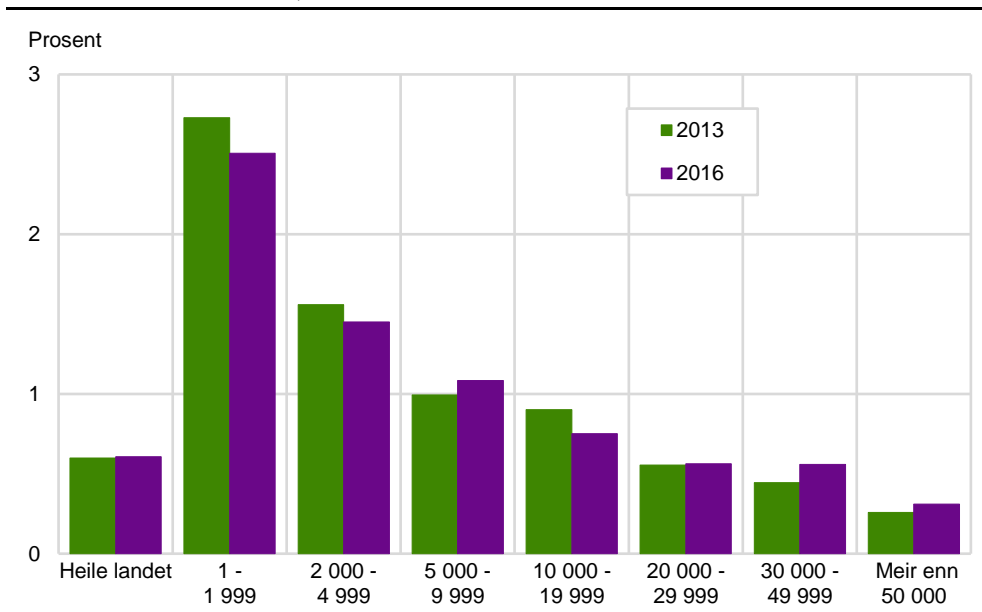
Akershus var fylket med flest avtalte årsverk knytt til frisklivssentralar i 2016, 28 avtalte årsverk, medan Aust-Agder hadde færrest med fire avtalte årsverk. Dette kan i stor grad forklarast med at Akershus er eitt av fylka med flest kommunar med frisklivssentralar og Aust-Agder har. Dersom ein ser på årsverk per frisklivssentral, viser tabellen at Oslo er fylket som har flest med 1,8 per bydel, medan tilsvarende tal var 0,4 årsverk for Vest-Agder, som var fylket med færrest årsverk per kommune med frisklivssentral.

Tabellen viser at det for heile landet var 0,6 årsverk per 10 000 innbyggjarar i kommunar med frisklivssentralar i 2016. Tala viser elles skilnader mellom fylka i personelldekninga til kommunar med frisklivssentralar. Sogn og Fjordane og Nordland var fylka med høgast dekningsgrad, begge med 1,3 årsverk per 10 000 innbyggjarar, medan Vest-Agder har lågast dekningsgrad med 0,3 årsverk. Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser elles små endringar i dekningsgrad for dei ulike fylka. Sju fylke har hatt ein liten auke, åtte fylke har hatt ein liten nedgang, medan fire fylke har hatt uendra i dekningsgrad mellom 2013 og 2016. Det kan elles vere grunn til å tru at variasjonane mellom dei ulike fylka i 2016 kan forklarast med kor omfattande tilbodet er og kor mange som nyttar seg av tenestene ved frisklivssentralane i dei ulike kommunane.

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

Figur 5.2 viser talet på avtalte årsverk i frisklivssentralar per 10 000 innbyggjarar i kommunar med frisklivssentralar fordelt etter ulik kommunestorleik i 2013 og 2016.

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



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 5.2 viser at dekningsgraden er høgast i små kommunar og lågast i dei største kommunane. Figuren viser elles at dekningsgraden fell eintydig med aukande kommunestorleik i 2016.

Det er høgast dekningsgrad i kommunane med under 2 000 innbyggjarar og lågast i kommunar med over 50 000 innbyggjarar i 2016. Medan det var 2,5 avtalte årsverk per 10 000 innbyggjarar i kommunar med under 2 000 innbyggjarar, var tilsvarende tal 0,3 i kommunar med over 50 000 innbyggjarar. Elles så viser tala at dekningsgraden fell jo større folkemengd kommunane har. Unntaket er mellom kommunegruppene 20 000 – 29 999 og 30 000 – 49 9000 der dekningsgraden er noko høgare i den sistnemnde. Det er viktig å understreke at delen kommunar som har etablert frisklivssentralar er minst i kommunane med færrest innbyggjarar. Samstundes kan resultatene tyde på at når ein først etablerer frisklivssentralar i dei minste kommunane, blir det sett av relativt sett mange årsverksressursar samanlikna med i større kommunar.

Ei samanlikning av dekningsgrad mellom åra 2013 og 2016 viser dei same tendensane for begge åra. Bortsett frå nokre små endringar for enkelte kommunegrupper, er resultatene så å seie uendra mellom dei to årgangane. Samstundes viser figuren at sjølv om det er store forskjellar i dekningsgraden mellom små og store kommunar, er forskjellen blitt noko mindre frå 2013 til 2016 mellom gruppa med kommunar med under 2 000 innbyggjarar og gruppe med meir enn 50 000 innbyggjarar.

Grunnlagstala viser dei same tendensane for dekningsgrad fordelt etter kommunesentralitet. Dekningsgraden er høgast i dei minst sentrale kommunane og lågast i dei mest sentrale i 2016. Dekningsgraden fell eintydig jo meir sentrale kommunegruppene er. Ei samanlikning av resultatene mellom 2013 og 2016 viser i all hovudsak lita endring for dei ulike sentralitetsinndelingane. Samstundes er forskjellen i dekningsgraden mellom dei minst sentrale og sentrale kommunane mindre i 2016 enn tilfellet var i 2013. Dette er i tråd med funna for dekningsgrad mellom 2013 og 2016 fordelt etter kommunestorleik.

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

Det bør elles nemnast at fleire av gruppetilboda ved frisklivssentralane ikkje blir haldne av tilsette ved frisklivssentralane. Ofte blir tilboda gitt heilt eller delvis av andre aktørar, eller i samarbeid. Det kan vere grunn til å anta at større sentrale kommunar har fleire moglegheiter for samarbeid med andre aktørar enn i mindre kommunar i lite sentrale strom. Det kan vere ein av grunnane til at dekningsgraden minskar eintydig både med kommunestorleik og sentralitet. At dekningsgraden er høgast i dei minste kommunane i mindre sentrale strom, kan blant anna forklarast ved at det uansett vil krevje eit visst minimum av personell for å oppfylle minimumskravet om tilbod til hjelp til auka fysisk aktivitet, snus- og røykeslutt og sunnare kosthald, som Helsedirektoratet stiller til kommunar som skal etablere frisklivssentral. Dette kan nok vere med å forklare at dekningsgraden er ein del høgare i små og mindre sentrale kommunar samanlikna med i større kommunar i sentrale strom.

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

Det er samstundes viktig å understreke at det totale talet på avtalte årsverk for frisklivssentralar er relativt lågt samanlikna med det totale talet årsverk innanfor helse- og omsorgstenestene i kommunane. I 2016 utgjorde avtalte årsverk knytt til frisklivssentralar 0,01 av alle årsverka innanfor dei kommunale helse- og omsorgstenestene, som var det same som i 2013. Dette viser om ikkje anna at det er ei sårbar teneste dersom nøkkelpersonell skulle forsvinna ut. Det vil vere grunn til å tru at små kommunar i mindre sentrale strom vil vere særleg utsette dersom dette skulle skje.

5.1. Deltakarar ved frisklivssentralar

Målgruppa for frisklivssentralar er dei som har auka risiko for, eller som har utvikla sjukdom og treng oppfølging av helsepersonell til å endre levevaner og meiste sjukdom. På frisklivssentralen er det meininga at deltakarane skal få hjelp til dette gjennom metodar med dokumentert effekt (Helsedirektoratet 2017). Personar som nyttar seg av tilbodet kan anten bli tilvist av fastlege, anna helsepersonell og NAV, eller sjølv ta direkte kontakt med frisklivssentralen.

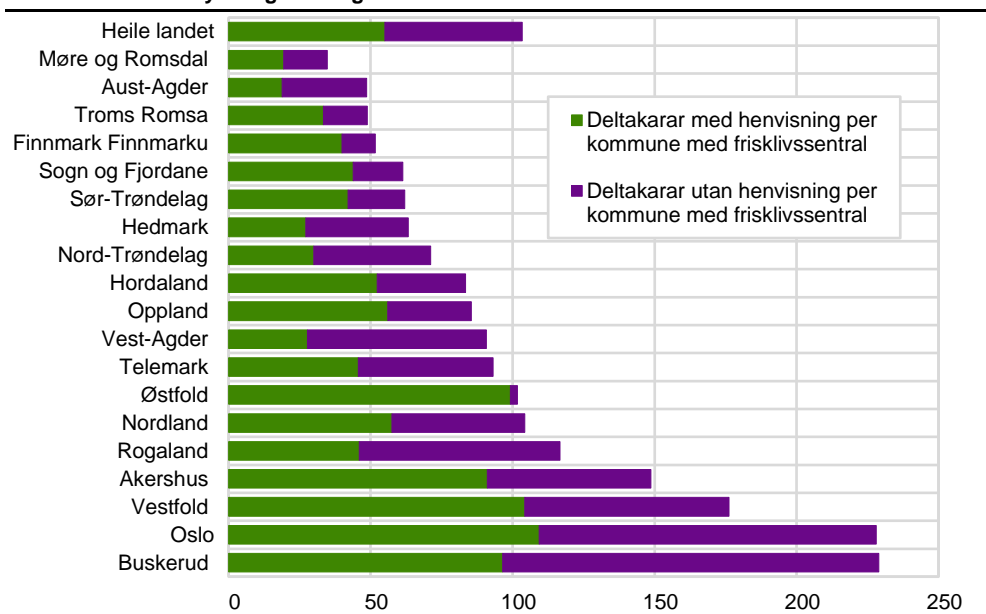
Det er tidlegare vist at det er store regionale variasjonar når det gjeld delen kommunar som har etablert frisklivssentralar. Dette gjeld både mellom fylka, mellom små og store kommunar og mellom mindre og meir sentrale kommunar. I tillegg har resultatata frå kartleggingane i 2013 og 2016 vist at dekningsgraden av årsverk ved frisklivssentralane varierer etter dei same regionale bakgrunnskjenne-teikna. I forhold til innbyggjarar er det i små og mindre sentrale kommunar at dekningsgraden er høgast ved frisklivssentralane, og lågast i større sentrale kommunar.

Det er interessant å sjå kor mange deltakarar det er ved frisklivssentralar, og korleis dei fordeler seg mellom ulike regionale bakgrunnskjenne-teikn. Vidare vil det vere interessant å sjå om det er skilnader i talet på årsverk per deltakar mellom fylka, mellom små og store kommunar og mellom sentrale og mindre sentrale kommunar. Resultat frå den førre rapporten (Ekornrud og Thonstad 2016) viste at det i 2013 var flest deltakarar per årsverk i store kommunar i sentrale strom. Samstundes utgjorde deltakarar ved frisklivssentralar i små kommunar i mindre sentrale strom ein større del av innbyggjarane samanlikna med i større kommunar. Det vil vere interessant å sjå om resultatata for 2016 viser det same.

Grunnlagstala viser at det var vel 27 000 personar som deltok ved eitt eller fleire av tilboda i kommunar med frisklivssentralar i 2016. Dette er ein auke på 11 000 personar, eller i underkant av 70 prosent frå 2013. Om lag halvparten av deltakarane i 2016 var tilvist til frisklivssentralen, medan den resterande halvparten som deltok gjorde det utan tilvising. Delen som deltok med tilvising har gått ned mellom 2013 og 2016. Elles viser tala at Buskerud er fylket med flest deltakarar ved frisklivssentralane, medan Aust-Agder var fylket med færrest (høvesvis 4 580 og 437).

Figur 5.3 viser talet på deltakarar med og utan tilvising per kommune med frisklivssentral, fordelt etter fylke i 2016.

Figur 5.3 Personar per kommune som har nytta tilbodet i kommunar med frisklivssentral, etter fylke og tilvising. 2016

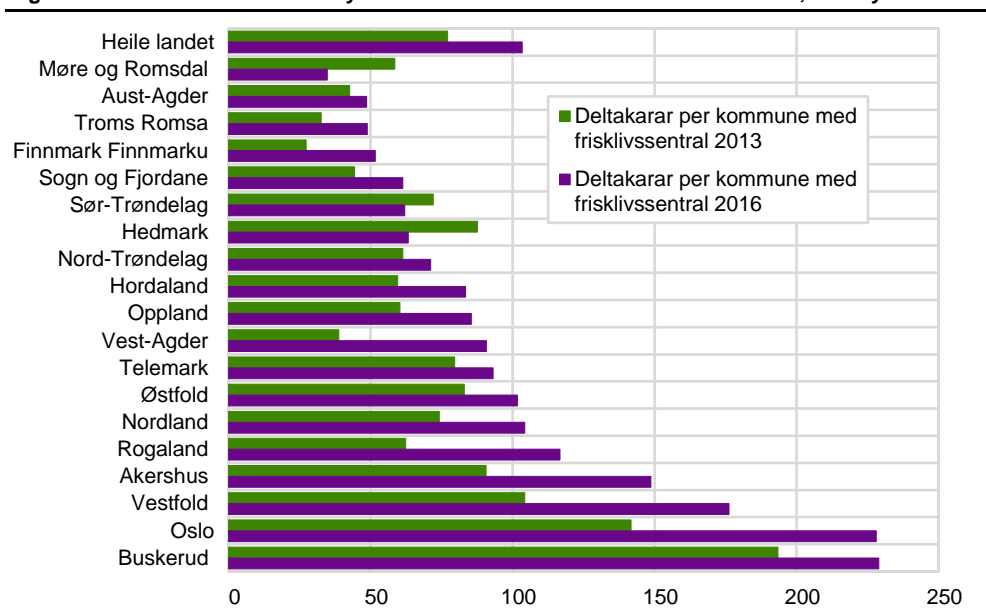


Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at det var i gjennomsnitt 103 deltakarar som deltok på eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralar i 2016. Tala viser elles at det er store fylkesvise skilnader når det gjeld kor mange som har delteke på tilboda ved frisklivssentralane.

Møre og Romsdal er det fylket der færrest personar har delteke per kommune som har frisklivssentral i 2016. Tilsvarande er Buskerud det fylket som har flest som har delteke. Medan det i gjennomsnitt var 35 personar per kommune med frisklivssentral som deltok i Møre og Romsdal, var tilsvarande tal 229 personar i Buskerud. Figuren viser elles at det er fylkesvise forskjellar når det gjeld om det er flest personar med tilvising som har deltatt på tilboda. I elleve av fylka er det flest med tilvising, medan det er flest utan tilvising som deltok i åtte av fylka. I Buskerud og Oslo, som er dei to fylka med flest deltakar per kommune/bydel med frisklivssentralar, er det flest deltakarar utan tilvising.

Figur 5.4 Personar som har nytta tilbodet i kommunar med frisklivssentral, etter fylke



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

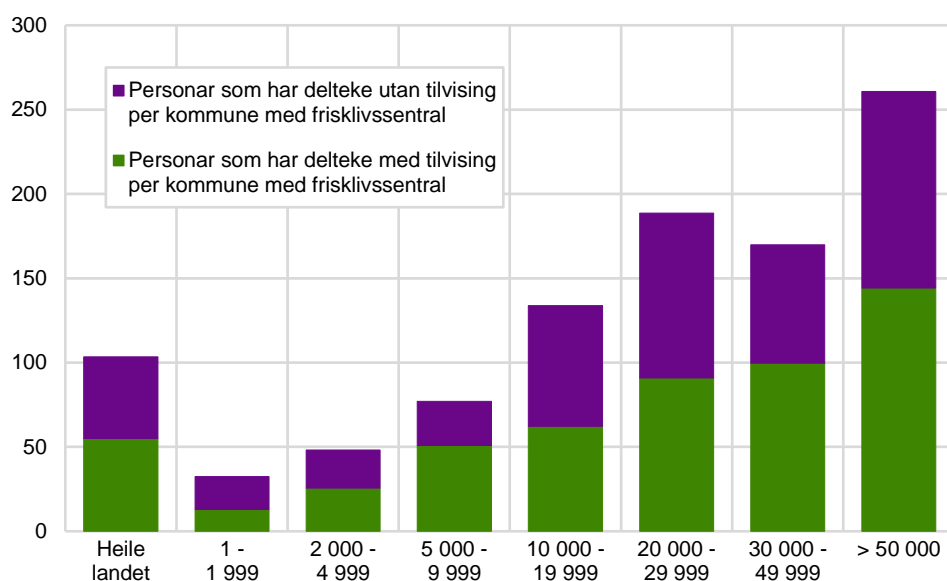
Figur 5.4 viser talet på deltakarar per kommunane med frisklivssentral fordelt etter fylke i 2013 og 2016.

Figur 5.4 viser talet på deltakarar per kommune med frisklivssentral har auka frå 77 til 103 deltakarar mellom 2013 og 2016. 16 av 19 fylke har hatt ein auke i deltakarar. Den største prosentvise auken er i fylka Vest-Agder og Rogaland. Dette er to fylke som òg har hatt ein auke i personelldekning mellom 2013 og 2016. Den minste prosentvise auken finn ein Aust-Agder, som også er eitt av fylka med liten auke dekningsgrad i den same perioden. Dei tre fylka som har hatt ein prosentvis nedgang i deltakarar mellom 2013 og 2016 er Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Hedmark.

Grunnlagstala viser elles at det er ein nedgang når det gjeld personar som deltek med tilvising mellom 2013 og 2016. Medan 68 prosent av deltakarane var tilvist til frisklivssentral i 2013, var det tilsvarende talet 53 prosent i 2016. Ei av årsakene til at fleire som deltek ikkje har tilvising, kan vere at frisklivssentralar og kursa som blir haldne er blitt betre kjent blant innbyggjarane i kommunar med tilbodet enn kva som var tilfelle tidlegare.

Det vil elles vere interessant å sjå korleis talet på deltakarar varierer etter kommunestorleik. Figur 5.5 viser talet på deltakarar med og utan tilvising per kommune med frisklivssentral, fordelt etter kommunestorleik i 2016.

Figur 5.5 Talet på personar som har delteke med og utan tilvising per kommune med frisklivssentral. Kommunestorleik. 2016



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at det er flest deltakarar per kommune med frisklivssentral i dei største kommunane, medan det er færrest personar som deltek i dei minste. Figuren viser elles at talet på deltakarar per frisklivssentral stort sett aukar med stigande kommunestorleik.

Det var flest deltakarar per frisklivssentral i kommunar med over 50 000 innbyggjarar, og færrest i kommunar med under 2 000. Medan det var 261 deltakarar per frisklivssentral i kommunar med over 50 000 innbyggjarar, var det tilsvarende talet 32 deltakarar blant kommunar med under 2 000 innbyggjarar. Det er forskjellar når det gjeld deltakarar med og utan tilvising som deltek på tilbod ved frisklivssentral fordelt etter kommunegrupper. Samstundes er det ikkje systematiske forskjellar. Det er i kommunar med 10 000 – 19 999 innbyggjarar at

delen deltakarar med tilvising er høgast, med 66 prosent, medan det er i dei minste kommunane at delen er lågast, med 40 prosent. Ei årsak til dette kan vere at tilbodet er betre kjent i små kommunar, slik at ein ikkje naudsynt treng å gå via fastlege eller andre instansar med tilvising for å nytte seg av tilboda ved frisklivssentralen. I større kommunar er det kan henda ein lågare del av befolkninga som kjenner til tilbodet, og blir gjort merksam på tilbodet i kontakt med instansar som tilviser, t.d. fastlegen. I større kommunar kan det òg, av kapasitetsomsyn, i større grad vere slik at ein berre kan ta inn pasientar med tilvising.

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

Ei samanlikning av tala for 2013 og 2016 viser omtrent dei same tendensane. Talet på deltakarar aukar med stigande kommunestorleik. Samstundes har forskjellen i talet på deltakarar blitt større mellom dei minste og største kommunane mellom dei to årgangane. Medan talet på deltakarar er uendra mellom 2013 og 2016 for kommunar med under 2 000 innbyggjarar med 32, har tilsvarende tal auka frå 145 til 261 deltakarar i kommunar med over 50 000 innbyggjarar.

Ein gjennomgang av grunnlagstala for 2016 fordelt etter kommunesentralitet viser dei same tendensane som for kommunestorleik. Det er færrest deltakarar per kommune med frisklivssentral i dei minst sentrale kommunane. Samstundes er det flest deltakarar per kommune med frisklivssentralar i dei mest sentrale. Talet på deltakarar stig jamt med aukande sentralitet. Medan det var 55 deltakarar per kommune med frisklivssentral i dei minst sentrale kommunane, var det tilsvarende talet 155 i dei mest sentrale kommunane. Vidare er det flest personar med tilvising som deltek ved eitt eller fleire at tilboda ved frisklivssentralane i alle sentralitetsgruppene. Unntaket er i gruppa med sentrale kommunar der delen med tilvising er 50 prosent.

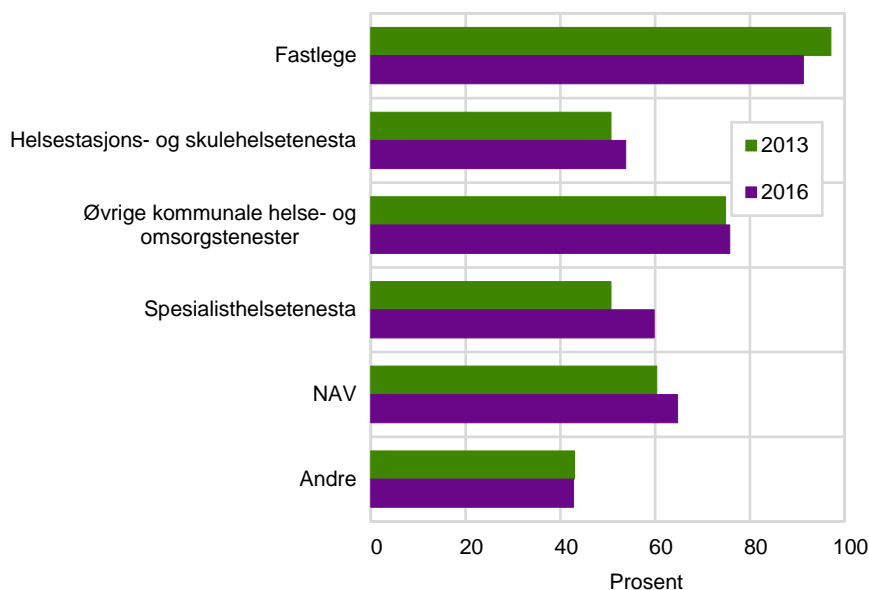
Ei samanlikning av tala for 2013 og 2016 viser dei same tendensane for begge årgangane. Talet på deltakarar aukar jo meir sentrale kommunane er. Samstundes viser samanlikningane mellom dei to årgangane for kommunesentralitet dei same tendensane som resultatata for kommunestorleik. Forskjellen i talet på deltakarar mellom dei minst sentrale og sentrale kommunane har auka mellom 2013 og 2016. Medan det var 40 deltakarar i dei minst sentrale kommunane i 2013, var tilsvarende tal 55 i 2016. For sentrale kommunar var talet på deltakarar 106 i sentrale kommunar i 2013 og 155 i 2016. Det betyr at differansen har auka frå 66 til 100 deltakarar mellom dei to årgangane. Dette tyder på at større sentrale kommunar oppnår stordriftfordelar som gjer det mogleg å inkludere fleire deltakarar på enkelte av tilboda og kursa som blir gitt ved frisklivssentralane.

5.2. Flest deltakarar blir tilvist av fastlege til frisklivssentralar

Når det gjeld tilvisingar, kan personar bli tilvist av fastlege, anna helsepersonell og NAV, eller ta direkte kontakt med frisklivssentralen. Litt over halvparten av deltakarane på frisklivssentralar i 2016 var tilviste. Figur 5.6 viser ein oversikt over

kommunar med frisklivssentralar som har fått tilvist personar frå ulike tenester i 2013 og 2016.

Figur 5.6 Ulike tenester som har tilvist personar i kommunar med frisklivssentralar



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 5.6 viser at nær alle kommunar med frisklivssentralar har fått tilvist personar frå fastlegetenesta i 2016. Vidare viser figuren at andre kommunale helse- og omsorgstenester og NAV, er dei to andre tenestene som flest kommunar har fått tilvist deltakarar frå.

Fastlegen er tenesta som flest kommunar har fått tilvist deltakarar frå. Medan 91 prosent av kommunane hadde fått tilvist personar frå fastlege i 2016, var det 76 prosent som hadde fått tilvist personar frå andre kommunale helse- og omsorgstenester og 65 prosent frå NAV. 60 prosent av kommunane med frisklivssentral hadde fått tilvist personar frå spesialisthelsetenestena, medan om lag halvparten hadde fått tilvist personar frå helsestasjons- og skulehelsetenesta.

Figuren viser elles at 43 prosent av kommunane rapporterte å ha fått personar frå andre etatar eller tenester i 2016. Ein gjennomgang av svara frå kommunane som har rapportert «Andre» viser at det er mange andre etatar og tenester som også har tilvist deltakarar. Mellom anna blir følgjande andre tenester/etatar nemnd: privatpraktiserande fysioterapeutar, privatpraktiserande psykologar, aktiv på dagtid, rehabiliteringssenter, DPS, kiropraktor, barnevernstenesta, flyktningtenesta i kommunen, friviljugsentralen, attføringssenter, Fretex, bedriftshelsetenesta, arbeidsgivarar, personalavdelinga i kommunen, rustenesta, pårørande, senter for sjukeleg overvekt og andre rehabiliteringsinstitusjonar. Fleire kommunar svarer òg at dei ikkje har opning for tilvising ved sine frisklivssentralar med omsyn til kravet om å vera ei lågterskeltilbod.

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

fylkesvise skilnader når det gjeld delen tilvisingar frå dei ulike tenestene eller etatane.

Tabell 5.2 viser ein oversikt over delen kommunar som har fått tilvist deltakarar frå ulike tenester fordelt etter fylke i 2016.

Tabell 5.2 Ulike tenester som har tilvist personar i kommunar med frisklivssentralar. Fylke. Prosent. 2016.

	Fastlege	Helsestasjons- og skulehelse-tenesta	Andre kommunale helse- og omsorgstenester	Spesialisthelsetenesta	NAV	Andre
Heile landet	91	54	76	60	65	43
01 Østfold	67	0	33	17	50	33
02 Akershus	100	72	78	94	83	56
03 Oslo	100	73	100	82	91	45
04 Hedmark	93	64	93	71	64	64
05 Oppland	95	59	82	77	68	64
06 Buskerud	95	50	85	70	90	65
07 Vestfold	100	36	91	73	55	55
08 Telemark	100	69	100	77	77	38
09 Aust-Agder	67	56	78	44	33	11
10 Vest-Agder	93	50	64	29	43	14
11 Rogaland	100	60	87	73	73	20
12 Hordaland	86	43	57	50	50	29
14 Sogn og Fjordane	100	69	92	54	92	38
15 Møre og Romsdal	71	43	71	43	57	43
16 Sør-Trøndelag	100	67	58	25	50	33
17 Nord-Trøndelag	75	42	67	42	33	42
18 Nordland	91	59	68	64	64	55
19 Troms	93	40	67	53	60	33
20 Finnmark	78	22	33	33	56	22

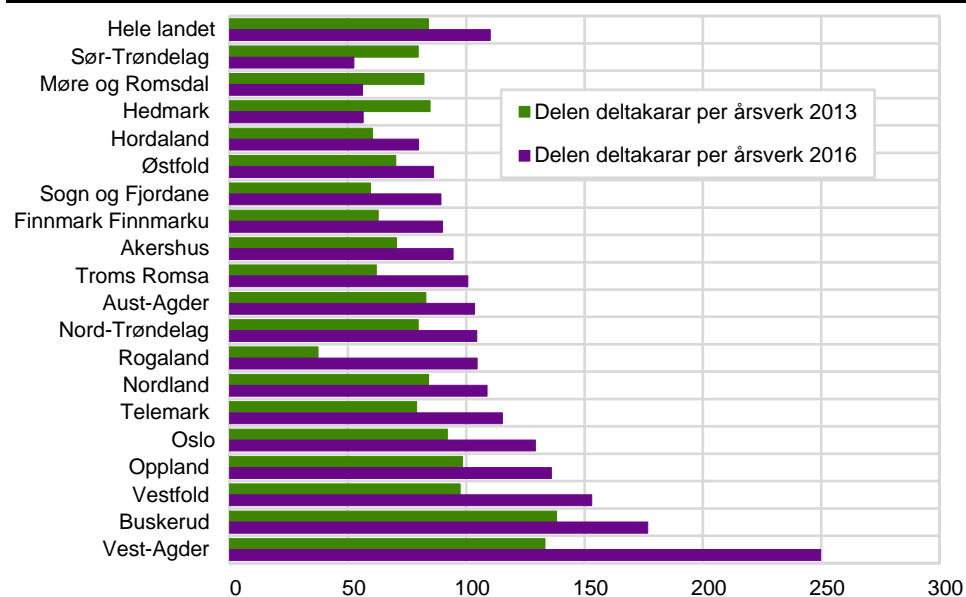
Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.2 viser at tilviste personar frå fastlege er mest vanleg i dei aller fleste fylka. Vidare er tilvisingar frå andre kommunale helse- og omsorgstenester nest mest vanleg i fleirtalet av fylka. Resultata for tilvisingar syner at det er fylkesvise forskjellar for kommunar med frisklivssentralar når det gjeld tilvisingar frå dei andre tenestene eller etatane. Grunnlagstala viser elles at fastlege er den tenesta flest får tilvisingar frå både fordelt etter kommunestorleik og kommunesentralitet. Det er elles ein tendens til at delen kommunar som får tilvisingar frå andre kommunale helse- og omsorgstenester, er høgare blant dei mest sentrale og store kommunane. Den same tendensen ser òg ut til å vere gjeldande for tilvisingar frå NAV og helsestasjons- og skulehelsetenesta. For dei andre etatane og tenestene som har tilvist, er det små variasjonar etter kommunestorleik og kommunesentralitet.

5.3. Årsverksdekning per deltakarar som nyttar frisklivssentralar

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

Figur 5.7 viser kor mange deltakarar det er per årsverk ved frisklivssentralar for heile landet og fordelt etter fylke i 2013 og 2016.

Figur 5.7 Deltakarar på frisklivssentral per årsverk. Heile landet og fylkesvis

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 5.7 viser at det er om lag 110 deltakarar per årsverk ved frisklivssentralar i heile landet i 2016. Dette er ein auke frå 2013 då talet på deltakarar per årsverk var 84, som svarer til 31 prosent. Figuren viser elles at det er fylkesvise skilnader i deltakarar per årsverk.

Sør-Trøndelag er fylket i 2016 der det er færrest deltakarar per årsverk og Vest-Agder er fylket med flest deltakarar per årsverk. Medan Sør-Trøndelag hadde om lag 52 deltakarar per årsverk, var det tilsvarande talet 250 i Vest-Agder. Blant andre fylke der det er relativt få deltakarar per årsverk finn ein Møre- og Romsdal, Hedmark og Hordaland. Når det gjeld andre fylke som har relativt mange deltakarar per årsverk, finn ein Vestfold og Buskerud med høvesvis 153 og 177.

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

For det andre kan storleiken på målgruppene, som kan nytte seg av tilboda ved frisklivssentralane i fylka, vere ulike. Dersom målgruppa er særleg stor i enkelte fylke, er det grunn til å anta at det er fleire deltakarar her per årsverk samanlikna med i andre fylke. Når det gjeld Vest-Agder og Buskerud, er dette dei to fylka med flest kommunar med frisklivssentral. Buskerud har elles kome lengre i arbeidet med etablering og tilbod ved sentralane samanlikna med dei fleste andre fylke. Det kan tyde på at Buskerud har tileigna seg betre kompetanse når det gjeld å inkludere fleire deltakarar per årsverk enn i andre fylke. Det kan òg vere at kommunar med frisklivssentral i enkelte fylke også har andre førebyggjande tilbod utanfor frisklivssentralen og såleis fører til at mange potensielle deltakarar nyttar seg av desse tilboda i staden for. Det kan føre til at deltakarar per årsverk vil vere lågare i desse kommunane samanlikna med andre.

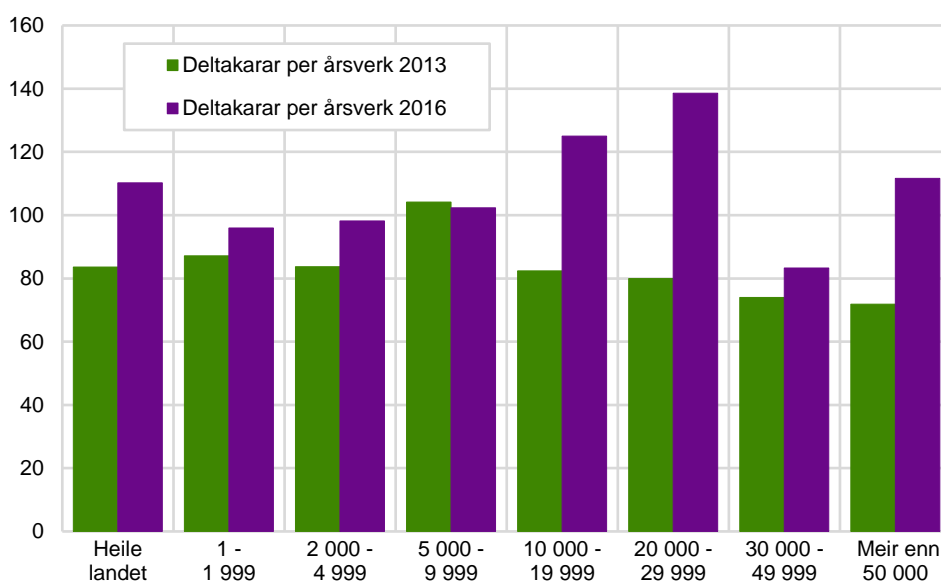
Heile 16 av 19 fylke har hatt ein auke i deltakarar per årsverk mellom 2013 og 2016. Den største prosentvise auken finn ein i Rogaland, som har hatt ein auke frå 37 til 105 deltakarar per årsverk mellom 2013 og 2016, og Vest-Agder, som har hatt ein auke frå 133 til 250 deltakarar. Sør-Trøndelag har hatt den største prosentvise nedgangen i perioden. Talet på deltakarar per årsverk har gått ned frå 80 i 2013 til 52 i 2016, som svarer til ein nedgang på 34 prosent.

Deltakarar per årsverk bør òg sjåast i samanheng med personelldekninga i forhold til heile befolkninga i fylka. Ei samanlikning av figur 5.8 og tabell 5.1 viser at det ikkje naudsynt er samanfall mellom personelldekninga i befolkninga totalt og personelldekninga for deltakarane ved frisklivssentralane i dei ulike fylka. I enkelte fylke er det høg dekningsgrad i befolkninga totalt, men låg dekningsgrad blant dei som deltek. I andre fylke er det motsett med låg dekningsgrad i befolkninga totalt og høg dekningsgrad blant dei som deltar. Det kan vere fleire mekanismar som spelar inn og bidreg til dette. Mellom anna er det truleg eit uttrykk for at delen av befolkninga som deltek ved tilbod ved frisklivssentralar varierer mellom fylka.

Ein gjennomgang av grunnlagstala viser at det er store variasjonar mellom fylka når det gjeld delen av befolkninga som deltar på eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralane. Medan deltakarane utgjer 1,7 prosent av heile befolkninga i Buskerud, utgjer dei under 0,3 prosent i Hordaland og Sør-Trøndelag. Det er lite som tyder på at det er så store skilnader i storleiken til målgruppene, som frisklivssentralar ønskjer å nå, på tvers av fylka. Samstundes kan det vere eit uttrykk for at enkelte fylke heller vel å organisere førebyggjande helsearbeid på andre måtar enn etter rettleiaren for kommunale frisklivssentraler, eventuelt at ein større del av befolkninga som potensielt er i målgruppa nyttar seg av andre tilbod, som t.d. blir gitt innanfor dei tradisjonelle helse- og omsorgstenestene i kommunane.

Figur 5.8 viser kor mange deltakarar det er per årsverk ved frisklivssentralar, fordelt etter kommunestorleik i 2013 og 2016.

Figur 5.8 Deltakarar på frisklivssentral per årsverk. Heile landet og kommunestorleik



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 5.8 viser at det er flest deltakarar per årsverk blant kommunar med 20 000 – 29 999 innbyggjarar i 2016. Talet på deltakarar per årsverk med kommunestorleik aukar fram til og med kommunar med 20 000 – 29 999 innbyggjarar, før det blir

reduisert i kommunegruppa med 30 000 – 49 999 innbyggjarar. Deretter aukar det att blant kommunar med meir enn 50 000 innbyggjarar.

Det er flest deltakarar per årsverk i kommunar med 20 000 – 29 999 innbyggjarar og færrest deltakarar per årsverk i kommunane med 30 000 – 49 999 innbyggjarar. Medan det var 139 deltakarar per årsverk i kommunegruppa med 20 000 – 29 999 innbyggjarar, var tilsvarande tal 83 deltakarar for kommunegruppa 30 000 – 49 999 innbyggjarar. For dei andre kommunegruppene viser tala relativt små forskjellar for årsverk per deltakar.

Ein gjennomgang av grunnlagstala for 2016 viser elles at talet på deltakarar per årsverk er høgast i sentrale kommunar med 117 deltakarar per årsverk. I mindre sentrale kommunar er talet lågast med 79. Det er verd å merke seg at i dei minst sentrale kommunane er derimot talet på deltakarar per årsverk nokså høgt med 109. Resultata viser om ikkje anna at det ikkje er systematiske forskjellar når det gjeld talet på deltakarar per årsverk mellom små og store kommunar. Det kan også vere eit uttrykk for at det er ulike tilbod som dominerer meir i enkelte kommunegrupper enn andre. Til dømes kan ei opphoping av frisklivssentralar som tilbyr ulike gruppetilbod og kurs, som tillèt fleire å delta per årsverk, gjera at det er variasjonar mellom dei ulike kommunegruppene.

Ei samanlikning av tala fordelt etter kommunestorleik mellom 2013 og 2016 viser at talet på deltakarar per årsverk har auka i alle kommunegrupper utanom for kommunar med 5 000 – 9 999 innbyggjarar. Samstundes har den største auken mellom dei to årgangane vore i kommunegrupper med 10 000 – 19 999, 20 000 – 29 999 og meir enn 50 000 innbyggjarar, altså blant relativt store kommunar målt i innbyggjartal.

5.4. Oppsummering – Tilsette og deltakarar ved frisklivssentralar

Det var i alt 248 avtalte årsverk tilsett ved frisklivssentralar i 2016. Dette er i gjennomsnitt 0,9 årsverk per kommune som har etablert tilbodet. Fysioterapeutar utgjer den klart største yrkesgruppa med over halvparten av årsverka. Sjølv om fysioterapeutar utgjer den største delen av årsverka ved frisklivssentralar, er det mykje ulikt personell med ulike utdanningar innanfor helse, ernæring, trening og pedagogikk som jobbar ved frisklivssentralar. Det er grunn til å anta at fleire av dei ulike yrkesgruppene er involverte i bestemte kurs som pasientane får tilbod om ved frisklivssentralane og at samansetnaden difor varierer etter behov. Utviklinga mellom 2013 og 2016 viser at det har vore ein auke i talet på avtalte årsverk med 30 prosent. Samstundes er årsverk per kommune med frisklivssentral uendra mellom dei to åra.

Dekningsgraden for personell ved frisklivssentralar i forhold til innbyggjartal varierer mellom fylka. Vidare er det høgast i små kommunar og lågast i dei store kommunane. Dekningsgraden fell elles eintydig med aukande kommunestorleik. Kartlegginga viser samstundes at dekningsgraden er høgast i dei minst sentrale kommunane og lågast i dei mest sentrale kommunane. Det er fleire forhold som spelar inn og kan bidra til å forklare skilnadene mellom kommunane på tvers av ulike regionale kjenneteikn, som til dømes ulik tilgang på økonomiske ressursar, personell og befolkningsgrunnlag i målgruppa. Utviklinga mellom 2013 og 2016 viser at dekningsgraden i forhold til innbyggjartal er uendra for landet totalt. Samstundes er forskjellane i dekningsgraden noko mindre mellom små, mindre sentrale kommunar og større sentrale kommunar i 2016 enn i 2013.

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

Om lag 27 000 personar deltok på eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralane i kommunane i 2016. Dette utgjer i gjennomsnitt 103 deltakarar per kommune som har etablert frisklivstilbodet. Tala viser elles forskjellar etter regionale bakgrunnskjenne-teikn. Mellom anna viser resultatata at det er fylkesvise skilnader når det gjeld kor mange deltakarar som har nytta tilboda ved sentralane. Medan det var flest deltakarar per kommune med frisklivssentral i Buskerud, var det færrest i Møre og Romsdal. Vidare viser resultatata at det er flest deltakarar per kommune med frisklivssentral i dei største og mest sentrale kommunane og færrest i dei minste sentrale kommunane med færrest innbyggjarar. Utviklinga viser at det har vore ein auke på 11 000 deltakarar på frisklivssentralar mellom 2013 og 2016, medan talet på deltakarar per kommune med frisklivssentralar har auka frå 77 til 103. Vidare viser ei samanlikning at talet på deltakarar per kommune med frisklivssentral er lågast i små kommunar i mindre sentrale strok og høgast i større kommunar i sentrale strok. Samstundes har forskjellen i talet på deltakarar auka mellom 2013 og 2016 mellom små og store kommunar. Ei samanlikning av tala for dei to åra viser elles at delen deltakarar med tilvising har minska.

Resultata viser elles at nær alle kommunar med frisklivssentralar har fått tilvist personar frå fastlegetenesta i 2016. I tillegg får frisklivssentralane tilvist personar frå andre aktørarar. Kommunale helse- og omsorgstenester og NAV er dei to andre tenestene der flest kommunar har fått tilvist deltakarar frå. Resultata viser elles regionale forskjellar både etter fylke, kommunestorleik og kommunesentralitet for kven frisklivssentralen får tilvist personar frå. Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser relativt små endringar når det gjeld kva aktørar frisklivssentralane får tilvist personar frå på landsnivå. Det er samstundes nokre endringar mellom dei to årgangane dersom ein ser på resultatata etter ulike regionale bakgrunnskjenne-teikn.

Dersom ein ser på dekningsgraden for personell ved frisklivssentral per deltakar, viser resultatata at det var 110 deltakarar per årsverk ved frisklivssentralar i landet totalt. Samstundes er det også nokre forskjellar langs ulike regionale bakgrunnskjenne-teikn. Mellom anna ser det ut til at dekningsgraden per deltakar er lågast i store kommunar i sentrale strok og høgast i mindre kommunar i mindre sentrale strok. Ei av årsakene til dette er nok at større kommunar oppnår nokre stordriftsfordelar som gjer det mogleg å tilby fleire innbyggjarar eit tilbod per årsverk enn i små kommunar. Samstundes er det nokså små skilnader i deltakarar per kommune fordelt både etter kommunestorleik og kommunesentralitet. Resultata tyder på at kommunar, uavhengig av storleik eller sentralitet justerer ressursinnsatsen etter deltakarar. Motsett er det også grunn til å tru at tilgjengelege ressursar er med og set grenser for kor mange deltakarar kvar frisklivssentral har kapasitet til å ta inn. Utviklinga mellom 2013 og 2016 viser elles relativt små endringar etter regionale bakgrunnskjenne-teikn. Samstundes er det ein auke i talet på deltakarar per årsverk. Det inneber at fleire får eit tilbod i 2016 enn i 2013 for dei same personellressursane.

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

Om lag to av tre kommunar hadde etablert eigen frisklivssentral eller frisklivssentral i samarbeid med andre kommunar i 2016. Resultata for 2016 viste at det er store fylkesvise skilnader i delen kommunar som har etablert tenesta. I tillegg er det ein tendens til at fleire større kommunar og dei i sentrale strok har etablert tilbodet enn i mindre kommunar i mindre sentrale strok. Det er også flest deltakarar per kommune med frisklivssentralar i dei større og sentrale kommunane. Vidare viser resultata frå 2016 at talet på deltakarar per årsverk varierer mellom fylka. Dersom ein ser på deltakarar per årsverk fordelt etter kommunesentralitet, er det flest deltakarar per årsverk i store kommunar i sentrale strok. Sjølv om to av tre kommunar har etablert tilbodet, kan innhald og omfang ved kvar frisklivssentral variere. Det vil difor vere interessant å sjå kva tilbod kommunane tilbyr ved sentralane, og korleis tilboda fordeler seg etter regionale bakgrunnskjenneiteikn i 2016. I tillegg vil det vere interessant å sjå på utviklinga mellom 2013 og 2016 når det gjeld kva tilbod som blir gitt og omfanget av dei.

I rettleiaren for kommunale frisklivssentralar anbefaler Helsedirektoratet at kommunane som eit minimum prioriterer ressursar til eit tidsavgrensa, strukturert rettleiings- og oppfølgingstilbod over tolv veker. Oppfølgingstilbodet startar og blir avslutta med ein helsesamtale som er basert på motiverande intervju (Helsedirektoratet 2017). Frisklivssentralane skal gi tilbod om individuell og grupperatta rettleiing knytt til fysisk aktivitet, kosthald og snus- og røykeslutt. Plan for oppfølgingsperioden skal bli tilpassa den enkelte deltakar. Undervegs skal deltakarane bli informert om, introdusert til og få moglegheit til eventuelt å prøve ut lokale tilbod og aktivitetar som dei kan halda fram med på eiga hand etter dei 12 vekene er over. Som tidlegare nemnd kan gruppetilbod og kurs bli gitt i eigen regi og/eller i samarbeid med andre aktørar eller nabokommunar (Helsedirektoratet 2017).

I kartleggingane som blei gjennomført av SSB for 2013 og 2016 blei kommunane bedne om å svare på om dei hadde gjennomført følgjande tilbod ved frisklivssentralen og kor mange deltakarar som eventuelt hadde deltatt på dei ulike tilboda (sjå meir vedheng A):

- Frisklivsresept - *er ein tilvisingsblankett som gir tilgang til eit tidsavgrensa, strukturert rettleiings- og oppfølgingstiltak som startar og avsluttast med ein helsesamtale.*
- Bra mat for betre helse kurs (Bra Mat kurs)
- Snus – og røykesluttkurs
- Individuelt røykesluttkurs (berre kartlagt i 2016)
- Kurs i depresjonsmeistring (KID)
- Kurs i meistring av belastningar (KIB)
- Søvnkurs
- Gruppetilbod fysisk aktivitet
- Temabaserte samlingar
- Tilbod tilrettelagt for barn, unge og familiane deira
- Tilbod tilrettelagt for eldre
- Likemannstilbod (Samhandling mellom personar som opplever å vere i same livssituasjon og kor sjølv samhandlinga har som mål å vere til støtte i rettleiing partane imellom.)
- Andre kurs

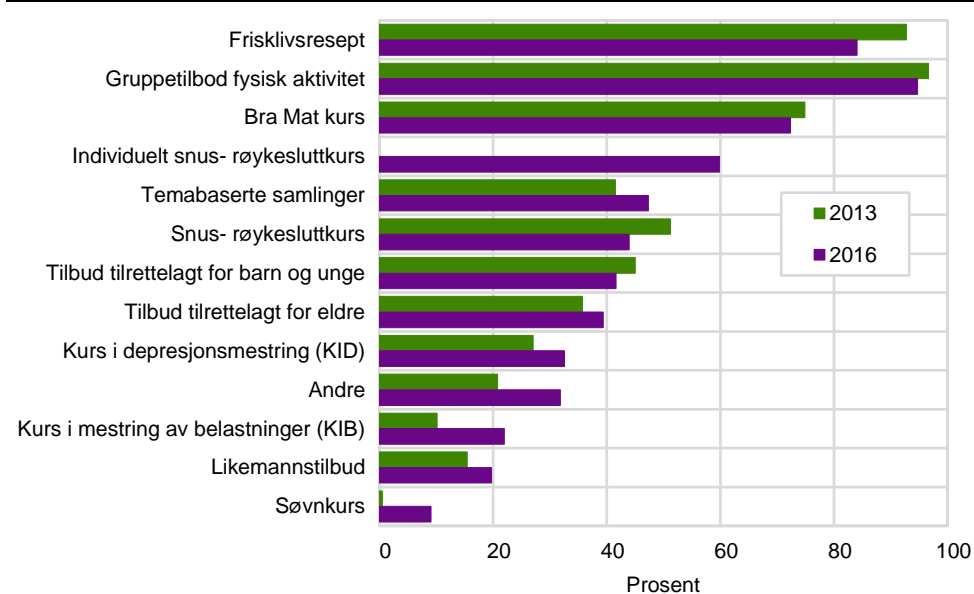
I rettleiaren for frisklivssentralar er dei ulike tilboda og kursa nærare omtala når det gjeld innhald, tekniske prosedyrar og framgangsmåtar. Helsedirektoratet tilbyr i tillegg kompetansegejevande kurs for personell ved frisklivssentralane knytt til dei

ulike tilboda/kursa. På nettsidene til Helsedirektoratet kan ein finne relevant informasjon som gjeld dei ulike tilboda og kursa. Nettsidene har mellom anna rikhaldig med materiell om gjennomføring av helsesamtalen med deltakarane ved start og avslutning av «oppbaldet» ved frisklivssentralen. I rettleiaren er dei ulike tilboda grundig omtala, og det er òg lenkjer til andre nettstader som har meir informasjon om dei ulike kursa og tilboda.

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

Figur 6.1 viser ein oversikt over delen kommunar som har gjennomført ulike tilbod ved frisklivssentralar i 2013 og 2016.

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



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 6.1 viser at det er skilnader i kor stor grad kommunar med frisklivssentralar tilbyr dei ulike kursa og tilboda i 2016. Nær alle kommunar med frisklivssentralar har frisklivsresept (84 prosent) som ein del av tenesta. Vidare viser figuren at nær alle kommunane òg tilbyr gruppetilbod for fysisk aktivitet (95 prosent). 72 prosent av kommunane med frisklivssentralar tilbyr Bra Mat kurs, 60 prosent tilbyr individuelt snus- og røykesluttkurs, medan 44 prosent av kommunane tilbyr snus- og røykesluttkurs som gruppetilbod.

Figuren viser elles at det var 47 prosent av kommunane med frisklivssentralar som hadde temabaserte samlingar, 42 prosent som hadde tilbod tilrettelagt for barn og unge med deira familiar, 39 prosent som hadde tilbod tilrettelagt for eldre og 20 prosent hadde likemannstilbud. Medan det vart 33 prosent av kommunane som tilbydde kurs i depresjonsmeistring (KID), var tilsvarande tal 22 prosent for kurs i meistring av belastningar (KIB).

Om lag 32 prosent av kommunane med frisklivssentral rapporterer òg å tilby andre typar kurs og tilbod. Ein gjennomgang av svara til kommunane som har rapportert at dei har andre tilbod, viser at døme på dette kan vere aktiv på dagtid,

diabeteskurs, alkohuttkurs, strukturkurs, individuell rettleiing til dømes på kosthald, bassengtrening, avspenningskurs m.m.

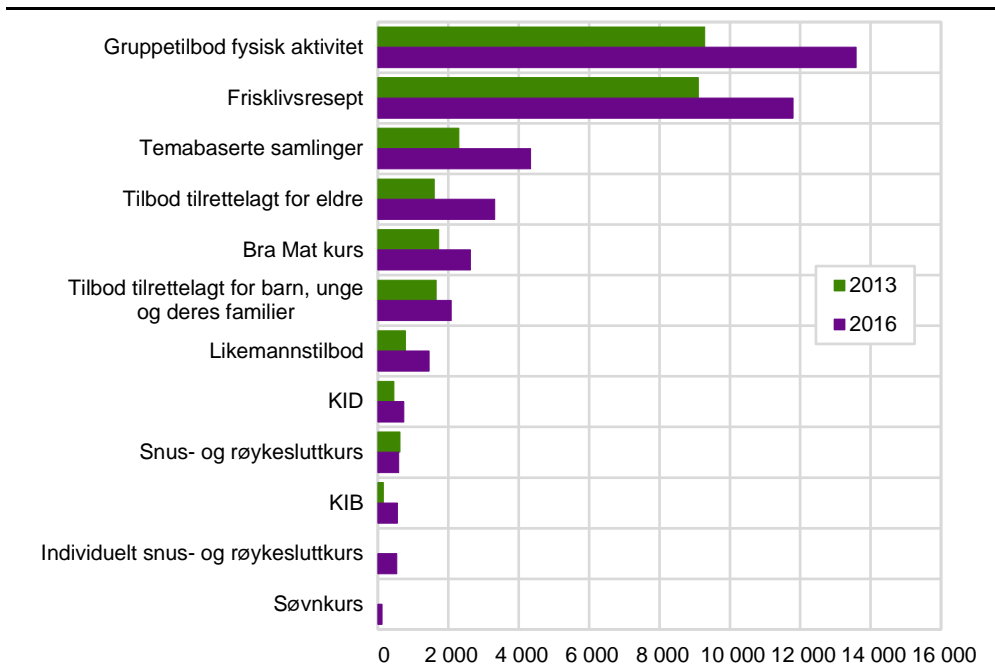
Ei samanlikning av tala for 2013 og 2016 viser jamt over små endringar. Dei kursa som blei tilbydd av flest kommunar i 2013, blir framleis tilbydd av flest i 2016. Dei aller fleste kommunane med frisklivssentralar tilbyr frisklivsresept. Det er likevel ein nedgang på 9 prosent i delen kommunar som tilbyr dette mellom 2013 og 2016. Gruppetilbod for fysisk aktivitet blir tilbydd av dei aller fleste kommunane både i 2013 og 2016 og det er lita endring mellom dei to årgangane. Den største prosentvise auken mellom er for søvnkurs og for kurs i meistring av belastningar (KIB). Medan det var nær ingen kommunar som tilbydde søvnkurs i 2013, var det 9 prosent i 2016. For KIB var det 10 prosent av kommunane som tilbydde dette i 2013 og 22 prosent i 2016, som svarer til ein auke på 117 prosent.

Den største prosentvise nedgangen mellom 2013 og 2016 er for snus- og røykesluttkurs. Medan det var 51 prosent av kommunane som tilbydde dette kurset i 2013, var tilsvarende tal 44 prosent i 2016, som svarer til ein nedgang på 14 prosent. Her bør det nemnast at heile 60 prosent av kommunane tilbyr individuelt snus- og røykesluttkurs i 2016. Det kan sjå ut som kommunar med frisklivssentralar vel å prioritere dette i større grad enn det tradisjonell snus- og røykesluttkurset. Kan henda blir det vanskelegare å samle nok deltakarar til eit gruppetilbod, sidan delen personar som røykjer dagleg i befolkninga stadig går nedover. I 2013 var 15 prosent personar som røykjer dagleg, medan det var 12 prosent i 2016. Delen som bruker snus stig derimot (www.ssb.no/helse/statistikker/royk). Ein gjennomgang av grunnlagstala viser at det er 72 prosent av kommunane som tilbyr vanleg snus og røykesluttkurs og/eller individuelt snus- og røykesluttkurs, medan det er 32 prosent av kommunane som tilbyr begge kursa i 2016.

Ei samanlikning av kommunar som hadde frisklivssentral i både 2013 og 2016 med kommunar som berre hadde frisklivssentral i 2016 viser at tilbodet er meir omfattande i kommunar som hadde tilbodet begge åra. Med meir omfattande meiner ein i denne samanheng at delen kommunar som har etablert dei ulike tilboda er høgare blant kommunar med frisklivssentral i både 2013 og 2016 samanlikna med kommunar med frisklivssentral berre i 2016. Resultatet tyder på at mange kommunar startar opp med eit avgrensa kurstilbod og utvidar tilbodet med fleire kurs etterkvart.

Figur 6.2 viser ein oversikt over talet på personar som har deltatt på dei ulike tilboda og kursa ved frisklivssentralane i 2013 og 2016. Det er moglegheit for personar å delta på fleire tilbod og kurs som frisklivssentralen held. Desse personane vil bli talde på alle kurs/tilbod dei har deltatt på.

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



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 6.2 viser at det er store skilnader i talet på personar som har deltatt på dei ulike kursa og tilboda på landsnivå i 2016. Det er i underkant av 14 000 personar som hadde frisklivsresept. Det var nesten 12 000 som deltok på gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet. Vidare viser figuren at det var vel 2 600 som deltok på Bra Mat kurs, snautt 600 som deltok på snus- og røykesluttkurs, i underkant av 700 som deltok på kurs i depresjonsmeistring (KID), vel 550 som deltok på kurs i meistring av belastningar (KIB). Det var elles om lag 4 300 som deltok på temabaserte samlingar, vel 2 000 som deltok på tilbod tilrettelagt for barn og deira familier, 3 300 som deltok på tilbod tilrettelagt for eldre og i underkant av 1 500 som deltok på likemannstilbod. Det er elles vel 500 personar som har deltatt på individuelt snus- og røykesluttkurs.

Ei samanlikning av resultatane for 2013 og 2016 viser at det var flest personar som deltok på gruppetilbod fysisk aktivitet og færrest som deltok på søvnkurs for begge årgangane. Samstundes er det ein auke i talet på deltakarar ved nær sagt alle kurs og tilbod mellom 2013 og 2016. Den største prosentvise auken i perioden er for kurs i meistring av belastningar (KIB). Medan det var 152 deltakarar i 2013, var tilsvarande tal 552 i 2016, som er ein auke på 263 prosent. For tilbod tilrettelagt for eldre var det om lag 1 600 deltakarar i 2013, medan det var vel 3 300 i 2016, som svarer til litt over ei dobling mellom dei to åra. Det einaste kurset som har hatt ein nedgang i talet på deltakarar mellom 2013 og 2016 er snus- og røykesluttkurs (høvesvis 628 i 2013 og 591 i 2016, som er ein nedgang på 6 prosent). Ei av årsakene til nedgangen er truleg at fleire kommunar prioriterer individuelt snus- og røykesluttkurs. I 2016 var det vel 500 personar som deltok på dette kurset.

Ei samanlikning av kommunar som hadde frisklivssentral i både 2013 og 2016 med kommunar som berre hadde frisklivssentral i 2016, syner at deltakarar per 10 000 innbyggjar på dei ulike kursa, er høgast i kommunar som hadde frisklivssentralar i både 2013 og 2016. At det er fleire deltakarar per 10 000 innbyggjar i kommunar som har hatt tilbodet i både 2013 og 2016, tyder på at det tek litt tid å gjera frisklivstilbodet kjent for innbyggjarane i kommunen.

Frisklivstilbodet er mest omfattande i kommunar som har hatt frisklivssentralar over ein lengre periode. Ei samanlikning av kommunar som hadde frisklivssentral i både 2013 og 2016 med kommunar som berre hadde frisklivssentral i 2016, syner at tilbodet er meir omfattande i kommunar som hadde tilbodet begge åra både omsyn til ulike kurs som blir tilbydd og talet på deltakarar i forhold til innbyggjar-talet. Resultatet tyder på at kommunar ofte startar opp med eit avgrensa tilbod når det gjelde kurs og utvidar tilbodet med fleire kurs etter kvart. At det er fleire deltakarar per innbyggjar i kommunar som har hatt tilbodet i både 2013 og 2016 tyder på at det litt tid å gjera frisklivstilbodet kjent for innbyggjarane i kommunen.

Det er interessant å sjå nærare på nokre av dei ulike tilboda som blir gitt ved frisklivssentralane, og særleg om det er regionale skilnader blant kommunane når det gjeld tilboda. Tabell 6.1 viser delen kommunar med frisklivssentralar som har gjennomført ulike tilbod og kurs i 2013 og 2016 fordelt etter fylke.

Tabell 6.1 Kommunar med frisklivssentralar som har gjennomført ulike tilbod og kurs. Fylkesvis. Prosent. 2016

	Frisk- livs- resept	Bra Mat kurs	Snus- røyke- slutt- kurs	Individuelt snus- røyke- slutt-kurs	Kurs i depre- sjons- meistring (KID)	Kurs i meistring av belast- ningar (KIB)	Søvn- kurs	Gruppe- tilbod fysisk aktivitet	Tema- baserte samlingar	Tilbod til rettelagt for barn og unge	Tilbod lagt for eldre	Like- manns- tilbod	Andre
Heile landet	84	72	44	60	33	22	9	95	47	42	39	20	32
01 Østfold	83	67	33	33	33	0	0	83	33	0	17	17	33
02 Akershus	100	100	67	72	44	50	33	100	78	39	28	28	28
03 Oslo	91	91	45	82	36	27	18	100	82	73	18	27	27
04 Hedmark	86	79	71	79	14	14	7	100	71	64	43	29	64
05 Oppland	91	55	18	64	9	14	0	95	45	50	32	0	27
06 Buskerud	100	85	50	75	45	35	10	100	45	55	55	20	35
07 Vestfold	91	64	45	64	45	18	9	91	73	45	55	73	45
08 Telemark	85	62	46	62	23	0	8	100	46	23	46	38	23
09 Aust-Agder	33	56	33	11	67	67	0	78	33	56	44	22	22
10 Vest-Agder	64	64	36	57	64	36	14	100	14	43	43	0	14
11 Rogaland	93	93	73	60	47	40	20	100	67	40	40	13	33
12 Hordaland	64	43	36	43	29	29	14	86	57	29	43	21	21
14 Sogn og Fjordane	92	38	38	54	38	0	0	100	31	54	38	8	31
15 Møre og Romsdal	86	86	36	64	29	21	0	93	43	29	36	14	36
16 Sør-Trøndelag	67	92	67	75	25	33	0	100	25	58	58	17	58
17 Nord-Trøndelag	75	75	58	50	50	17	0	92	25	25	8	17	33
18 Nordland	86	77	36	55	14	5	5	86	32	45	50	18	23
19 Troms	100	73	33	53	20	7	20	100	40	27	40	27	33
20 Finnmark	67	56	0	44	11	0	0	78	56	0	33	0	22

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 6.2 viser delen kommunar med frisklivssentralar som har gjennomført ulike tilbod og kurs i 2013 og 2016 fordelt etter kommunestorleik.

Tabell 6.2 Kommunar med frisklivssentralar som har gjennomført ulike tilbod og kurs. Kommunestorleik. Prosent. 2016

	Heile landet	1 - 1 999	2 000 - 4 999	5 000 - 9 999	10 000 - 19 999	20 000 - 29 999	30 000 - 49 999	> 50 000
Frisklvsresept	84	70	77	91	91	93	93	87
Bra Mat kurs	72	60	70	64	82	83	86	83
Snus- røykeslutt-kurs	44	28	39	45	48	52	43	70
Individuelt snus- røykeslutt-kurs	60	53	47	64	66	70	79	65
Kurs i depresjonsmeistring (KID)	33	25	22	36	48	35	36	35
Kurs i meistring av belastningar (KIB)	22	8	14	27	30	43	21	22
Søvnkurs	9	3	9	2	16	13	7	22
Gruppetilbod fysisk aktivitet	95	90	95	98	95	87	100	96
Temabaserte samlingar	47	25	34	45	61	65	64	74
Tilbod tilrettelagt for barn og unge	42	30	41	46	34	52	57	48
Tilbod tilrettelagt for eldre	39	43	41	39	41	35	43	30
Likemanns-tilbod	20	5	13	18	27	39	36	26
Andre	32	23	31	30	34	39	36	39

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

6.1. Vel 8 av 10 kommunar med frisklivssentral har frisklivsresept i 2016

Om lag 84 prosent av alle kommunane med frisklivssentral rapporterer at dei har frisklivsresept, som ein del av tilbodet ved frisklivssentralane i 2016. Det var elles i underkant av 12 000 personar som deltok på eitt eller fleire tilbod ved frisklivssentralane som hadde resepten. Frisklivsresept er ein tilvisingsblankett som gir tilgang til eit tidsavgrensa, strukturert rettleiings- og oppfølgingstiltak som startar og avsluttast med ein helsesamtale (Helsedirektoratet 2017). Det er tydeleg at dei fleste kommunane har dette som ei grunnleggjande ordning ved frisklivssentralane. Dette viser elles at dei fleste kommunane samarbeider med andre etatar og tenester som kan tilvise og gi frisklivsresept.

Tabell 6.1 viser at det er nokre fylkesvise forskjellar når det gjeld delen kommunar med frisklivssentralar som har frisklivsresept. Sjølv om det er ein høg prosentdel av kommunane som har frisklivsresept i dei aller fleste fylka, er det nokre fylke der delen er betrakteleg lågare. I 14 av fylka har 80 prosent eller fleire av kommunane frisklivsresept. Akershus, Buskerud og Troms er dei fylka med høgast del kommunar med frisklivssentral som òg tilbyr frisklivsresept, alle med 100 prosent. Aust-Agder (33 prosent) og Hordaland (64 prosent) er dei to fylka med lågast del kommunar som har frisklivsresept.

Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser at det har vore ein liten nedgang i delen kommunar med frisklivsresept. Medan det var 93 prosent med frisklivsresept i heile landet i 2013, var tilsvarande tal 84 prosent i 2016. Det er ein liten nedgang i delen kommunar med frisklivsresept i fleire av fylka. Medan det var tolv fylke der alle kommunane hadde tilbodet i 2013, var det berre tre av fylka der alle kommunane med frisklivssentral hadde frisklivsresept i 2016.

Tabell 6.2 viser at det er særleg i små kommunar under 5 000 innbyggjarar at delen med frisklivsresept er lågast. Medan 70 prosent av kommunane med 1-1 999 innbyggjarar tilbydde frisklivsresept, var tilsvarande tal 93 prosent blant kommunar med 30 000 – 49 999 innbyggjarar. Grunnlagstala viser elles at det er i mindre sentrale kommunar at delen med frisklivsresept er lågast. Ei samanlikning av 2013 og 2016 viser at nedgangen i delen kommunar som tilbyr frisklivsresept har vore størst i dei minste kommunane under 5 000 innbyggjarar.

Data viser elles at talet på personar med frisklivsresept i forhold til innbyggjartalet i kommunane med frisklivssentral varierer etter regionale bakgrunnskjenneteikn i 2016. Det er i kommunar med frisklivssentral i Sogn og Fjordane at flest personar i forhold til innbyggjartalet har frisklivsresept (0,8 prosent av alle innbyggjarane). Kommunar med frisklivssentral i Hordaland og Sør-Trøndelag (begge med 0,1 prosent av innbyggjarane) er der kor færrest har frisklivsresept. Fordelt etter kommunestorleik er det i små kommunar at delen personar med resept er høgast i forhold til innbyggjartalet, og tilsvarande lågast i større kommunar. Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser at tendensen er gjeldande for begge dei to årgangane.

Fordelt etter kommunesentralitet viser grunnlagstala at personar med resept sett i forhold til innbyggjartal er høgast i dei minst sentrale kommunane med frisklivssentralar i 2016. Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser at tendensen er gjeldande for begge dei to årgangane.

6.2. Flest deltakarar på gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet

Gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet er tilbodet som flest kommunar gir ved frisklivssentralane sine i 2016. Om lag 95 prosent av kommunane rapporterte å ha tilbodet, og i underkant av 12 000 personar deltok på tilbodet. Gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet skal vere ein sentral del av tilbodet ved frisklivssentralane. Gruppetrening er kostnadseffektivt og sosialt og kan bidra til å gi auka kjensle av meistring. Fysisk aktivitet ved frisklivssentralen skal vere kjenneteikna av at personar med ulike risikofaktorar og/eller diagnosar, alder, fysisk form og kjønn deltar i same gruppe. Treningsøktene skal leggjast til rette slik at alle, uansett fysisk form, får utbytte av treninga. Dette gjer at det er mogleg å inkludere mange deltakarar på tilbodet samstundes, utan at ein nødvendigvis treng å auke personellinnsatsen like mykje.

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

Grunnlagstala viser at det er skilnader i kor stor del av befolkninga som har deltatt på gruppetilbodet, fordelt etter ulike regionale bakgrunnskjenneikn. Det er mellom anna store variasjonar mellom fylka når det gjeld delen av befolkninga som nyttar tilbodet. Medan Sogn og Fjordane og Nordland er dei to fylka der størst del i befolkninga i kommunar med frisklivssentral deltar (0,8 prosent av befolkninga), er Hordaland og Sør-Trøndelag dei to fylka der færrest deltar i forhold til innbyggjartal (0,1 prosent av befolkninga). Det er lite som tyder på at dei reelle skilnadene i målgruppene dette tilbodet er meint for, er så stor som dei rapporterte tala viser. Her må ein ta høgde for at det i fylke der delen som nyttar tilbodet er låg i forhold til befolkninga, heller vel å organisere gruppetilbod for fysisk aktivitet på andre måtar, og difor ikkje bli fanga opp i denne kartlegginga. Til dømes kan kommunar med frisklivssentralar i desse fylka ha andre liknande tilbod organisert utanfor frisklivssentralane, som fleire potensielle deltakarar nyttar. Her kan det vere snakk om tur- og treningsgrupper i regi av friviljuge lag og organisasjonar. Det kan også vere tilfelle at enkelte kommunar har avgrensa kven som inngår i målgruppa for frisklivssentralane.

Grunnlagstala viser elles at det er skilnader i talet på deltakarar etter kommune-storleik og kommunesentralitet i 2016. Tendensen er at det er flest deltakarar i forhold til innbyggjartalet som deltar på gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet i mindre kommunar og tilsvarande lågast i store kommunar. Fordelt etter sentralitet er tendensen at det er i dei mindre sentrale kommunane med frisklivssentralar at talet på deltakarar er høgast i forhold til innbyggjartalet. Tilsvarande er talet på deltakarar lågast i forhold til innbyggjartalet i dei største kommunane. Dersom ein ser på folkehelse-utfordringar, er det ikkje noko som tyder på at små kommunar har eit større behov for denne type kurs enn større og meir sentrale kommunar. Det er ikkje noko som skulle tilseie at små kommunar har ein mykje høgare del av befolkninga i målgruppa for dette tilbodet enn i større kommunar. Ei av årsakene til at delen som nyttar tilbodet er noko mindre i større kommunar, kan vere at det her finst fleire andre liknande tilbod eller alternativ som potensielle personar i

målgruppa nyttar. Døme på dette kan vere enkelte tilbod gitt av idrettslag eller andre friviljuge organisasjonar.

Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser at delen kommunar med frisklivssentral som tilbyr gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet er omtrent uendra (høvesvis 97 prosent i 2013 og 95 prosent i 2016). Samstundes har talet på deltakarar som nyttar seg av tilbodet auka frå om lag 9 300 i 2013 til 12 000 til i 2016. Det har vore ein jamn auke i dei fleste fylka. Også fordelt etter kommunesstorleik og kommunesentralitet er det ein auke i både små kommunar i mindre sentrale strom og i store kommunar i sentrale strom. Dersom ein ser delen deltakarar på gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet i forhold til innbyggjartalet i kommunane med frisklivssentral, er det små endringar mellom 2013 og 2016. Deltakarane utgjør den største delen av befolkninga i små kommunar i mindre sentrale strom begge dei to åra.

6.3. Flest små kommunar tilbyr Kurs i depresjonsmeistring (KiD)

Kurs i meistring av depresjon (KiD) er eit forskingsbasert førebyggjande og behandlande tiltak. Metoden er utprøvd og evaluert i fleire land. Kurset er lagt opp som undervisning der deltakarane lærer ein kognitiv forståingsmodell knytt til depresjon. Deltakarane lærer teknikkar og metodar retta mot å endre tanke- og handlingsmønster som held ved like og forsterkar det å vere nedstemt eller å ha ein depresjon. Deltakarane blir trena i å engasjere seg i lystvekkjande aktivitetar og å utvikle sosiale relasjonar. Når det gjeld kurs i meistring av belastningar (KiB) er dette for deltakarar som strevar med ulike grader av livsbelastningar, men som fell utanfor målgruppa for KiD-kurs (Helsedirektoratet 2017).

Figur 6.1 viser at det var 33 prosent av kommunane med frisklivssentralar som tilbydde kurs i depresjonsmeistring i 2016. Vidare er det 22 prosent av kommunane som tilbydde kurs i meistring av belastningar. Figur 6.2 viser at det var i overkant av 730 deltakarar på KiD-kurs og vel 550 som hadde deltatt på KiB-kurs.

Grunnlagstala viser elles at det er regionale skilnader når det gjeld delen kommunar som tilbyr dei to kurset, og kor stor del av befolkninga i kommunane med frisklivssentralar som har deltatt på kurset i 2016. Medan 67 prosent av kommunane med frisklivssentralar i Aust-Agder tilbydde KiD-kurs, var tilsvarende tal 9 prosent for Oppland. Når det gjeld kurs i meistring av belastning, er det 15 av fylka der ein eller fleire av kommunane har gjennomført denne type kurs, og delen kommunar som tilbydde kurset var høgast i Aust-Agder med 67 prosent. Fylka som ikkje hadde KiB-tilbod i 2016 var Østfold, Telemark, Sogn og Fjordane og Finnmark. Fordelt etter kommunesstorleik er tendensen at delen kommunar med frisklivssentralar som har gjennomført kurs i depresjonsmeistring, er lågast i kommunar med under 5 000 innbyggjarar, og høgast i kommunar med 10 000 eller fleire innbyggjarar. Den same tendensen er stort sett gjeldande for kurs i meistring av belastningar. Her er delen kommunar som tilbyr kurset lågast blant kommunar med under 5 000 innbyggjarar.

Grunnlagstala viser elles at delen deltakarar i forhold til innbyggjartal er høgast i mindre kommunar for kurs i depresjonsmeistring, medan det er mindre skilnader i delen deltakarar etter kommunesstorleik på kurs i meistring av belastningar. Fleire liknande tilbod i større kommunar kan vere årsaka til at delen deltakarar er lågare for KiD-kurs, samanlikna med i mindre kommunar. Motsett kan årsaka til at delen deltakarar utgjør ein mindre del i små kommunar for KiB-kurs vere at talet på potensielle deltakarar er mindre i små kommunar enn i større kommunar. Relevant

kompetanse blant personell til å halda kursa kan òg vere ei årsak til at delen deltakarar for KiB-kurs er lågare i mindre kommunar.

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

Ei samanlikning av resultatata mellom 2013 og 2016 viser at det har vore ein auke både i delen kommunar som tilbyr KiD og KiB-kurs og talet på deltakarar. Den største auken er i delen kommunar som tilbyr KiB-kurs. Medan 27 prosent av kommunane tilbydde kurs i depresjonsmeistring i 2013, var tilsvarande del 33 prosent i 2016. For KiB-kurs var delen kommunar som tilbydde dette 10 prosent i 2013, medan tilsvarande tal var 22 prosent i 2016. For kurs i depresjonsmeistring var det 457 deltakarar i 2013, medan det var 735 deltakarar i 2016. Dette svarer til ein auke på 61 prosent. For kurs i meistring av belastningar var talet på deltakarar 152 i 2013 og 552 i 2016, som svarer til ein auke på 263 prosent.

Fordelt etter regionale kjenneteikn viser grunnlagstala at det har vore ein auke i delen kommunar som tilbyr kursa både i dei fleste fylka, i små og store kommunar og mindre og sentrale strok mellom 2013 og 2016. Det same gjeld talet på deltakarar for dei to kursa. Fordelt etter fylke viser tala at 12 av 19 fylke har hatt ein auke i delen kommunar som tilbyr KiD-kurs. For KiB-kurs har 13 av fylka hatt ein auke i kommunar som tilbyr dette kurset. Elles viser tala at 13 av fylka har hatt ein auke i deltakarar på KiD-kurs, medan 11 av fylka har hatt ein auke i deltakarar for KiB-kurs. Fleire av fylka som hadde ein auke hadde ikkje tilbodet i 2013. Når det gjeld kor mykje talet på deltakarar utgjer av innbyggjarane totalt i dei ulike fylka, er det små endringar. Unntaka er naturleg nok for dei fylka som ikkje tilbydde kursa i 2013.

Fordelt etter kommunestorleik viser grunnlagstala at det har vore ein auke i delen kommunar som både tilbyr KiD og KiB-kurs i nær alle kommunegrupper. Den største prosentvise auken for KiD-kurs finn ein i kommunar med 10 000 – 19 999 og 30 000 – 49 999 innbyggjarar. I kommunegruppa med 20 000 – 29 999 har det derimot vore ein nedgang i delen som tilbyr kurset. Talet på deltakarar har òg auka i alle kommunegrupper. Den største prosentvise auken er i kommunegruppene 0 – 1 999 og 30 000 – 49 999 innbyggjarar. For KiB-kurs har det vore ein auke i delen kommunar som tilbyr kurset i nær alle grupper etter kommunestorleik. Unnataket er i kommunegruppa med 2 000 – 4 999 innbyggjarar. Talet på deltakarar på KiB-kurs har auka i fleire kommunegrupper mellom 2013 og 2016. Den største prosentvise auken er i kommunar med over 50 000 innbyggjarar. Utviklinga mellom 2013 og 2016 gjeld òg fordelt etter kommunesentralitet. Det er ein auke i delen kommunar som tilbyr både KiD og KiB-kurs i alle kommunegrupper etter sentralitet. Unnataket er for KiD-kurs der delen noko sentrale kommunar har hatt ein liten nedgang. Talet på deltakarar ved KiD- og KiB-kurs har òg auka etter alle inndelingar etter sentralitet. Når det gjeld utviklinga mellom 2013 og 2016 for talet på deltakarar i forhold til innbyggjarar totalt, er det små endringar mellom 2013 og 2016. Det er i små kommunar i mindre sentrale strok med frisklivssentralar at deltakarar på KiD og KiB-kurs utgjer den største delen av befolkninga både i 2013 og 2016.

Forskjellen mellom kommunar som tilbyr KiD og KiB-kurs vil som tidlegare nemnd vere avhengig av kor mange frisklivssentralar som har tilgang på personell med den naudsynte rettleiarkompetansen. Helsedirektoratet omtala i rettleiaren frå 2013 desse to kursa som eit utviklingsområde for frisklivssentralar. Utviklinga mellom 2013 og 2016 viser at det har vore ein relativt stor auke i både talet på kommunar som tilbyr kurset og talet på personar som har deltatt.

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

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

Figur 6.1 viser at 42 prosent av kommunane som hadde frisklivssentralar, tilbydde kurs for barn og unge og deira familiar 2016. Figur 6.2 viser at om lag 2 080 personar deltok på desse kursa i løpet av 2016. Grunnlagstala viser at det er regionale skilnader når det gjeld delen kommunar med frisklivssentralar som har denne type tilbod. Medan det var om lag 23 prosent av kommunane med frisklivssentralar som hadde tilbod for barn og unge og deira familiar i Telemark, var tilsvarende tal om lag 73 prosent av bydelane med frisklivssentralar i Oslo. Dei fylkesvise forskjellane kan like mykje vere eit uttrykk for at enkelte kommunar har liknande lågterskeltilbod utanfor ramma av frisklivssentralen i kommunen. Til dømes kan det vere tilbod som blir gitt ved helsestasjon i kommunen. Ein av dei utvalde kommunane for casestudia frå 2016 hadde til dømes etablert frisklivssentral for barn og unge, som ikkje var ein del av ein ordinær frisklivssentral.

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

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

6.5. Oppsummering - Tilbod ved frisklivssentralane

Ein gjennomgang av alle kurs og tilbod gitt ved frisklivssentralar viser at det er regionale skilnader både når det gjeld delen kommunar som har dei ulike tilboda, og personar som deltar på dei ulike kursa sett i forhold til innbyggjartal. Tendensen er at tilbodet ved frisklivssentralar er meir omfattande i store kommunar samanlikna med i små. Samstundes er talet på deltakarar i forhold til innbyggjartalet høgast i små kommunar. Når det gjeld utviklinga mellom 2013 og 2016, viser resultata at det er relativt små endringar i delen kommunar med frisklivssentralar som tilbyr ulike kurs. Dei mest utbreidde kursa/tilboda i 2013, er

framleis dei mest utbreidde i 2016. Resultata viser elles at det totale talet på personar som har delteke på ulike kurs og tilbod på landsbasis har auka for alle kurs og tilbod mellom 2013 og 2016.

72 prosent av alle kommunar med frisklivssentralar tilbyr Bra Mat kurs. Det er ein høgare del store kommunar med frisklivssentralar som tilbyr kursa samanlikna med små kommunar. Samstundes er det flest deltakarar i forhold til innbyggjartal som nyttar tilbodet i dei minst sentrale kommunane. For likemannstilbod viser tala at om lag 20 prosent av alle kommunar med frisklivssentralar hadde tilbodet i 2016. Fordelt etter kommunestorleik er tendensen den same som for Bra Mat kurs: Delen kommunar som har tilbodet er høgast blant store kommunar, medan delen deltakarar i forhold til innbyggjartal er høgast i små kommunar.

Når det gjeld snus- og røykesluttkurs, viser tala at det var 44 prosent av kommunane med frisklivssentralar som tilbydde dette kurset i 2016. Delen som tilbydde kurset er høgast i store kommunar. Samstundes viser tala for dette tilbodet òg at det er flest deltakarar i forhold til innbyggjartal i dei minste kommunane. At det berre er 44 prosent av frisklivssentralane som tilbyr dette kurset i 2016 kan koma av at kommunane heller vel å prioritere individuelt snus- og røykesluttkurs. I 2016 var det om lag 60 prosent av kommunane med frisklivssentralar som hadde dette individuelle tilbodet. Det er elles 72 prosent av kommunar med frisklivssentralar som anten tilbyr eitt av desse kursa eller begge, medan det er 32 prosent som tilbyr begge. Det kan elles vere grunn til å nemne at det har vore ein jamn nedgang i delen som røyker i den norske befolkninga dei siste ti åra (SSB 2018). Dette gjeld også i meir utsette grupper i samfunnet som særleg er i målgruppa for frisklivssentralane. Samstundes har snusbrukarar auka i den same perioden.

Dei aller fleste kommunane med frisklivssentralar har frisklivsresept som ein etablert del av tenesta i 2016. Det er elles små regionale skilnader når det gjeld å ha dette. Anten ein er busett i ein liten eller stor kommune, ein sentral eller mindre sentral kommune, er det stor sjanse for at frisklivsresept er eit etablert tilbod som innbyggjarane kan nytta seg av. Samstundes viser tala at delen deltakarar i forhold til innbyggjarar er høgast i dei minst sentrale kommunane. Samanlikning mellom 2013 og 2016 viser at det har vore ein nedgang i delen kommunar med frisklivsresept. Medan det var 93 prosent i 2013, var tilsvarande tal 84 prosent i 2016.

Det er forskjellar når det gjeld kor mange kommunar som tilbyr dei ulike kursa og tilboda. Gruppetilbod for fysisk aktivitet er det mest vanlege tilbodet på frisklivssentralane. 95 prosent av alle kommunane med frisklivssentralar rapporterer å ha tilbodet, og over 12 000 personar deltok på landsbasis i 2016. Resultata viser elles at ein stor del av kommunane som held Bra Mat kurs og individuelt snus- og røykesluttkurs (høvesvis 72 prosent og 60 prosent). I tillegg er det om lag 40 prosent av kommunane med frisklivssentral som har tilbod tilrettelagt for barn og unge og deira familiar og tilbod tilrettelagt for eldre.

Det er regionale forskjellar når det gjeld talet på deltakarar som nyttar dei ulike tilboda i 2016. Sett i forhold til innbyggjartalet i kommunar med frisklivssentral, er det likevel ein tendens til at det er flest deltakarar i små og mindre sentrale kommunar samanlikna med dei større og meir sentrale. Tendensen er nokså lik både i 2013 og 2016 med unntak for nokre tilbod. Ei av årsakene til dette kan vere at små kommunar med frisklivssentral vel dette som hovudtilbodet for det førebyggjande helsearbeid i kommunen, og slik inkluderer ein større del av innbyggjarane. I større kommunar kan det vere at innbyggjarane i større grad nyttar seg av andre eksisterande og fullgode tilbod i kommunal, privat eller friviljug

sektor. I slike tilfelle kan kommunane sjå på det som lite føremålstenleg å tilby denne type kurs, men heller konsentrere ressursane om å tilby kurs det er ein reell etterspurnad etter blant innbyggjarane.

Frisklivstilbodet er mest omfattande i kommunar som har hatt frisklivssentralar over ein lengre periode. Ei samanlikning av kommunar som hadde frisklivssentral i både 2013 og 2016 med kommunar som berre hadde frisklivssentral i 2016, syner at tilbodet er meir omfattande i kommunar som hadde tilbodet begge åra både omsyn til ulike kurs som blir tilbydd og talet på deltakarar i forhold til innbyggjartalet. Resultatet tyder på at kommunar ofte startar opp med eit avgrensa tilbod når det gjelde kurs og utvidar tilbodet med fleire kurs etter kvart. At det er fleire deltakarar per innbyggjar i kommunar som har hatt tilbodet i både 2013 og 2016 tyder på at det tek litt tid å gjera frisklivstilbodet kjent for innbyggjarane i kommunen.

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

I rettleiaren for frisklivssentral anbefaler Helsedirektoratet at tenesta skal forankrast i kommunale planar og budsjett og samstundes bli organisert slik at det kan leggjast til rette for samarbeid med andre førebyggjande tenester (Helsedirektoratet 2017). At frisklivssentralane samarbeider med andre aktørar innanfor kommunale helse- og omsorgstenester samt andre aktuelle kommunale, fylkeskommunale og offentlege tilbod, blir vektlagt som viktig. Samarbeid med spesialisthelsetenesta, aktuelle friviljuge og private aktørar er avgjerande for ein tidleg innsats. Samarbeidet bør vere gjensidig forpliktande og elles formaliserast gjennom skriftlege avtalar.

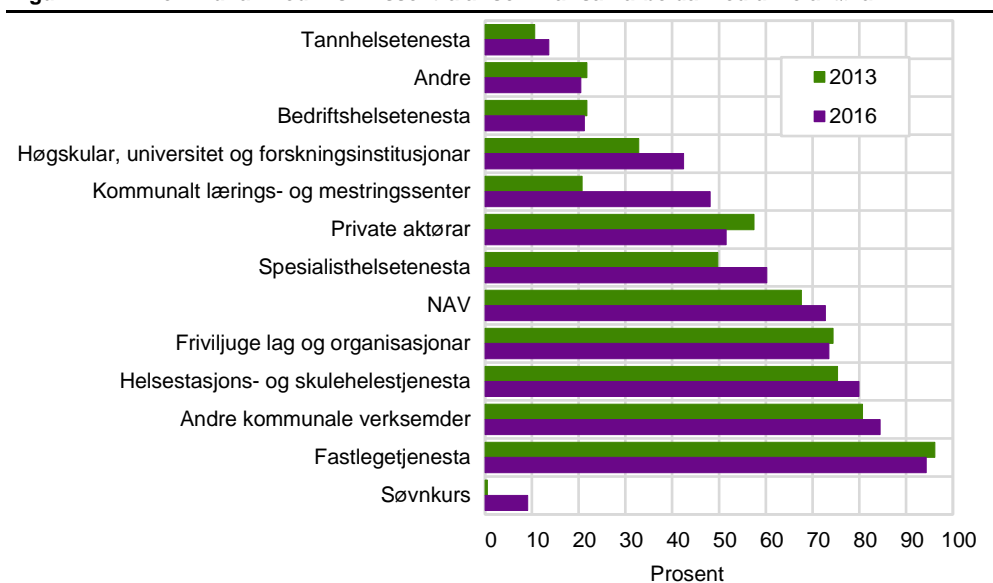
I etableringsfasen av frisklivssentralar blir kommunane oppmoda til å kartleggje og kontakte aktuelle samarbeidspartnarar. I tillegg bør ein kartleggje og få ein oversikt over andre lågterskeltilbod som finst i nærområdet. I mange tilfelle kan det vere like føremålstenleg å tilvise personar som møter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

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

I kartlegginga for 2013- og 2016-årgangen blei kommunane bedne om å rapportere kva aktørar dei hadde inngått samarbeid med. Det vil vere interessant å sjå kva for aktørar frisklivssentralane samarbeider med, og om det er regionale skilnader når det gjeld kommunar og kva aktørar sentralane vel å samarbeide med. Samstundes vil det vere interessant å sjå på utviklinga mellom 2013 og 2016 når det gjeld kva partnarar frisklivssentralar vel å samarbeide med.

Figur 7.1 viser delen kommunar som har inngått samarbeid med ulike aktørar i 2013 og 2016.

Figur 7.1 Kommunar med frisklivssentralar som har samarbeida med ulike aktørar



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Figur 7.1 viser at nær alle kommunar med frisklivssentralar samarbeider med fastlegetenesta i 2016. Vidare viser figuren at det òg er vanleg å inngå samarbeid med andre kommunale verksemdar og helsestasjons- og skulehelsetenesta. Det er elles mange som har samarbeid med friviljuge lag og organisasjonar og NAV. Tannhelsetenesta og bedriftshelsetenesta er dei aktørane færrest kommunar med frisklivssentralar samarbeider med. Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 på landsnivå viser relativt små endringar mellom dei to åra når det gjeld kva samarbeidspartnarar kommunar med frisklivssentralar vel å ha.

7.1. Nær alle frisklivssentralar har inngått samarbeid med fastlegetenesta

Nær alle kommunane med frisklivssentralar hadde inngått samarbeid med fastlegetenesta i 2016. Fastlegar kan tilvise deltakarar til frisklivsresept, og skal i følge fastlegeforskrifta §20, basert på ei medisinsk vurdering, tilby førebyggjande tiltak til pasientar. Om lag 94 prosent av alle kommunane med frisklivssentralar hadde inngått samarbeid med fastlegetenesta. Dette underbyggjer òg resultatane om tilvisingar, som viser at det er mest vanleg å få tilvist personar frå fastlegar.

Grunnlagstala viser elles at det er små skilnader fordelt etter regionale bakgrunnskjenneteikn. I 15 av 19 fylke hadde meir enn 90 prosent av alle kommunar med frisklivssentralar inngått samarbeid med fastlegetenesta. I dei fire resterande fylka var delen kommunar med samarbeid med fastlegetenesta alle på over 80 prosent. Unntaket var Aust-Agder, der 67 prosent av kommunane med frisklivssentralar hadde inngått samarbeid med fastlegetenesta. Fordelt etter kommunesentralitet viser resultatane at det er særleg i kommunar med over 20 000 innbyggjarar at delen som har inngått samarbeid ikkje gjeld for alle kommunar med frisklivssentralar. Fordelt etter kommunesentralitet er det små skilnader mellom dei mindre og dei meir sentrale kommunane.

Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser at det har vore ein liten nedgang i delen kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med fastlegetenesta. Medan det var 96 prosent som hadde samarbeid i 2013, var tilsvarende tal 94 prosent i 2016. Årsaka til reduksjonen er ein liten nedgang i fleire fylke. Fordelt etter innbyggjartalet i kommunane er det ein nedgang i dei fleste i kommunegruppene. Nedgangen er rett nok størst i kommunar med frisklivssentralar med 30 000 - 49 999 innbyggjarar. Fordelt etter sentralitet er det ei liten nedgang i alle kommunegruppene. Nedgangen er likevel størst i mindre sentrale kommunar.

7.2. Tre av fem frisklivssentralar har inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta

Om lag 60 prosent av kommunane med frisklivssentral rapporterer å ha inngått eit samarbeid med spesialisthelsetenesta i 2016. I likskap med fastlegetenesta kan spesialisthelsetenesta tilvise deltakarar til frisklivsresept. Samarbeidet kan vere formalisert gjennom samarbeidsavtalar, jf. helse- og omsorgstenestelova og spesialisthelsetenestelova. Desse samarbeidsavtalane skal mellom anna omhandla gjensidig kunnskapsoverføring og samarbeid om førebygging (Helsedirektoratet 2017). Tilboda ved frisklivssentralen skal kunne inngå som ein del av føreløpet til ein pasient både før og etter sjukehusinnlegging.

Grunnlagstala viser at det er store regionale skilnader når det gjeld delen kommunar som har inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta i 2016. Medan 91 prosent av bydelane i Oslo og 91 prosent av kommunane med frisklivssentral i Vestfold hadde inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta, var det berre 33 prosent av kommunar med frisklivssentral i Østfold, Aust-Agder og Troms som

samarbeidde med spesialisthelsetenesta. Vidare viser grunnlagstala at om lag 8 av 10 kommunar med frisklivssentralar hadde inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta i både Buskerud og Telemark.

Fordelt etter kommunestorleik viser grunnlagstala for 2016 at delen kommunar som har inngått samarbeid aukar jo større kommunane er. Det er særleg i dei aller minste kommunane at delen som har inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta er liten. Medan det var 87 prosent av kommunane med frisklivssentral med over 50 000 innbyggjarar som hadde inngått samarbeid, var tilsvarande tal 28 prosent for kommunar med under 2 000 innbyggjarar.

Fordelt etter kommunesentralitet er det i dei mest sentrale kommunane at delen som har inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta er høgast. Medan 70 prosent av dei sentrale kommunane med frisklivssentralar hadde inngått samarbeid, var tilsvarande tal berre 44 prosent for dei minst sentrale kommunane. Dette kan vere eit uttrykk for at det generelt er meir vanleg med formaliserte samarbeidsavtalar med spesialisthelsetenesta i sentrale kommunar samanlikna med mindre sentrale kommunar. Resultata underbyggjer elles talet på tilviste deltakarar frå spesialisthelsetenesta, som viser at delen kommunar som får slike tilvisingar er høgast blant dei mest sentrale kommunane. Sidan sjukehus som regel ligg i sentrale strok, kan det vere ein årsak til at det er enklare å samarbeide med spesialisthelsetenesta her.

Ei samanlikning av resultata mellom 2013 og 2016 viser at delen kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta har auka. Medan det var om lag 50 prosent av kommunane med frisklivssentralar som hadde inngått samarbeid i 2013, var tilsvarande tal 60 prosent i 2016. Fordelt etter fylke viser samanlikninga at tolv av fylka har hatt ein auke i delen kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta, medan 7 av fylka hadde ein nedgang. Fordelt etter kommunestorleik viser samanlikningane at det er berre kommunar med under 2 000 innbyggjarar med frisklivssentralar som har hatt ein nedgang mellom 2013 og 2016. Den største auken er blant kommunar med over 50 000 innbyggjarar. Fordelt etter sentralitet viser samanlikningane at det har vore ein auke i delen kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid etter alle sentralitetsgrupper. Den største auken er blant mindre sentrale kommunar. Det betyr at forskjellane i delen kommunar med samarbeid har blitt mindre mellom minst sentrale kommunar og sentrale kommunar frå 2013 til 2016.

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

Om lag 84 prosent av kommunane med frisklivssentralar hadde inngått samarbeid med andre kommunale verksemder i 2016. I kategorien andre kommunale verksemder inngår blant anna andre kommunale helse- og omsorgstenester. Desse kan, i likskap med fastlege, tilvise deltakarar til frisklivsresept. I tillegg skal dei samarbeide med frisklivssentralane om oppfølging av enkeltbrukarar. Dei skal elles bidra til utviklingsarbeid knytt til førebyggjande helsetenester i kommunen.

Grunnlagstala viser at det er nokre skilnader fordelt etter regionale bakgrunnskjenne-teikn. Fordelt etter fylke viser resultata at Vestfold, Rogaland og Sogn og Fjordane var fylka der flest kommunar med frisklivssentralar hadde inngått samarbeid med andre kommunale verksemder (100 prosent). Tilsvarande var Vest-Agder fylket med færrest (57 prosent). Fordelt etter kommunestorleik viser resultata at det er særleg i kommunane med flest innbyggjarar det er høgast del kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunale verksemder. Høgast del var det i kommunegruppa med 30 000 –

49 999 innbyggjarar. Fordelt etter sentralitet viser resultatane at det er i dei mest sentrale kommunane at delen kommunar med frisklivssentralar har inngått samarbeid med andre kommunale verksemdar. Resultatet kan vere eit uttrykk for at det er ei større behov i større kommunar for å samarbeide på tvers av sektorar.

Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser at det på landsbasis har vore ein liten auke i delen kommunar med frisklivssentralar som samarbeider med andre kommunale verksemdar. Medan det var 81 prosent som hadde inngått eit samarbeid i 2013, var tilsvarende tal 84 prosent for 2016. Fordelt etter regionale kjenneteikn viser tala dei same tendensane både i 2013 og 2016. Fordelt etter fylke viser samanlikningane mellom dei to åra at ti av fylka hadde ein auke i delen kommunar med frisklivssentral som hadde inngått eit samarbeid, medan det var 9 fylke som hadde ein nedgang eller uendra del kommunar. Fordelt etter kommunestorleik viser samanlikningane at det har vore ein relativt stor auke i delen kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid i dei aller minste og dei aller største kommunane. Den største auken er i dei aller minste kommunane, som inneber at forskjellane har blitt noko mindre mellom 2013 og 2016. Fordelt etter sentralitet er det ein relativt stor auke i delen kommunar som har inngått samarbeid med andre kommunale verksemdar i minst sentrale og mindre sentrale kommunar mellom 2013 og 2016. I sentrale kommunar er delen med samarbeid omtrent uendra. Dette betyr at forskjellane mellom minst sentrale og sentrale kommunar når det gjeld delen kommunar som har inngått samarbeid har minskt i perioden.

7.4. Tre av fire frisklivssentralar har inngått samarbeid med NAV

73 prosent av kommunane med frisklivssentral hadde inngått samarbeid med NAV i 2016. NAV kan, i likskap med fastlegetenesta m.fl., tilvise personar til frisklivsresept. I tillegg samarbeider dei med frisklivssentralane om oppfølging av enkeltbrukarar.

Grunnlagstala viser at det er nokre skilnader når det gjeld samarbeid med NAV fordelt etter regionale bakgrunnskjenneikn. Fordelt etter fylke er det nokså store skilnader. Delen kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med NAV er høgast i Akershus og lågast i Aust-Agder (høvesvis 94 prosent og 22 prosent). Det er elles sju av fylka med 80 prosent eller meir av kommunane som har inngått samarbeid med NAV. Fordelt etter kommunestorleik viser resultatane at det er særleg i små kommunar med under 2 000 innbyggjarar at delen som har inngått samarbeid med NAV er låg (43 prosent). Samstundes er delen som har inngått samarbeid høgast i større kommunar. Elles er den største delen kommunar som har inngått samarbeid med NAV blant dei med 30 000 – 49 999 innbyggjarar (86 prosent). Fordelt etter sentralitet viser tala at det er relativt små skilnader mellom mindre sentrale og sentrale kommunar i delen som har inngått samarbeid med NAV. Medan det var 71 prosent av dei minst sentrale kommunane med frisklivssentralar som hadde inngått samarbeid med NAV, var tilsvarende tal 74 prosent i dei mest sentrale kommunane.

Ei samanlikning av resultatane frå 2013 og 2016 viser for heile landet at det har vore ein liten auke i delen kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med NAV. Medan det var 68 prosent i 2013 var tilsvarende tal 73 prosent i 2016. For fylka viser ei samanlikningane mellom 2013 og 2016 at åtte av fylka har hatt ein auke i delen kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med NAV, medan 12 av fylka har hatt ein nedgang. Den største auken har Finnmark hatt, medan Østfold har hatt den største nedgangen. Fordelt etter kommunestorleik viser samanlikningane mellom dei to åra at det har vore ein liten nedgang i delen

kommunar som har inngått samarbeid i dei minste kommunane, samstundes som det har vore ein liten auke blant dei største. Det inneber at forskjellane mellom små og store kommunar, målt etter innbyggjartal, har auka litt når det gjeld delen som har inngått samarbeid. Fordelt etter kommunesentralitet viser tala at det er berre blant dei mest sentrale kommunane at det ikkje har vore ein auke i delen kommunar med frisklivssentralar som ikkje har inngått samarbeid med NAV. Det inneber at forskjellane mellom mindre sentrale og sentrale kommunar med NAV-samarbeid har blitt noko redusert.

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

73 prosent av kommunane med frisklivssentralar hadde inngått samarbeid med friviljuge lag og organisasjonar i 2016. Frisklivssentralane blir oppmoda i rettleiaren til å samarbeide med friviljuge lag og organisasjonar. Mellom anna kan dei samarbeide om deltakarar før, undervegs og når deltakarar er ferdige med dei tolv vekene og skal visast vidare til andre tilbod. Innvandrar- og brukarorganisasjonar kan bli brukt til å nå enkelte målgrupper, til å spreie informasjon om frisklivstilbodet og til å delta i fokusgrupper (Helsedirektoratet 2017).

Grunnlagstala viser at det er regionale skilnader blant kommunane med frisklivssentralar når det gjeld samarbeid med friviljuge lag og organisasjonar. Akershus var det fylket der delen kommunar med frisklivssentralar som hadde inngått samarbeid med friviljuge lag og organisasjonar var høgast, medan den var lågast i Aust-Agder (høvesvis 94 prosent og 44 prosent). Fordelt etter kommune-storleik viser grunnlagstala at delen kommunar som har inngått samarbeid med friviljuge lag og organisasjonar er høgast i dei store kommunane. Vidare er det i dei aller minste kommunane at færrest frisklivssentralar har inngått slikt samarbeid. Fordelt etter kommunesentralitet viser tala at det er i dei mest sentrale kommunar at flest har inngått samarbeid med friviljuge og sentrale organisasjonar.

Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser at delen kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med friviljuge lag og organisasjonar på landsbasis er omtrent uendra (høvesvis 74 prosent i 2013 og 73 prosent i 2016). Samanlikningane mellom dei to årgangane på fylkesnivå viser mellom anna at det har vore ein nedgang i delen kommunar som har inngått samarbeid med friviljuge lag og organisasjonar i 13 fylke og ein auke i seks. Den største nedgangen er i Østfold, medan den største auken er i Hedmark. Ei samanlikning av 2013 og 2016 fordelt etter kommune-storleik (innbyggjartal) viser at det er berre i dei minste kommunane at det har vore ein liten auke. For dei andre kommunegruppene har det vore ei lita nedgang. Det betyr at skilnadene har blitt mindre mellom dei minste og største kommunane når det gjeld delen kommunar som har inngått samarbeid med friviljuge lag og organisasjonar. Ei samanlikning av samarbeid med friviljuge organisasjonar mellom 2013 og 2016 fordelt etter sentralitet viser at det berre er i mindre sentrale kommunar at det har vore ein auke i delen kommunar som har inngått samarbeid. Forskjellen mellom dei minst sentrale og mest sentrale kommunane er omtrent uendra mellom 2013 og 2016.

7.6. Fire av fem frisklivssentralar samarbeider med helsestasjons- og skulehelsetenesta

80 prosent av kommunane med frisklivssentralar har inngått samarbeid med helsestasjons- og skulehelsetenesta i 2016. Helsestasjons- og skulehelsetenesta kan tilvise til frisklivsresept og tilvise barn og unge med foreldre til tilbod spesielt retta mot dei. Dersom barn og unge t.d. slit med overvekt, kan tilbod ved frisklivssentral knytt til kosthald og fysisk aktivitet vere relevant.

Grunnlagstala viser at det er regionale skilnader når det gjeld kommunar som har inngått samarbeid med helsestasjons- og skulehelsetenesta i 2016. Fordelt etter fylke er det høgast del kommunar som har inngått slikt samarbeid i Rogaland (100 prosent) og lågast i Finnmark med 56 prosent. I åtte av fylka er delen kommunar som har inngått samarbeid med helsestasjons- og skulehelsetenesta over 80 prosent. Tilsvarande er det 12 fylke der under 80 prosent av kommunane har inngått samarbeid. Fordelt etter kommunestorleik viser tala at delen som har inngått samarbeid er høgast blant kommunane med 30 000 – 49 999 innbyggjarar, og lågast blant kommunar med 20 000 – 29 999. Fordelt etter kommunesentralitet viser tala at det er i sentrale kommunane at delen som har inngått samarbeid er høgast. Medan det var 83 prosent av kommunane som hadde inngått samarbeid i noko sentrale kommunar, var tilsvarande tal 76 prosent i dei minst sentrale.

Ei samanlikning av resultatata for samarbeid med helsestasjons- og skulehelsetenesta mellom 2013 og 2016 viser at det har vore ein auke i delen kommunar med frisklivssentralar på landsbasis som har inngått samarbeid. Medan det var 75 prosent som hadde inngått samarbeid i 2013, var tilsvarande tal 80 prosent i 2016. For fylke viser samanlikninga samstundes at det har vore ein nedgang i delen som har inngått samarbeid i 12 av 19 fylke og tilsvarande ein auke i 7 av 19 fylke. For mange av fylka som hatt ein nedgang har den vore liten, og tilsvarande er auken større i fylka som har hatt ein oppgang. Fordelt etter kommunestorleik viser samanlikninga at det har vore ein auke i delen kommunar som har inngått samarbeid blant dei største kommunane med innbyggjarar over 30 000, medan det har vore ein liten nedgang blant dei minste kommunane med under 5 000 innbyggjarar. Det inneber at delen kommunar som har inngått samarbeid er størst i dei største kommunane i 2016, medan det derimot var i dei minste kommunane at delen var størst i 2013. Fordelt etter kommunesentralitet viser samanlikninga mellom 2013 og 2016 at det har vore ein nedgang i delen kommunar som har inngått samarbeid i kommunar i mindre sentrale strok, medan det har vore ein auke blant kommunar i sentrale strok. Det inneber at medan delen med samarbeid var størst i dei minst sentrale kommunane 2013, var den høgast i mest sentrale kommunar i 2016.

7.7. Halvparten av frisklivssentralane samarbeider med private aktørar

52 prosent av kommunane med frisklivssentralar hadde inngått samarbeid med private aktørar i 2016. I rettleiaren for frisklivssentralar blir kommunane oppmoda til å avklare samarbeidsmoglegheiter og avtale samarbeide med relevante private aktørar. Samarbeidet kan omhandle deltakarar i framkant, undervegs og som eit viktig ledd etter at dei tolv vekene med frisklivssentralane er over. Døme på private aktørar kan vere private treningssenter og relevante tilbod som blir gitt ved desse.

Grunnlagstala viser at det er regionale skilnader når det gjeld kommunar med frisklivssentral som har inngått samarbeid med private aktørar. Resultata viser at det er store fylkesvise forskjellar. Telemark og Akershus var fylka der størst del av kommunane hadde inngått samarbeid (høvesvis 73 prosent og 72 prosent), medan Aust-Agder og Østfold var fylka der delen var lågast (høvesvis 11 prosent og 33 prosent). Fordelt etter kommunestorleik viser grunnlagstala at den delen kommunar som samarbeider med private aktørar er høgast i kommunane med mange innbyggjarar. Den høgaste delen kommunar som har inngått samarbeid finn ein blant kommunar med 20 000 – 29 999 innbyggjarar, medan lågast del er blant kommunar med under 2 000 innbyggjarar.

Fordelt etter sentralitet viser resultatata at det er i dei mest sentrale kommunar at delen med samarbeid er høgast. Medan det var 58 prosent av kommunane som

hadde inngått samarbeid med private aktørar i sentrale kommunar, var tilsvarende tal 40 prosent i dei minst sentrale. Resultata som viser at det er i dei største og mest sentrale kommunane at delen samarbeid med private er høgast, kan tyde på at det finst fleire relevante private tilbod i større kommunar samanlikna med små kommunar for målgruppa som deltar ved frisklivssentralar.

Ei samanlikning av resultata mellom 2013 og 2016 når det gjeld kommunar med frisklivssentral som har inngått samarbeid med private aktørar, viser at det har vore ein nedgang på landsbasis mellom dei to åra. Medan det var 57 prosent av kommunane som hadde inngått samarbeid i 2013 var tilsvarende tal 52 prosent i 2016. Ei samanlikning av resultata på fylkesnivå mellom dei to årgangane viser at det har vore ein nedgang i delen som har inngått samarbeid i heile 15 av fylke. Den største nedgangen er i Vestfold. For kommunestorleik viser ei samanlikning mellom dei to åra at det har vore ein nedgang i nær alle kommunegrupper unnateke blant kommunar med under 2 000 innbyggjarar. Den største nedgangen når det gjeld samarbeid med private aktørar har vore blant kommunar med 30 000-49 000 innbyggjarar. Det inneber at forskjellen mellom små og store kommunar har minskt mellom dei to åra. Fordelt etter sentralitet viser samanlikninga at det har vore ein nedgang i delen kommunar som har inngått samarbeid i alle grupper. Den største nedgangen er rett nok blant sentrale kommunar. Det inneber at forskjellen mellom kommunar i mindre sentrale og sentrale strom har minskt mellom 2013 og 2016 når det gjeld å inngå samarbeid med private aktørar.

7.8. Andre samarbeid

Figur 7.1 viser at kommunar med frisklivssentralar samarbeider med fleire andre aktørar enn dei som er omtala ovanfor. Mellom anna viser tala at 42 prosent av kommunane samarbeider med universitet, høgskular eller andre forskingsinstitusjonar i 2016, som er ein auke frå 33 prosent i 2013. Denne type samarbeid kan handle om evaluering av tilbodet ved sentralen. Grunnlagstala viser at det er særleg store kommunar med frisklivssentral i sentrale strom som har inngått denne type samarbeid. Vidare er det i 48 prosent av kommunar med frisklivssentral som samarbeider med kommunalt lærings- og meistringssenter, ein auke frå 21 prosent i 2013. Kommunale lærings- og meistringstilbod er ein del av sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Læring og meistring omfattar alt frå individuell pasient- og pårørandeopplæring til gruppetilbod og likemannsarbeid. Tilbodet kan nokre stader finnast på frisklivssentralen, men oftast er det i eit samarbeid med dei stadig fleire kommunale lærings- og meistringssentera. Elles var det 21 prosent av kommunane som har inngått samarbeid med bedriftshelse-tenesta (ein nedgang frå 22 prosent i 2013), 11 prosent som rapporterer å ha inngått samarbeid med tannhelsetenesta (ein auke frå 10 prosent i 2013).

Tala viser elles at 20 prosent av kommunar rapporterer å ha inngått samarbeid med såkalla andre aktørar i 2016 (ein nedgang frå 22 prosent i 2013). Ein gjennomgang av kva kommunane svarer innanfor andre aktørar viser mellom anna at det er Aktiv på dagtid, arbeidsmarknadsbedrifter, vidaregåande skule, idrettslag, bassengtrening, flyktingtenesta, friluftsrådet, friviljugsentral, forsvaret, fylkeskommunar, fylkesmannen, koordinerande einingar, Kreftforeininga, kyrkja, psykologar, psykiatriske sjukepleiarar, Statens naturoppsyn og støttekontaktar med fleire. Resultata viser elles at det er i kommunar i meir sentrale strom at samarbeid med andre aktørarar er mest vanleg. Dette kan vere eit uttrykk for at det i større og meir sentrale kommunar finst eit større mangfald av ulike aktørar som det kan vere relevant for frisklivssentralar å inngå samarbeid med. Samstundes kan det tyde på at kommunar i meir sentrale strom er flinke til å kartleggje og få oversikt over moglege samarbeidspartnarar i nærmiljøet, som deltakarane ved frisklivssentralane kan nytte godt av.

7.9. Oppsummering - Frisklivssentralen sitt samarbeid med andre aktørar

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

Gjennomgangen viser at det er regionale skilnader blant kommunane når det gjeld å inngå samarbeid med ulike aktørar. Det er ein klar tendens til at dei største og mest sentrale kommunane samarbeider meir med andre aktørar samanlikna med små kommunar i mindre sentrale strom. Ei av årsakene til at det er meir samarbeid i større kommunar i sentrale strom, kan vere at desse kommunane i større grad har kartlagt og fått oversikt og promotert ovanfor potensielle samarbeidspartnarar i nærområdet. Samstundes er det rimeleg å anta at det er fleire moglege samarbeidspartnarar i større kommunar i sentrale strom. Ei samanlikning av resultata mellom 2013 og 2016 viser at forskjellane når det gjeld å inngå samarbeid med ulike partnarar har minska etter regionale bakgrunnskjenneitekn. Dette gjeld både mellom fylka, mellom små og store kommunar og mellom kommunar i mindre sentrale og sentrale strom.

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

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

Helseutfordringane i Noreg er dominert av sjukdomar som kreft, diabetes, kroniske lungesjukdomar, hjarte- og karsjukdomar, muskel- og skjelettlidingar, og psykiske plager og lidingar. Dette er sjukdomar som har samanheng med den enkelte sine levevanar, sosiale forhold og det samfunnet me lever i. Mange av desse sjukdomane kan i stor grad førebyggast. I tillegg kan ein lære å meistre dei ved hjelp av tiltak som fremjar sunne levevanar. Muskel- og skjelettlidingar og psykiske lidingar er dei vanlegaste årsakene til sjukefråvære, trygdeytningar og manglande arbeidstilknytning (Helsedirektoratet 2017).

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

Dei som har lang utdanning og god økonomi, lever lengre og har færre helseproblem enn dei som har kortare utdanning og dårlegare økonomi. Slike sosiale helseforskjellar finn ein både for landet som heilskap og i fylke og kommunar. Dei sosiale helseforskjellane ser òg ut til å ha blitt større dei seinare åra (FHI 2018). Delen av befolkninga som rapporterer om god eigenvurdert helse, aukar med høgare utdanning og inntekt. Dette gjeld både for somatiske sjukdomar og psykiske lidingar. Faktorar som røyking, fysisk aktivitet, kostvanar, alkoholforbruk, overvekt og feite er sosialt skeivt fordelt. Det er vanleg å snakke om ein sosial gradient i fordelinga av helse i befolkninga. Det er òg sosiale forskjellar i bruken av helsetenester (Jensen 2009). Analysar viser relativt klare indikasjonar på at det eksisterer sosiale skilnader både med omsyn til bruken av primærhelsetenester og spesialisthelsetenester. Resultata viser at personar med låg utdanning og inntekt bruker primærhelsetenesta meir enn dei med høg utdanning og inntekt. Samstundes bruker personar med høg utdanning og inntekt legespesialist og tannlegar i større grad enn personar med låg utdanning og inntekt (Lunde, Otnes og Ramm 2017).

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

I «Veileder for kommunale frisklivssentraler» understrekar Helsedirektoratet at frisklivssentralar er eit konkret og effektivt tiltak for å styrke det systematiske folkehelsearbeidet på tvers av sektorar i kommunane (Helsedirektoratet 2017). Basert på undersøkingar som viser at det er lønsamt å gi hjelp til endring av levevanar, meiner Helsedirektoratet at etablering av frisklivssentralar er eit konkret og lønsamt tiltak for kommunane i og med at dette tilbodet kan redusere tilfelle av sjukdom i befolkninga som har samanheng med levevanar. Helsedirektoratet anbefalar alle kommunar å etablere frisklivssentralar i eigen kommune eller i samarbeid med andre kommunar (Helsedirektoratet 2017).

Gjennomgangen av resultata frå kartlegginga av frisklivssentralane viser at det er stadig fleire kommunar som vel å etablere frisklivssentralar. Samstundes er det regionale skilnader når det gjeld delen kommunar som vel å etablere tilbodet mellom fylka, mellom små og store kommunar og mellom mindre sentrale og meir sentrale kommunar. Det kan vere grunn til å reise spørsmål om det er skilnader i folkehelseutfordringar som gjer at ein kommune vel å etablere ein frisklivssentral eller ikkje. Er det slik at kommunar som ikkje har etablert tenesta har færre folkehelseutfordringane enn kommunar med frisklivssentralar, eller har dei andre tilbod utanfor ramma av frisklivssentralar? Det vil elles vere interessant å sjå om det er skilnader i utgifter brukt til førebyggjande helsearbeid i kommunar med frisklivssentralar samanlikna med dei som ikkje har etablert tilbodet. Er det slik at kommunar med frisklivssentralar bruker meir pengar på førebyggjande helsearbeid enn dei som ikkje har etablert tilbodet?

8.1. Utgifter til folkehelsearbeid og førebyggjande helsearbeid i kommunane

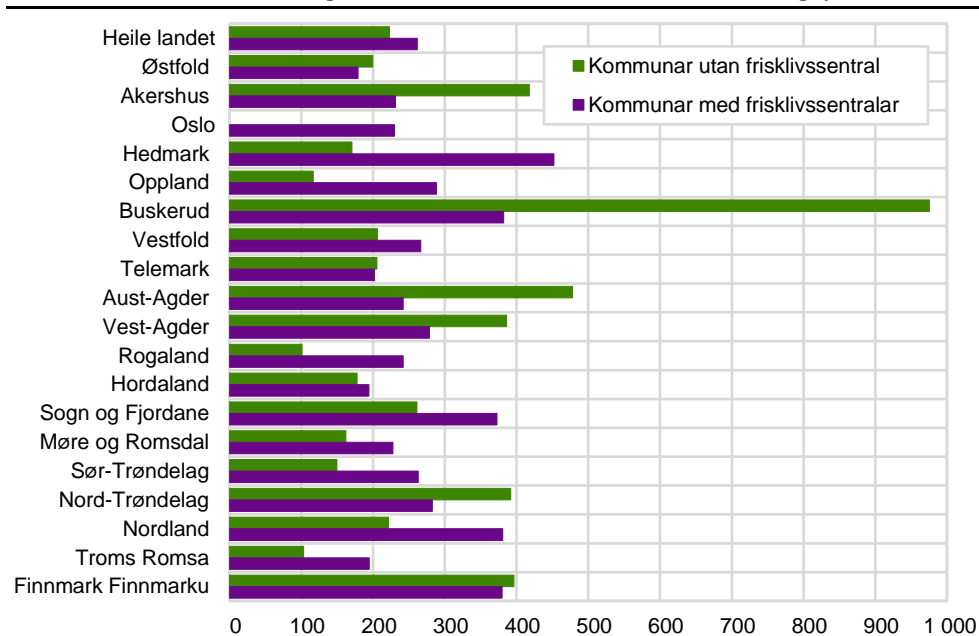
KOSTRA kommunerekneskapen gir informasjon om utgifter kommunane har brukt på ulike kommunale oppgåver generelt og oppgåver innanfor dei ulike helse- og omsorgstenestene spesielt. I KOSTRA er utgangspunktet at kommunane sine oppgåver og ressursbruk skal relaterast til behova til innbyggjarane. Dette knyt

oppgåver og ressursbruk til omgrepa funksjonar og brukargrupper. Omgrepet funksjon fokuserer på kva type behov tenestene skal dekke og kva grupper desse tenestene er retta mot. Funksjonsomgrepet er derfor uavhengig kva type tenester kommunane har etablert og korleis tenestene er organisert. Utgifter knytt til frisklivssentralar skal først på KOSTRA-funksjon 233, anna førebyggjande helsearbeid. Funksjonen inkluderer òg miljøretta helsevern, helsestasjon for eldre, helsestasjon for innvandrarar og den kommunale bedriftshelsetenesta. Det er viktig å nemne at KOSTRA-funksjon 232 helsestasjons- og skulehelsetenesta òg er definert som førebyggjande helsearbeid. I denne samanhengen er denne funksjonen utelate fordi tenestene innanfor denne funksjonen rettar seg i all hovudsak mot barn og unge 0-20 år.

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

Figur 8.1 viser utgifter per innbyggjar brukt på anna førebyggjande helsearbeid i kommunar som har etablert frisklivssentral og kommunar som ikkje har etablert tilbodet for heile landet og fordelt etter fylke i 2016.

Figur 8.1 Brutto driftsutgifter til førebyggjande helsearbeid (funksjon 233) per innbyggjar i kommunar med og utan frisklivssentralar. Kroner. Heile landet og fylke. 2016.



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

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

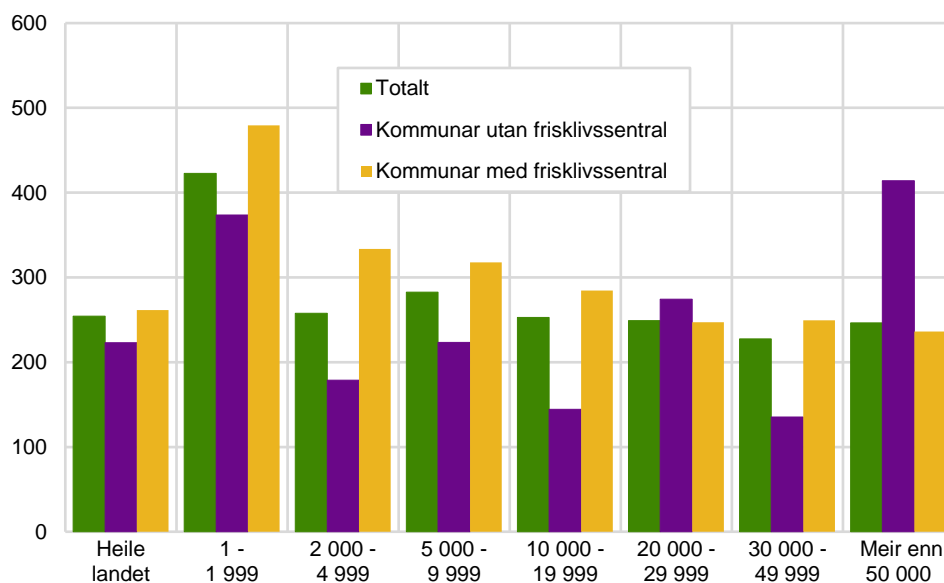
Grunnlagstala viser at det totalt blei brukt om lag 1,34 milliardar kroner til anna førebyggjande helsearbeid i kommunane i 2016, som utgjer 1 prosent av utgiftene i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Om lag 84 prosent av utgiftene til anna førebyggjande helsearbeid blei brukt i kommunar med frisklivssentral, medan dei resterande 16 prosentane blei brukt i kommunar utan frisklivssentralar. Målt i brutto driftsutgifter per innbyggjar viser figuren at det blei brukt om lag 262 kroner per innbyggjar i kommunar med frisklivssentral på anna førebyggjande arbeid, medan det tilsvarande talet var 223 kroner i kommunar utan frisklivssentral.

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

Når det gjeld Oslo, er dei i denne samanheng definert som ein kommune med tilbodet. Det er tidlegare vist at 11 av dei 15 bydelane i Oslo har etablert frisklivssentralar. Vidare er det fleire bydelar som har samarbeid med andre bydelar, og det vil difor vere grunn til å tru at alle innbyggjarane i Oslo i utgangspunktet kan nytte seg av tilbodet i ein bydel med frisklivssentral.

Ei samanlikning av resultatane mellom 2013 og 2016 viser omtrent dei same tendensane for begge åra. Kommunar med frisklivssentralar brukte mest pengar per innbyggjar på anna førebyggjande helsearbeid. Samstundes utgjer utgiftene i kommunar med frisklivssentralar ein større del av dei totale utgiftene knytt til anna førebyggjande helsearbeid i 2016. Dette heng i saman med at fleire kommunar hadde etablert frisklivssentral i 2016 enn i 2013.

Figur 8.2 Brutto driftsutgifter til førebyggjande helsearbeid (funksjon 233) per innbyggjar totalt og i kommunar med og utan frisklivssentralar. Kroner. Heile landet og kommunestorleik. 2016



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Det vil vere interessant å sjå om det er skilnader i utgifter per innbyggjar på førebyggjande arbeid i kommunar med og utan frisklivssentral etter dei regionale bakgrunnskjenneiteikna kommunestorleik og kommunesentralitet. Figur 8.2 viser utgifter per innbyggjar brukt på anna førebyggjande helsearbeid i kommunar som har etablert frisklivssentral og kommunar som ikkje har etablert tilbodet for heile landet og fordelt etter kommunestorleik i 2016.

Figur 8.2 viser at det er i dei minste kommunane at det blir brukt mest pengar per innbyggjar på førebyggjande helsearbeid i 2016. Figuren viser elles at det er skilnader etter kommunestorleik om det er kommunar med eller utan frisklivssentralar som bruker mest pengar per innbyggjar på førebyggjande arbeid.

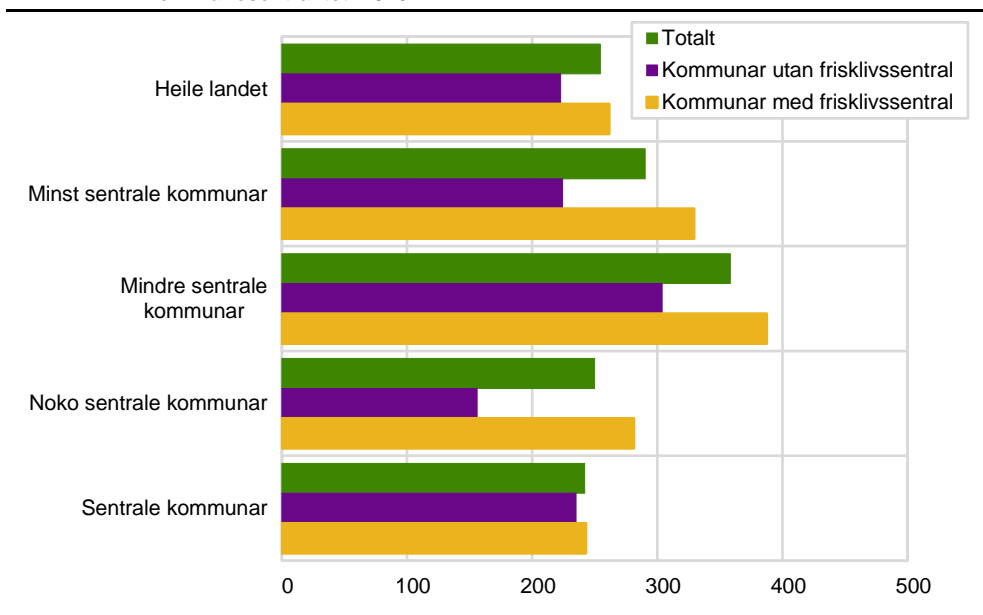
Medan det var kommunar med frisklivssentralar som brukte mest pengar på førebyggjande arbeid i alle gruppene under 20 000 innbyggjarar, var det det ein tendens til at kommunar utan frisklivstilbod brukte mest pengar blant dei større kommunane. Unntaket er i kommunegruppa med 30 000 – 49 999 innbyggjarar der kommunar med frisklivssentralar brukte mest pengar på førebygging per innbyggjar. Tendensen til at det i større kommunar er kommunar utan frisklivssentralar som bruker mest pengar på førebygging kan skuldast at store kommunar generelt har større utgifter til andre førebyggjande tenester som inngår i denne utgiftsfunksjonen, som t.d. helsestasjon for eldre og innvandrarar.

At det ikkje er ein klar tendens til at kommunar med frisklivssentral bruker meir pengar på førebygging enn dei som ikkje har tilbodet, kan òg vere eit uttrykk for at frisklivssentral ikkje er ei veldig kostnads-krevjande teneste i utgangspunktet. Det er tidlegare vist at det er i underkant av 250 årsverk som jobba ved frisklivssentralar i landet totalt i 2016. Målt i årsverk utgjorde frisklivssentralar 0,1 prosent av årsverka totalt i den kommunale helse- og omsorgstenesta i 2016. Følgjeleg er dette ei svært lita helseteneste samanlikna med dei andre helsetenestene kommunane tilbyr. Det kan tyde på at det er små utgifter knytt til denne tenesta samanlikna med andre helsetenester. Fordi den er lite kostnads-krevjande, er det ikkje naudsynt at ein finn systematiske skilnader i utgifter per innbyggjar mellom kommunar som har etablert og dei som ikkje har etablert tilbodet.

Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser omtrent dei same tendensane begge år. Det er i dei minste kommunane med frisklivssentral at det blir brukt mest pengar per innbyggjar på anna førebyggjande helsearbeid i begge årgangane. Vidare blir det brukt mest pengar per innbyggjar på anna førebyggjande helsearbeid i dei største kommunane utan frisklivssentralar samanlikna med dei med frisklivssentralar i både 2013 og 2016.

Det vil samstundes vere interessant å sjå om det er skilnader i utgifter brukt på førebyggjande arbeid i kommunar med og utan frisklivssentral fordelt etter kommunesentralitet. Figur 8.3 viser utgifter per innbyggjar brukt på anna førebyggjande helsearbeid i kommunar som har etablert frisklivssentral og kommunar som ikkje har etablert tilbodet for heile landet og fordelt kommunesentralitet i 2016.

Figur 8.3 Brutto driftsutgifter til førebyggjande helsearbeid (funksjon 233) per innbyggjar totalt og i kommunar med og utan frisklivssentralar. Kroner. Heile landet og kommunesentralitet. 2016



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

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

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

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

Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser at det har vore små endringar når det gjeld pengar per innbyggjar brukt på anna førebyggjande arbeid. For begge åra er det i mindre sentrale kommunar med frisklivssentralar at det blir brukt mest pengar per innbyggjar på funksjon 233, og minst i mindre sentrale kommunar utan frisklivssentral.

8.2. Oppsummering - utgifter til førebyggjande helsearbeid i kommunane

Kommunane i Noreg brukte totalt om lag 1,34 milliardar på anna førebyggjande arbeid i 2016. Per innbyggjar utgjorde dette 254 kroner. Grunnlagstala viser elles at det har vore ein auke i utgifter per innbyggjar til anna førebyggjande helsearbeid i perioden 2013-2016. Tala viser elles at det blei brukt noko meir per innbyggjarar i kommunar med frisklivssentral samanlikna med i kommunar som ikkje hadde etablert tilbodet (høvesvis 262 kroner og 223 kroner). Fordelt etter fylke viser resultatata at det i 11 av 19 fylke er kommunar med frisklivssentral som bruker mest per innbyggjar på funksjon 233. Det er elles store skilnader mellom fylka når det gjeld kor mykje som blir brukt per innbyggjar på førebygging.

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

Det er viktig å understreke at funksjon 233 også inkluderer utgifter til andre førebyggjande tiltak, som t.d. helsestasjon for innvandrarak og helsestasjon for eldre. Det er rimeleg å anta at kostnadane til desse tenestene er høgare i større og meir sentrale kommunar, og slik jamnar ut skilnadene i utgifter mellom dei kommunane som har frisklivssentral og dei som ikkje har tilbodet. I tillegg er det viktig å hugse på at det er nokså få årsverk som totalt var knytt til frisklivstenesta i kommunane i 2016. Dette bør i dei fleste tilfella innebære ein låg terskel for å etablere tilbodet for kommunane med tanke på personell og utgifter.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Når det gjeld utdanningsnivået i kommunen, er det tidlegare vist at både helsetilstand og bruken av helsetenester aukar med utdanningsnivå (Jensen 2009 og Lunde, Otnes og Ramm 2017). Den same tendensen gjeld for inntekt. Delen som rapporterer å ha god helse og bruker helsetenestene jamleg aukar med høgare inntekt. Det motsette gjeld for stønadsmottakarar. Delen som rapporterer å ha dårleg helse er høgare blant stønadsmottakarar samanlikna med resten av befolkninga. Det vil vere interessant å sjå om det er skilnader i levekårfordringar mellom mindre sentrale og meir sentrale kommunar. Vidare vil det vere interessant å sjå om det er skilnader i levekårfordringar mellom kommunar som har etablert frisklivssentral og dei kommunane som ikkje har etablert tilbodet. Er det slik at det er i kommunar med frisklivssentralar at levekårproblema er høgast?

Ein gjennomgang av faktorar som kan vere med å påverke folkehelsa i kommunar i rapporten om frisklivssentralar frå 2013 viste at det for nær alle av dei utvalde indikatorane var høgast førekomst av utfordringar i kommunar som ikkje hadde etablert frisklivssentralar. Tendensen var stort sett gjeldande uavhengig av kor sentrale kommunane er. Samstundes var levekårfordringane jamt over størst i dei minst sentrale kommunane som ikkje hadde etablert frisklivssentral. Unnataket var førekomsten av personar med låg inntekt der resultatane viste ein høgare førekomst i kommunar som hadde etablert frisklivssentralar i 2013. Resultata tyda ikkje på at det var kommunar med særlege levekårfordringar som hadde etablert frisklivssentralar. Det må samstundes understrekast at forskjellane i levekårproblema, som blei studerte, var små mellom kommunar med og utan frisklivssentralar. Med bakgrunn i funna frå 2013 vil det vere interessant å sjå om tendensen er den same for kommunar med og utan frisklivssentral i 2016.

Tabell 9.1 Indikatorar for faktorar som påverkar sosial ulikskap i helse. Heile landet og kommunesentralitet. Prosent. 2016

Kommunar med og utan frisklivssentral (Ja/Nei)	Arbeidsledige 15-74 år	Uføretrygda 16-66 år	Sosialhjelpsmottakarar i alderen 18-24 år	Sosialhjelpsmottakarar i alderen 25-66 år	Personar med fråfall vgs	Personar med grunnskuleutdanning 25-44 år	Personar med grunnskuleutdanning 25 år og eldre	Personar med låg inntekt (EU60)
Heile landet								
Ja	2,4	8,6	6	3,2	21,7	17,7	21,4	11,2
Nei	2,1	10,4	6,4	3	21,6	20,3	24,9	10,2
Minst sentrale kommunar								
Ja	1,8	10,8	6,2	3,2	21,9	20,4	26,3	10,7
Nei	1,9	11,2	6,2	3,2	22,7	22,5	28	11,4
Mindre sentrale kommunar								
Ja	2,2	10,1	6,6	3	22,5	19,6	22,9	9,6
Nei	2,1	10,3	7,1	3,4	19,5	19,1	23,8	10,5
Noko sentrale kommunar								
Ja	2,2	11,2	7,2	3,4	22,7	20,6	24,2	11,1
Nei	2,3	9,7	5,9	2,5	20,5	18,9	24	9,7
Sentrale kommunar								
Ja	2,5	7,7	5,7	3,1	21,4	16,9	20,2	11,3
Nei	2,2	10,4	6,5	3	22,2	20,4	24,3	10

Kjelde: Statistisk sentralbyrå, NAV og FHI

Tabell 9.1 viser utvalde indikatorar som i meir eller mindre grad måler levekårproblem i kommunane. Det er rimeleg å anta at ein høg verdi på indikatorane vil tyde på større folkehelseutfordringar samanlikna med kommunar med låg verdi. Tabellen viser førekomsten av arbeidsledige, uførepensjonistar, sosialhjelpsmottakarar 18- 24 år og 25-66 år, delen personar med fråfall frå vidaregåande, delen med grunnskuleutdanning som høgaste utdanning for personar 25 år og eldre, grunnskuleutdanning som høgaste utdanning for personar 25-44 år og delen innbyggjarar med låg inntekt (EU 60). Tabellen viser tal for heile landet, kommunesentralitet og fordelt etter om kommunane hadde etablert frisklivssentralar eller ikkje. Det er viktig å understreke at levekårproblem er samansette med mange dimensjonar. Indikatorane i tabellen gir ikkje ei fullstendig dekning av levekårproblem i ein kommune og må også sjåast i samheng andre indikatorar knytt til levekårproblematikken. Indikatorane som blir presenterte med tal for 2016 er dei same som blei studerte for 2013.

Tabell 9.1 viser at førekomsten av levekårproblema ser ut til å variere mellom kommunar med og utan frisklivssentralar avhengig av kva indikatorar som blir samanlikna. Vidare er det ikkje noko systematiske forskjellar når det gjeld levekårutfordringar mellom dei minst sentrale kommunane og dei sentrale kommunane.

Det er små skilnader i delen arbeidsledige mellom kommunar som har etablert frisklivssentralar og dei som ikkje har tilbodet. Medan 2,4 prosent var arbeidsledige på landsbasis blant kommunar med frisklivssentralar, var tilsvarande tal 2,1 prosent blant kommunar utan frisklivssentralar. Fordelt etter kommunesentralitet er det i dei minst sentrale kommunane med frisklivssentralar at arbeidsløysa er lågast, medan den er høgast i sentrale kommunar med frisklivssentralar (høvesvis 1,8 prosent og 2,5 prosent). Det er viktig å understreke at forskjellane i arbeidsløysa mellom kommunar med og utan frisklivssentralar for landet totalt og fordelt etter sentralitet er små. Ei samanlikning av resultatane mellom 2013 og 2016 viser samstundes at førekomsten av arbeidsløysa har endra seg til å vere minst til størst blant kommunar med frisklivssentralar i 2016. Dette må sjåast i samheng med at fleire kommunar har etablert tilbodet i perioden 2013-2016.

Delen uførepensjonistar er høgast blant kommunar som ikkje har etablert frisklivssentralar. Skilnadene er elles størst blant dei sentrale kommunane. Medan

det var 8,6 prosent uførepensjonistar i kommunar som har etablert frisklivssentralar, var tilsvarande tal 10,4 prosent blant dei utan. Fordelt etter kommunesentralitet viser figuren at det ikkje er systematiske forskjellar mellom kommunar med og utan frisklivssentralar. Delen uførepensjonistar er høgast i kommunar utan frisklivssentral i alle kommunegrupper utanom i inndelinga noko sentrale kommunar der førekomsten er høgast blant kommunar med frisklivssentral. Det bør nemnast at skilnadene i førekomsten av uførepensjonistar er relativt liten blant kommunar med og utan frisklivssentral i mindre sentrale strok, medan dei er noko større blant kommunar i sentrale strok. Ei samanlikning av tala mellom 2013 og 2016 viser omtrent dei same tendensane for begge åra. På landsnivå er det blant kommunar utan frisklivssentral at delen uførepensjonistar er høgast begge åra.

Delen yngre sosialhjelpsmottakarar er høgast i kommunane som ikkje har etablert frisklivssentral, medan den er høgast for eldre sosialhjelpsmottakarar i kommunar med frisklivssentral. Samstundes er skilnadene i førekomsten av både yngre og eldre sosialhjelpsmottakarar relativt små mellom kommunar med og utan frisklivssentralar. Medan det var 6 prosent sosialhjelpsmottakarar 18-24 år i kommunar med frisklivssentralar på landsbasis, var tilsvarande tal 6,4 prosent blant kommunane som ikkje hadde etablert tilbodet. Delen unge sosialhjelpsmottakarar er høgast i noko sentrale kommunar som har etablert frisklivssentralar. Resultata for sosialhjelpsmottakarar 25-66 år viser at delen mottakarar er høgast i kommunar som har etablert frisklivssentralar. Medan det var 3,2 prosent sosialhjelpsmottakarar 25-66 år i kommunar med frisklivssentralar i landet totalt, var tilsvarande tal 3 prosent for kommunar utan frisklivssentral. Fordelt etter kommunesentralitet viser resultata at delen mottakarar var høgast i noko sentrale kommunar med frisklivssentralar. Samstundes var skilnadene her mindre enn for unge mottakarar. Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser mellom anna at delen eldre sosialhjelpsmottakarar har endra seg frå å vere minst til størst i kommunar med frisklivssentral. Samstundes har forskjellane mellom kommunar med og utan frisklivssentralar blitt mindre innanfor dei ulike sentralitetsinndelingane mellom 2013 og 2016. Dette må sjåast i samanheng med at fleire kommunar har etablert frisklivssentralar innanfor alle sentralitetsinndelingane mellom desse to åra.

På landsbasis er delen med grunnskule som høgaste fullførte utdanning størst i kommunar utan frisklivssentralar. Etter alle sentralitetsinndelingar er førekomsten av personar med grunnskuleutdanning gjennomgåande høgast for kommunar utan frisklivssentralar. Elles er det ein tendens til at førekomsten er høgast i dei minst sentrale kommunane utan frisklivssentralar og lågast i sentrale kommunar med frisklivssentralar. Dette gjeld både for førekomsten av personar med grunnskule som høgaste fullførte utdanning 25-44 år og 25 år og eldre. Det er viktig å understreke at skilnadene mellom kommunar med og utan frisklivssentralar er relativt små. Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser dei same tendensane for begge årgangane. Samstundes har forskjellen i førekomsten av personar med grunnskule som høgast fullførte utdanning blitt mindre mellom kommunar med og utan frisklivssentralar både på landsbasis og fordelt etter sentralitet frå 2013 til 2016.

Delen personar med fråfall frå vidaregåande er omtrent det same i kommunar med og utan frisklivssentralar (høvesvis 21,7 prosent og 21,6 prosent). Skilnadene er nokså små mellom mindre sentrale og meir sentrale kommunar, og mellom kommunar med og utan frisklivssentralar. Ei samanlikning av fråfall i vidaregåande skule mellom 2013 og 2016 viser at medan fråfallet var høgast i kommunar utan frisklivssentralar i 2013, er det omtrent ingen skilnader mellom kommunar med og utan frisklivssentralar i 2016. At forskjellane har endra seg

mellom dei to årgangane, må òg her sjåast i samanheng med at talet på kommunar som har etablert frisklivssentralar har auka mellom 2013 og 2016.

Delen innbyggjarar med låg inntekt er høgast i kommunane som har etablert frisklivssentral. Det er elles små skilnader i delen med låg inntekt fordelt etter kommunesentralitet. Medan 11,2 prosent av personar i kommunar med frisklivssentral hadde låg inntekt, var tilsvarande tal 10,2 prosent for dei som ikkje hadde etablert. Fordelt etter sentralitet er det forskjellar i førekomsten av personar med låginntekt mellom mindre sentrale kommunar og sentrale kommunar. Medan delen personar med låg inntekt er høgast blant kommunar utan frisklivssentralar i mindre sentrale strok, er den er høgast i kommunar med frisklivssentralar i sentrale strok. Ei samanlikning av resultatata for 2013 og 2016 viser dei same tendensane for begge åra.

9.2. Oppsummering - Forskjellar i sosial ulikskap i kommunar med og utan frisklivssentral?

Ein gjennomgang av faktorar som kan vere med å påverke folkehelsa i kommunar viser at det ikkje er systematiske forskjellar mellom kommunar med og utan frisklivssentralar når det gjeld førekomsten av levekårutfordringar i 2016. Medan det er høgast førekomst av levekårutfordringar i kommunar utan frisklivssentralar for fire av dei åtte indikatorane som er studert (delen uføretrygda 16-66 år, sosialhjelpsmottakarar i alderen 18-24 år, delen personar med kun grunnskuleutdanning 25-44 år og for 25 år og eldre). For dei fire resterande indikatorane er førekomsten høgast i kommunar med frisklivssentralar. Fordelt etter sentralitet er tendensen stort sett den same som for landet uansett kor sentrale kommunane er. Unnataket er delen personar med grunnskule som høgaste fullførte utdanning der delen er noko høgare i mindre sentrale kommunar.

Resultata for levekårutfordringar mellom kommunar med og utan frisklivssentralar i 2016 viser ei endring samanlikna med resultatata for 2013. Medan resultatata for 2013 viste gjennomgåande at førekomsten av levekårproblem var høgast i kommunar utan frisklivssentralar, er det mindre forskjellar mellom kommunar med og utan frisklivssentralar i 2016. Ei av årsakene til dette er at delen kommunar med frisklivssentralar har auka mellom dei to åra, noko som fører til at fleire kommunar som i 2013 var blant kommunar utan frisklivssentralar no har etablert frisklivssentral. At skilnadene i levekårutfordringar er blitt mindre mellom kommunar med og utan frisklivssentralar mellom 2013 og 2016 kan òg skuldast at fleire kommunar har kome lengre i det systematiske folkehelsearbeidet, og at fleire kommunar som ein konsekvens har etablert frisklivssentralar. Det er viktig å understreke at førekomsten av levekårutfordringane mellom 2013 og 2016 for alle kommunar samla er nokså uendra mellom dei to åra. Det er med andre ord ikkje slik at nivået på levekårutfordringane nødvendigvis har blitt større i kommunar med frisklivssentralar, men at fleire kommunar med særlege levekårutfordringar har etablert frisklivssentralar mellom 2013 og 2016.

Ein gjennomgang av grunnlagsdata for 2013 og 2016 der ein har studert dei 19 kommunane som ikkje hadde frisklivssentralar i 2013, men hadde etablert det i 2016, viser at om lag halvparten av desse hadde ein nedgang i førekomsten for fire eller fleire av dei utvalde indikatorane på levekårutfordringar mellom 2013 og 2016. Nedgangen er relativt liten for dei fleste kommunane og for dei fleste indikatorane. Ein har altså ikkje grunnlag for å hevde at nedgangen kan tilskrivast etablering av frisklivssentralar i desse kommunane. Til det strekk ikkje datagrunnlaget i desse analysane til og det er fleire faktorar som påverkar eventuelle nedgangar for enkeltindikatorar mellom 2013 og 2016. Resultata viser

om ikkje anna at førekomsten av levekårproblem ikkje har auka i kommunar som har etablert frisklivssentralar mellom 2013 og 2016.

Basert på resultatane frå 2016 kan det vere grunn til å spørje seg om kommunar etablerer frisklivssentral basert på kartlegging av faktorar som kan føre til sosial ulikskap i helse i befolkninga, eller om det er andre årsaker som er vel så viktige ved etablering av sentralar. Resultata frå 2013 underbygde til dels funna frå undersøkinga til Riksrevisjonen, som synta at få kommunar hadde etablert systematisk folkehelsearbeid i kommunane. Resultata for 2016 tyder på at fleire kommunar med levekårutfordringar har etablert frisklivssentralar enn tidlegare, og følgjeleg er forskjellane i levekårproblem blitt mindre mellom kommunar med og utan frisklivssentralar.

Resultata frå 2016 kan vere ein indikasjon på at kommunar har kome lengre i det systematiske folkehelsearbeidet enn i 2013 då Riksrevisjonen gjennomførte undersøkinga si. Ein gjennomgang av dei 19 kommunane som har etablert frisklivssentralar mellom 2013 og 2016 viser at dei fleste av desse kommunane hadde ein større førekomst av levekårproblem enn snittet for landet totalt i 2013. Det kan tyda på at desse kommunane har etablert meir systematisk folkehelsearbeid i sine kommunar, og at eitt av tiltaka har vore å etablere frisklivssentralar.

Det er samstundes viktig å understreke at resultatane presentert overfor berre viser korleis sosiale levekårproblem fordeler seg mellom kommunar med og utan frisklivssentralar. Ein skal vere varsam med å hevde at årsaka til at forskjellane er blitt mindre mellom 2013 og 2016 grunna at kommunar med store levekårproblem utan frisklivssentralar i 2013 har etablert frisklivssentralar og slik fått mindre levekårproblem i 2016. Dei samla levekårproblema for både kommunar med og utan frisklivssentralar er nokså uendra mellom 2013 og 2016. Vidare utgjør deltakarar på frisklivssentralar ein så liten del av den totale befolkninga i kommunane med frisklivssentralar at dette ikkje vil gi særlege utslag på dei indikatorane knytt til sosiale levekårproblem som er studerte i dette kapitlet. Endringane mellom 2013 og 2016 er nok først og fremst eit uttrykk for at fleire kommunar har etablert frisklivssentralar og følgjeleg er populasjonane som blir samanlikna mellom dei to åra såpass mykje endra, og er hovudårsaka til at forskjellane mellom kommunar med og utan frisklivssentralar er mindre systematiske i 2016 enn i 2013.

10. Kva helsefremjande og førebyggjande helsetilbod tilbyr kommunar utan frisklivssentralar?

Frisklivssentralar er ikkje ei lovpålagt helseteneste. Og sjølv om helsemyndigheitene anbefaler alle kommunar å etablere frisklivssentralar som eit førebyggjande og helsefremjande tilbod, står dei fritt til sjølve å organisere dei førebyggjande og helsefremjande tilboda som blir gitt til innbyggjarane sine. Kartlegginga av frisklivssentralar i 2013 og 2016 gir oss ein god oversikt over det førebyggjande og helsefremjande tilbodet i kommunar med frisklivssentralar. Den gir derimot lite informasjon over kva førebyggjande helsetilbod som finst i kommunar utan frisklivssentralar. I tillegg er det avgrensa med andre datakjelder som dokumenterer dette.

For å betre kunnskap om kva helsefremjande og førebyggjande helsetilbod kommunar utan frisklivssentralar tilbyr til dei vaksne innbyggjarane sine, har det blitt gjennomført ei utvalsundersøking blant ni kommunar som ikkje har etablert frisklivssentralar. Kommunane er representative med omsyn til kommunestorleik og kommunesentralitet blant kommunane utan frisklivssentralar. Undersøkinga blei gjennomført i form av telefonintervju med representantar frå helse- og omsorgstenesta generelt og frå dei førebyggjande helsetenestene spesielt i dei utvalde kommunane. Spørjelista som blei gjennomgått i alle intervjuva var sendt ut i framkant for at respondentane skulle få tid til å førebu seg. For meir om utvalet av kommunar, sjå kapittel 3.

Føremålet med utvalsundersøkinga er tredelt. For det første er det ønskjeleg å få betre kunnskap om kva alternative måtar kommunane utan frisklivssentralar har valt å organisere dei helsefremjande og førebyggjande helsetenestene på. For det andre er det ønskjeleg å få kartlagt kva helsefremjande og førebyggjande helsetilbod som blir gitt og kven i kommunen som nyttar seg av tilbodet. For det tredje er det ønskjeleg å få kommunane sine grunngevingar for kvifor dei ikkje har valt å etablere frisklivssentral og kva som skal til for at kommunane i framtida skal etablere frisklivstilbod eller tilsvarande helsefremjande og førebyggjande helsetilbod til innbyggjarane sine. For å svara på dette, tek kapittelet utgangspunkt i spørjelista som blei nytta under intervjuva med alle kommunane (sjå vedlegg X). Alle kommunar som takka ja til å delta vil bli haldne anonyme i presentasjonen av resultatata i tråd med avtalen som blei inngått på førehand.

10.1. Kva helsefremjande og førebyggjande helsetenester til vaksne er etablert i kommunar utan frisklivssentralar?

Fleirtalet av kommunane som deltok i undersøkinga har få tilsvarande tilbod eller kurs som ein finn att ved frisklivssentralar. Tilboda som blir gjevne er i stor grad sekundærførebyggjande, som betyr at det er tilbod til personar som allereie mottar ein eller annan form for helse- og omsorgsteneste frå kommunen. Samstundes er det fleire kommunar som tilbyr eller har tilbydd enkelte tilbod og kurs som blir gitt ved frisklivssentralar, som til dømes gruppetilbod fysisk aktivitet og kurs i depresjonsmeistring. Det er særleg i dei største kommunane utan frisklivssentralar at det helsefremjande og førebyggjande helsetilbod til dei vaksne innbyggjarane er mest utbygd og liknar mest på det ein finn att ved frisklivssentralar. Samstundes bidreg friviljuge lag og organisasjonar til ein stor del av dei førebyggjande helsetilboda som blir gitt i kommunane utan frisklivssentral.

På spørsmålet om kva type helsefremjande og helseførebyggjande helsetilbod kommunar tilbyr innbyggjarane sine listar kommunane opp ei rekke tilbod. Av

tilbod som bør nemnast er ulike former for treningsgrupper til ulike alders- og målgrupper, bassengtrening, førebyggjande heimebesøk til eldre, kvardagsrehabilitering, dagaktivitetstilbod til eldre heimebuande og for personar med demens, dagaktivitetssenter, friviljugsentral, aktiv på dagtid, gå- og turgrupper, ulike tilbod til personar med psykiske lidingar og rusvanskar, ulike tilbod til personar med demens og deira pårørande, ymse lågterskeltilbod til dei som allereie får behandling innanfor fysio- og ergoterapitenesta, ulike tilbod i regi av Raude Kross, turar i regi av turistforeiningar og friluftsråd, kvinnegrupper for innvandrarak og flyktningar og ulike typar lågterskel-kafebar, som er opne på dagtid og anten blir drivne av eller er opne for ulike alders- og målgrupper. I tillegg er det kommunar som svarer individuell plan og tverrfagleg arbeid med individuell plan og koordinerande einingar som eit førebyggjande tiltak.

Fleire av kommunane som var med i undersøkinga har tilbod om ulike former for treningsgrupper for vaksne. Medan tilbodet er opne for alle innbyggjarane i nokre kommunar, kan det vere retta inn mot bestemte alders- og målgrupper i andre kommunar. Ofte er tilboda opne for alle i dei respektive alders- og målgruppene mot ein eigenandel, og opningstidene varierer noko. I nokre kommunar blir treningane gjennomført på kveldstid, medan i andre kommunar er det på dagtid. Det varierer elles kor mange dagar i veka tilbodet blir halde frå kommune til kommune. Innhaldet i treningsgruppene kan variere, men er ofte i form av saltrening med ulike styrke og førebyggjande øvingar, styrke- og balansegrupper eller turgrupper. Det varierer òg noko frå kommune til kommune om tilbodet om treningsgrupper blir gitt i kommunal regi, i privat regi eller i regi av friviljuge lag og organisasjonar. I mange tilfelle kan òg tilbodet vere eit samarbeid mellom kommune og friviljuge lag og organisasjonar. Nokre av kommunane tilbyr Aktiv på dagtid, som er eit ikkje vedtaksbasert, lågterskel treningstilbod for alle som heilt eller delvis fell utanfor arbeidslivet. Dette kan vere eit samarbeid mellom kommunen, NAV, eit treningssenter eller idrettslag.

Tilbod om treningsgrupper blei gitt i både i små og store kommunar som deltok i undersøkinga. Samstundes er det fleire kommunar som svarer at dei ikkje har dette tilbodet. Personellet som bidreg i desse treningsgruppene er ofte fysioterapeutar, gymnastikklærarar, personlege trenarar, folkehelsekoordinatorar og friviljuge utan formell kompetanse. Berre ein av kommunane med gruppetrening svarer at kvar enkelt deltakar gjennomfører ein oppstarts- og avslutningssamtale, slik som er vanleg ved deltaking på ulike tilbod ved frisklivssentralar.

Mange av kommunane har òg bassengtrening for ulike grupper i den vaksne befolkninga. Som oftast er bassengtreninga retta mot bestemte diagnose- og målgrupper, som t.d. personar med kroniske sjukdomar og gravide. Tilbodet blir oftast gitt igjennom fysioterapitenesta til kommunen, og det er i all hovudsak personar som allereie mottar behandling i denne tenesta som deltar på tilboda. Tilbodet er som oftast opne ein til to gonger i veka, og det varierer frå kommune til kommune om det er på dag eller kveldstid. Her er det vanleg at fysioterapeutane sjølve gjennomfører treninga.

Om lag halvparten av kommunane som var med i undersøkinga nemner kvardagsrehabilitering med tverrfaglege helseteam som eit helsefremjande og førebyggjande helsetilbod i kommunane. Kvardagsrehabilitering skjer i eit tverrfagleg samarbeid der brukaren sjølv set måla for rehabiliteringa og arbeider saman med helseteamet mot å nå desse. Målgruppa for tilbodet er personar som mottok heimetenester og som har hatt eit funksjonsfall den siste tida. Det som kjenneteiknar kvardagsrehabilitering frå andre typar rehabilitering og habilitering, er den politiske og faglege forankringa til tilbodet i kommunen, eit tett samarbeid med andre heimetenester og at heim og nærmiljø er staden kor rehabiliteringa blir

gitt. Tenesta er relativ ny i alle kommunane som svarer at dei har det, og det er stort sett berre personar som allereie har fått vedtak om heimetenester i kommunen som kan ta imot tilbodet. Det tverrfaglege helseteamet som arbeider med kvardagsrehabilitering består som oftast av fysioterapeutar, ergoterapeutar, sjukepleiarar og hjelpepleiarar i omsorgstenesta.

Alle kommunar har ulike helsefremjande og førebyggjande helsetilbod i regi av ulike lag og friviljuge organisasjonar. I mange kommunar arrangerer pensjonist- eller seniorforeininga turar og turgrupper for pensjonistane i kommunen. Fleire kommunar har i tillegg samarbeid med Raude Kross og friviljugsentralar om ulike førebyggjande tilbod, som t.d. gratis matombringning. I fleire kommunar har friviljugsentralar òg tilbod retta mot innvandrarar og integrering. Turistforeiningar og friluftsråd har også tilbod om turar.

Fleire kommunar har ulike helsefremjande og førebyggjande tilbod til personar med psykiske lidningar og rusvanskar. Tre av kommunane held kurs i depresjonsmeistring for personar med psykiske lidningar og rusvanskar. Av andre tilbod kan det nemnast:

- dagsenter for personar med psykiske lidningar og rusvanskar
- arbeidsfellesskap for personar med psykiske lidningar
- lågterskeltilbod til personar med lettare eller moderate psykiske lidningar og rusvanskar, som aktivitetsskafé der tidlegare rusmisbrukarar skal kunne skape seg eit nytt, rusfritt nettverk
- bekymringsteam
- oppfølgingsteam innanfor rus og psykiatri.

Personellet som tilbyr desse tenestene er ofte tilsette innanfor rus og psykiatri-avdelinga i kommunen og kan vere psykologar, sosionomar eller andre utdanningar knytt til denne tenesta. Dei fleste av tilboda blir gitt på dagtid. Unnataket er KID-kurs som blei haldne på kveldstid slik at personar i arbeid skulle ha moglegheit til å delta. Hovudvekta av dei helsefremjande og førebyggjande tilboda som blir gitt til denne målgruppa er til personar som allereie mottek ei eller anna teneste innanfor rus og psykiatri. Unnataket er her òg KID-kurs som i utgangspunktet er ope for alle.

Undersøkinga viser at kommunane har ei rekke tilbod dei ser på som helsefremjande og førebyggjande for dei vaksne innbyggjarane. Samstundes har dei fleste tilboda tenesteinngang og ber preg av å vere sekundærførebyggjande. Med dette meiner ein her at dei fleste tilboda er for innbyggjarar som allereie er innrullert og mottar ei eller anna form for helse- og omsorgsteneste. Unntaka som bør nemnast er tilbod om treningsgrupper og kurs i depresjonsmeistring. Desse er i utgangspunktet stort sett opne for alle som ønskjer å delta. Resultata frå undersøkinga tyder ikkje på nokon systematiske forskjellar mellom små og store kommunar. Det er likevel ein tendens til det helsefremjande og førebyggjande tilbodet er meir omfattande i store kommunar. Det er også blant dei største kommunane at ein finn flest tilbod tilsvarande det som er vanleg å ha ved frisklivssentralar.

Kommunane samarbeider med andre om fleire av tenestene. Friviljuge lag og organisasjonar er viktige bidragsytarar. Det same er spesialisthelsetenesta og NAV. Det er òg ein tendens til at det i nokre kommunar er mangelfullt med lågterskeltilbod til personar i aldersgruppa 30-67 år dersom dei ikkje allereie mottar ei eller anna form for helse- og omsorgstenester.

Det kan elles vere grunn til å understreke at fleire av tilboda som blir nemnde som helsefremjande og førebyggjande tilbod i kommunar utan frisklivssentralar ikkje

nødvendigvis erstattar tilbod som tradisjonelt blir gitt ved frisklivssentralar. Truleg vil kommunar med frisklivssentralar også tilby mange av dei same tilboda som kommunane utan frisklivssentralar nemner som helsefremjande og førebyggjande helsetilbod. Ein gjennomgang av kommentarfelta frå kartlegginga av frisklivssentralar i 2013 og 2016 stadfestar langt på veg dette. Mellom anna er tilbod som kvardagsrehabilitering, bassengtrening, turgrupper og aktiv på dagtid nemnd som tilleggstilbod og kurs som blir gitt i fleire av kommunane med frisklivssentralar.

10.2. Korleis er tilboda organisert og korleis er dei forankra i planar og budsjett i kommunar utan frisklivssentralar?

Dei helsefremjande og førebyggjande helsetilboda i kommunane som var med i undersøkinga er som oftast organisert i dei ulike deltenestene i helse- omsorgstenesta i kommunen. Kor dei er plassert, er avhengig av kva målgrupper tilboda er retta mot. For tilbod som blir gitt til personar med psykiske lidingar og rusvanskar, er desse som oftast organisert i innanfor rus og psykiatritenesta i kommunen. Bassengtrening er organisert i fysioterapitenesta i kommunen, medan treningsgruppene er som oftast organisert i helse- og omsorgstenesta, men det varierer mellom kommunane kor i helse- og omsorgstenesta den ligg avhengig av kva målgrupper dei freistar å nå.

Dei fleste ulike førebyggjande tilboda i kommunal regi blir finansiert anten gjennom helse- og omsorgstenesta eller rus- og psykiatritenesta i kommunane som ein del av den ordinære drifta. Dei fleste kommunane opererer med ein eigenandel for personar som nyttar dei ulike tilboda. I tillegg mottar fleire av kommunane midlar frå sentrale myndigheiter for nokre av tilboda, som t.d. kvardagsrehabilitering, dagsenter og friviljugsentralar. Nokre har òg motteke midlar frå fylkeskommunen til folkehelsearbeid. For førebyggjande tilbod som blir gitt av friviljuge lag og organisasjonar, delfinansierer fleire kommunar desse tilboda.

Dei fleste kommunane har forankra dei helsefremjande og helseførebyggjande tilboda i ulike kommunale planar, særleg i helse- og omsorgsplanen og/eller i den overordna kommuneplanen. I tillegg har fleire forankra dei førebyggjande tilboda i folkehelseplanen til kommunen. I samband med dette har dei fleste kommunane inngått partssamarbeid med fylkeskommunen om folkehelsearbeid. Det er rett nok ikkje alle kommunane som har tilsett ein eigen folkehelsekoordinator. Det er samstundes nokre kommunar som svarer at dei førebyggjande tilboda ikkje er forankra i den overordna kommuneplanen, men forankra i ulike delplanar. (Til dømes planar for idrett, friluftsliv, fysisk aktivitet, kultur mv.)

Når det gjeld samarbeid med andre utanfor kommunen, har dei fleste kommunane inngått partssamarbeid med fylkeskommunen om folkehelsearbeid. I samband med dette samarbeider fleire av kommunane med nabokommunar om enkelte tilbod. Fleire kommunar har òg vore med i ulike kommunesamarbeid knytt til folkehelse og fysisk aktivitet, som t.d. «sunne kommunar». Dei fleste kommunane har òg samarbeidsavtalar med spesialisthelsetenesta. Fleire kommunar samarbeider òg med fylkesmannembeta og Helsedirektoratet. I tillegg har dei fleste kommunane samarbeidsavtalar med NAV knytt til ulike førebyggjande tilbod, som t.d. Aktiv på dagtid. I fleire kommunar inngår dei førebyggjande tilboda dessutan i samarbeid med NAV og spesialisthelsetenesta som ein del av koordinerte heilskaplege helsetenester. Det er fleire kommunar som òg melder om meir uformelle samarbeid med aktørar utanfor kommunen. Eit døme på dette er samarbeidet fleire har med friviljuge lag og organisasjonar, som t.d. idrettslag i kommunen.

Internt i kommunane samarbeider helse- og omsorgstenestene om dei helsefremjande og helseførebyggjande tilboda mellom anna med fastlegetenesta, helsestasjons- og skulehelsetenesta, helsestasjon for ungdom. Når det gjeld fastlegetenesta, har dei fleste kommunane faste møtepunkt med fastlegane for å sikra at dei kjenner til dei førebyggjande tilboda som finst og for å sikra at potensielle deltakarar anten blir tilvist eller tipsa om tilboda som finst. Når det gjeld førebyggjande tilbod til personar med psykiske lidningar og rusvanskar, samarbeider dei mellom anna med helse- og omsorgstenesta, ruskonsulentar og flyktningkonsulentar.

Når det gjeld personell som arbeider ved dei førebyggjande tilboda som blir gitt, varierer det avhengig av kva tilbod det er snakk om og kor i kommuneorganisasjonen dei er plassert. Fysioterapeutar spelar ei viktig rolle i fleire av tilboda. Det same gjer ergoterapeutar, folkehelsekoordinatorar, helsesyster, sjukepleiarar og legar. Ufaglærte utgjer også ein viktig del av dei førebyggjande tilboda i fleire kommunar. For tilbod til personar med psykiske lidningar og rusproblem er ofte psykologar, psykiatriske sjukepleiarar og sosionomar sentrale utdanningsgrupper. Fleire av dei mindre kommunane i mindre sentrale strom melder om utfordringar med å rekruttere relevant helsepersonell generelt og til dei førebyggjande tenestene spesielt. Ofte er det slik at dei har av relevant tilsett personell allereie er opptekne med andre oppgåver og det er følgjeleg vanskeleg å frigjera desse til førebyggjande helsetilbod. Dei opplever elles at det ofte er få tilsette som er involvert i dei førebyggjande tilboda, noko som gjer det svært personavhengig og sårbart dersom desse skulle forsvinne ut av ulike årsaker.

10.3. Kva alders- og målgrupper er dei helsefremjande og førebyggjande helsetilboda retta mot?

Dei fleste kommunane som deltok i undersøkinga har eitt eller fleire helsefremjande og førebyggjande helsetilbod som i utgangspunktet er opne for heile den vaksne befolkninga i kommunen. Samstundes er det fleire kommunar som opplyser om at dei ikkje har konkrete lågterskeltilbod som er opne for heile den vaksne befolkninga. Det er elles ei hovudvekt av tilbod retta mot yngre vaksne (18-30 år) og eldre vaksne (67 år og eldre). For aldersgruppa 30-67 år er tilbodet i fleire kommunar derimot færre så lenge personane ikkje har ein spesifikk diagnose eller allereie mottar ei eller anna form helse- og omsorgsteneste. Det er ingen systematiske forskjellar mellom små og store kommunar når det gjeld førebyggjande tilbod som er opne for alle, men det er særleg blant små kommunar at det ofte er manglande lågterskeltilbod til heile den vaksne befolkninga.

Fleirtalet av dei førebyggjande tilboda som blir gitt i kommunane er retta mot ulike alders- og målgrupper. Som oftast er dette personar i målgrupper som allereie mottar ei eller anna form for helse- og omsorgsteneste. Fleire kommunar opererer i samband med dette med omgrepet sekundærførebygging som betyr at tenesta ikkje er open for alle, men blir gitt til folk som er blitt utreia, har fått stadfesta ein diagnose og fått vedtak om ei helse- og omsorgsteneste. Når det gjeld kva målgrupper dei førebyggjande tilboda er retta mot, kan ein nemna personar med psykiske lidningar og rusvanskar, personar med mild eller moderat grad av angst/depresjon/utmattning, personar med demens og deira pårørande, gravide, personar med muskel og skjelettlidningar, andre diagnosespesifikke grupper, langtidssjukemelde, arbeidslause, trygdemottakar, pensjonistar og eldre heimebuande som mottar heimetenester, flyktningar og arbeidsinnvandrarar.

Når det gjeld brukarane sin sosiale status som utdanning, inntekt og arbeidstilknytning, varierer dette etter kva tilbod det er snakk om. Det er likevel slik at ei hovudvekt av tilboda som blir gitt går føre seg på dagtid, noko som gjer at

deltakarane ofte er personar som ikkje er i arbeid, er uførepensjonistar eller pensjonistar. Samstundes tilbyr fleire kommunar helsefremjande og førebyggjande aktivitetar på kveldstid for å nå personar som òg er i arbeid. Kommunane har ein relativt god oversikt over kor mange personar som deltek på dei ulike kursa og tilboda som er i kommunal regi. For tilboda som er i regi av friviljuge lag og organisasjonar, har ein litt dårlegare oversikt.

Dei fleste kommunane opplever i all hovudsak at dei når dei alders- og målgruppene som dei ulike tilboda er retta mot. Samstundes erkjenner nokre kommunar at dei ikkje nødvendigvis har full oversikt over kva førebyggjande helsetilbod det er størst behov for i den vaksne befolkninga. Fleire ser òg at kommunen ikkje har ressursar til å gjere alt det førebyggjande helsearbeid som kunne vore ønskjeleg. Det er uansett fleire målgrupper som kommunane opplever at det er meir krevjande å nå og følgje opp enn andre. Av målgrupper som er særleg vanskelege å nå og følgje opp nemner kommunane mellom anna personar med psykiske lidingar, personar med rusvanskar, personar som er busett i grisgrendte strok i kommunen, flyktningar og innvandrarakvinner og innvandrarar, einsame og personar som ikkje sjølv aktivt ber om hjelp.

For personar med psykiske lidingar og rusvanskar er det særleg utfordrande å følgje opp og sikre at dei deltek gjennom heile perioden tilboda blir gitt. Ein kommune opplever elles eit stigma rundt tilboda som blir gitt for personar med mildare psykiske lidingar og rusvanskar. Mange potensielle deltakarar nyttar seg ikkje av tilboda fordi dei ikkje vil identifiserast med denne målgruppa. For flyktningar og innvandrarar er det òg utfordringar med å nå ut til alle og få dei til å delta på tilboda i kommunal regi. Eit av funna frå casestudiane med frisklivssentralar, som blei gjennomført i samband med førre rapport, var at frisklivssentralar også hadde problem med å nå ut til innvandrarar og særleg tilboda som var retta mot innvandrarar (Ekornrud og Thonstad 2016). Kommunar med spreidd busetjing slit med å rekruttere personar busett i grisgrendte strok. Intensjonen med lågterskeltilbod forsvinn dersom reiseavstandane til tilboda blir for lange.

Det er elles ei oppfatning i fleire kommunar at personar som er opptekne av si eiga helse, ofte finn eller lagar tilboda sjølv og at det alltid vil vere utfordrande å nå dei som ikkje aktivt kontaktar helse- og omsorgstenesta. I nokre kommunar driv dei med oppsøkjande verksemd, som t.d. førebyggjande heimebesøk for å prøve å nå ut til desse innbyggjarane i kommunen. Det er likevel ikkje slik at denne type oppsøkjande verksemd er særleg utbygd i kommunane.

10.4. Kva tid i føreløpet blir dei ulike helsefremjande og førebyggjande helsetilboda gitt?

Om lag halvparten av kommunane som er intervjuja seier at dei gir førebyggjande tilboda ved auka risiko for sjukdom. Fleire kommunar har som målsetjing å fanga opp personar i risikogrupper så tidleg som mogleg for å kunna førebygga i staden for å drive reparativ behandling. Her nemner fleire kommunar individuell plan og koordinerande eining som konkrete tiltak som skal sikre at desse personane blir fanga opp tidleg. Den andre halvparten av kommunane seier at dei i lita grad gir tilboda ved auka risiko for sjukdom. I dei fleste av desse kommunane blir dei førebyggjande helsetilboda gitt til personar som allereie har eit vedtak om ei helse- og omsorgsteneste eller er under behandling. Det er elles ein tendens til at førebyggjande tilboda gitt ved auka risiko for sjukdom er mest utbreidd i dei store kommunane som var med i undersøkinga.

Nokre kommunar gir òg førebyggjande tilbod før og etter kirurgi. Eit døme på dette kan vere tilbod som blir gitt før og etter fedmeoperasjonar. Desse tilboda blir då ofte gitt i samarbeid med spesialisthelsetenesta. Eit konkret døme på tilbod som blir gitt etter kirurgi kan vere eit korttidsopphald på institusjon for å trene seg opp att slik at ein er i stand til å flytte heim att. Eit anna døme er trening i varmebasseng som blir tilbydd av fysio- og ergoterapeuttenesta både før og etter kirurgi. Fleirtalet av kommunar seier at dei ikkje har konkrete førebyggjande tilbod før og etter kirurgi, men det er truleg at helse- og omsorgstenesta følgjer opp personar som har gjennomført kirurgiske inngrep i spesialisthelsetenesta. Døme på dette kan vere oppfølging i fysio- og ergoterapeuttenesta i kommunen.

Fleire kommunar opplyser om at dei gir helsefremjande og førebyggjande helsetilbod som rehabilitering. Kvardagsrehabilitering med tverrfaglege rehabiliteringsteam er eit konkret døme på denne type førebyggjande tilbod. Ein kommune nemner at dei gir førebyggjande tilbod som rehabilitering etter LEON-prinsippet, som inneber lågaste effektive omsorgsnivå. Det er ein klar tendens blant fleirtalet av kommunane som var med i undersøkinga til at førebyggjande tiltak er gitt igjennom rehabiliteringstenesta, slik som t.d. kvardagsrehabilitering.

Mange kommunar ønskjer i framtida å gi fleire tilbod ved auka risiko for sjukdom enn kva som blir gitt i dag. Fleire kommunar opplever at hovudvekta av deira førebyggjande tilbod blei gitt til personar som allereie mottar tenester og at dei reparerte meir enn dei førebygde. Fleire kommunar nemnde at reparering er meir kostnadskrevjande enn å førebygge på eit tidlegare tidspunkt og at det i framtida vil tvinge seg fram krav om meir helsefremjande og førebyggjande helsetilbod på eit tidlegare tidspunkt i føreløpet. For å få til dette er det òg viktig å få kartlagt kva type førebyggjande helsetilbod det er størst behov i kommunane. Fleire kommunar arbeida systematisk med å få oversikt over dette, medan fleire hadde nett starta opp med denne type kartlegging.

10.5. Korleis bidreg helsetenesta i kommunen til at innbyggjarane får hjelp til å finna fram til lokale tilbod og aktivitetar som passar for dei?

Alle kommunar i undersøkinga opplyser om at kommunen sine heimesider har oversikt over kva helsefremjande og førebyggjande helsetilbod som finst i kommunal regi. Fleire kommunar har også i varierende grad oversikt over andre tilbod som finst i regi av private eller friviljuge lag og organisasjonar. I tillegg er det oppretta egne Facebook-sider for mange av dei konkrete tilboda. Dette gjeld særleg tilbod i regi av friviljuge lag og organisasjonar. I tillegg har kommunane brosjyrar som omhandlar konkrete førebyggjande tilbod. Desse er å finne rundt om i lokala til dei ulike deltenestene i helse- og omsorgstenestene i kommunen (t.d. på helsestasjonar, fastlegekontor og fysikalske institutt i kommunen) eller andre stader i kommunen kor potensielle deltakarar er innom (t.d. NAV, friviljugecentralen og lokalbutikken). Fleire kommunar bruker også lokalavisene og oppslagstavler på lokalbutikker til å annonsere om ulike tilbod som blir haldne. Dette er særleg mynta på innbyggjarar i kommunen som ikkje er så godt kjende med å bruke internett.

Fleire kommunar nemner teneste-, brukar-, eller servicetorget som den eine døra inn for personar som ønskjer å få meir informasjon om kva tilbod som finst. Desse torga skal kunne informere og eventuelt rettleie personar vidare til dei ulike aktuelle tilboda. Vidare driv personellet ved dei ulike deltenestene innanfor helse- og omsorgstenesta med informasjonsarbeid. Dei fleste kommunane har faste møtepunkt med fastlegane i kommunen for å sikre at dei har oversikten over kva førebyggjande tilbod som finst i kommunen. Fastlegane er i så måte ei viktig teneste

kor innbyggerane kan få informasjon om, bli tipsa om og eventuelt bli tilvist til konkrete førebyggjande tilbod som finst i kommunen. Dei fleste kommunane opplever at samarbeidet med fastlegane i kommunen er godt og at fastlegane har relativt god oversikt. Fysioterapi- og ergoterapeuttenesta er òg viktige i fleire kommunar med tanke på å informere og tilby relevante førebyggjande helsetilbod. Når det gjeld korleis kommunane arbeider for å styrke kunnskapen til innbyggerane om levevaner, er dette gjennom det daglege informasjonsarbeidet som blir drive innanfor helse- og omsorgstenesta generelt og gjennom deltaking på dei ulike helsefremjande og førebyggjande helsetilboda som blir tilbydd i kommunane.

10.6. Ser kommunar utan frisklivssentralar behov for fleire tilbod om støtte til endring av levevaner og til å takle helseutfordringar enn det dei har i dag?

Alle kommunar som deltok i undersøkinga ser behov for fleire helsefremjande og førebyggjande helsetilbod enn det som finst i dag. Det er rett nok stram økonomi, manglande tilgang på tilstrekkeleg, relevant og dedikert personell og det å argumentere overfor politikarar om at førebygging er viktig og verkar, som gjer det utfordrande å lukkast med å etablere nye førebyggjande tilbod. Mellom anna er det fleire kommunar som manglar folkehelsekoordinatorar. I tillegg ønskjer både små og store kommunar å få til å arbeida meir heilskapleg og systematisk med det helsefremjande og førebyggjande helsearbeidet i kommunen.

Når det gjeld kva slags konkrete tilbod ein særleg ser behov for peikar fleire kommunar på at det er ekstra viktig med fleire førebyggjande lågterskeltilbod tidleg i pasientføreløpet. Det inneber å setje inn fleire tilbod for personar som har auka risiko for sjukdom. Som tidlegare nemnd har mange av kommunane i dag ei overvekt av førebyggjande tilbod til personar som allereie mottar helse- og omsorgstenester, medan fleire kommunar ikkje har like mange lågterskeltilbod som er opne for alle. I tillegg ønskjer mange av kommunane å utvide tilbodet til innbyggjarar i alderen 30-67 år. Vidare ønskjer nokre kommunar å tilby kurs og tilbod til overvektige. Fleire kommunar ønskjer elles å etablere læring- og meistringskurs og snus- og røykesluttkurs.

Sjølv om alle kommunane ønskjer å etablere fleire helsefremjande og førebyggjande helsetilbod, er det få kommunar som har konkrete planar om å starte opp nye tilbod. Unntaket er i nokre av dei største kommunane kor dei er i ferd med å starta opp fleire nye førebyggjande tilbod. Som tidlegare nemnd er ei av hovudårsakene til at mange av kommunane ikkje har konkrete planar om å etablere nye tilbod at kommuneøkonomien er stram. Fleire kommunar peikar på at i konkurranse om fordeling av midlar kjem førebyggjande helsetilbod veldig ofte til kort til fordel for andre lovpålagte helse- og omsorgstenester. Ein kommune peikar på at lova innanfor førebyggjande helsearbeid er mindre konkretisert og dermed lettare å nedprioritere når ein må velja mellom førebygging og andre lovpålagte helse- og omsorgstenesteoppgåver.

Ei anna årsak til at kommunane ikkje har konkrete planar om etablere nye førebyggjande tilbod med det første er tilgangen på relevant personell. I små kommunar i mindre sentrale strom er det utfordringar med å rekruttere meir personell. Dei har ofte eit generelt problem med å tilsette nok naudsynt personell som fastlegar, helsesyster, sjukepleiarar i sjukeheimane med fleire, fordi mange føretrekk å bu i byar og tettbygde strom. Det blei nemnd at stor avstand til dei sentraliserte utdanningsinstitusjonane, gjer at færre av eigne innbyggjarar vel vidareutdanning som helsesyster eller sjukepleier. Små kommunar har dessutan eit lite fagmiljø å tilby, med mykje eineansvar for dei fagutdanna tilsette. I større

kommunar er utfordringa meir å kunne frigjere ressursar til førebyggingsarbeid hos allereie tilsett nøkkelpersonell. Eit døme kan vere dersom ein fysioterapeut skal drive med førebygging, er dette avhengig av at ho faktisk har avsett tid til dette, og ikkje at det kjem i tillegg til alle dei andre oppgåvene. Fleire kommunar i undersøkinga har heller ikkje tilsett folkehelsekoordinator. Mange peikar på at ein folkehelsekoordinator truleg ville gjort arbeidet med førebygging lettare i kommunen. I tillegg ville det ført til meir systematisk arbeid og sikra betre samarbeid mellom ulike aktørar i og utanfor kommunen på førebyggingsområdet.

10.7. Har kommunane vurdert å etablere frisklivssentral eller andre førebyggjande helsetenester?

Fleire kommunar i undersøkinga har vurdert å etablere frisklivssentral, medan andre ikkje har vurdert det i det heile. Berre ein av kommunane i undersøkinga har hatt frisklivssentral tidlegare.

Kommunen som tidlegare hadde frisklivssentral hadde tilbodet i tre-fire år. Frisklivssentralen hadde då eigne lokale og ein fysioterapeut som drifta tilbodet. Innhaldet ved frisklivssentralen var særleg retta mot personar med psykiske lidingar. Døme på kurs som blei haldne ved frisklivssentralen var kosthaldskurs og eigentrening (fysisk trening). Årsaka til at det blei lagt ned var at det var ein stor kommune i utstrekning som gjorde at dei hadde utfordringar med å få transportert deltakarane til og frå lokala til frisklivssentralen. Transportkostnadene blei etter kvart for høge. Dei opplevde òg at det gjekk utover av andre tilbod i kommunen når dei skulle drifta det med eigne midlar. Brukarane var godt nøgde med tilbodet, men det var utfordrande å få nok brukarar grunna dei store geografiske avstandane og omsynet til at det skulle vere eit lågterskeltilbod. Det var elles utfordrande å motivere brukarar til å reise til sentralen.

Når det gjeld kommunar som har vurdert å etablere frisklivssentral, har fleire forhøyr seg med nabokommunar som har etablert tilbodet. Ein kommune som har vurdert å etablere tilbodet hadde òg søkt om tilskot frå helsemyndigheitene, men leverte det tilbake fordi kravet til eigeninnsats var for stor i høve til ressurs-situasjonen i kommunen. Nokre kommunar peikar òg på spreidd busetjing som ei av årsakene til at dei ikkje har kome lengre enn å vurdere tilbodet. Det er elles ein gjennomgåande tendens i dei fleste kommunane som har vurdert å etablere tilbodet at manglande midlar og personellressursar førebels sett ein stoppar for å etablere frisklivssentral. Blant kommunane som ikkje har vurdert å etablere tilbodet er også manglande midlar og personellressursar ei av hovudårsakene. Ein kommune peikar elles på at rettleiaren for frisklivssentralar og krava til ulike tilbod som skal inkluderast kan hende er best tilpassa store kommunar med lite spreidd busetjing og at ein difor ikkje har sett på det som hensiktsmessig å vurdere å etablere tilbodet.

10.8. Har kommunane innspel til tiltak/utviklingsområde på nasjonalt nivå som ville gjort det enkelt å opprette frisklivssentral eller tilsvarande førebyggjande helsetenester?

På spørsmålet om kva som skal til for at kommunane skal etablere frisklivssentralar eller andre tilsvarande helseførebyggjande tilbod i framtida er alle kommunane einige om at det trengs meir øymerka tilskot frå sentrale helsemyndigheiter til førebyggjande helsearbeid. Så lenge politisk leiing i kommunane sjølve står fritt til å prioritere korleis midlar skal fordelast i dei kommunale helse- og omsorgstenestene kjem som oftast førebyggjande helsetenester til kort i konkurranse mot andre lovpålagte tenester innanfor helse- og omsorg. Det er elles utfordrande for

dei i kommunane som arbeider med førebygging i det daglege å argumentere og klare å synleggjere overfor politikarar som sit på val at førebygging er viktig, har effekt og i det lange løp vil spare kommunen for store utgifter.

Fleire kommunar peikar elles på viktigheita av å få tilgang til nok personellressursar til å drifte frisklivssentralar eller tilsvarande helsefremjande og førebyggjande helsetilbod. Som tidlegare nemnd slit små kommunar med å rekruttere relevant personell til førebygging, medan dei store slit med å frigjera allereie tilsett personell til oppgåver innanfor førebygging. Fleire kommunar er elles opptekne av å bygga robuste fagmiljø innanfor førebygging. Med det meiner dei mellom anna at det er viktig at det ikkje berre blir ein person som driftar tilbodet. Det kan gjere tenesta for personavhengig og følgjeleg sårbar dersom desse skulle forsvinne ut. Dette argumentet er også noko som langt på blir stadfesta i funna av kartlegginga av kommunar *med* frisklivssentralar. Det er få personellressursar knytt til kvar sentral, noko som gjer tilbodet sårbart dersom nøkkelpersonell forsvinn ut.

Nokre kommunar peikar på at dei nasjonale krava til frisklivssentralar er ganske krevjande å tilfredsstillere med omsyn til innhald. Det kan tenkjast at i nokre kommunar er ikkje desse krava i samråd med kor skoen trykker i mange andre kommunar. Det er elles ei oppfatning i nokre kommunar med spreidd busetjing at rettleiaren for frisklivssentralar er best tilpassa sentrale kommunar av ein viss storleik med tett busetjing. Dei etterlyser at rettleiaren i større blir tilpassa små og mellomstore kommunar med spreidd busetjing. Alternativt kan det hende at ein eigen «light-versjon» av rettleiaren (og krava som følgjer med til etablering av frisklivssentral) mynta på desse kommunane, vil gjere ei etablering meir interessant. Med andre ord: eit lågterskeltilbod frå helseforvaltninga for å etablere lågterskeltilbod i kommunen.

Nokre kommunar etterlyser eit enno større fokus på helsefremjande og førebyggjande helsetilbod frå nasjonale helsemyndigheiter. Fleire kommunar meiner det er behov for ei nasjonal satsing på førebygging. Ei slik satsing vil truleg bidra til at lokalpolitikarar i framtida ser viktigheita av å prioritere førebygging på helseområdet. Det vil òg gjere det enklare for tilsette i kommunen som arbeider med førebygging å argumentere overfor politikarar om at førebygging bør prioriterast.

11. Avrunding

Det overordna føremålet med rapporten har vore å bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget om det førebyggjande helsearbeidet i kommunane generelt og for frisklivssentralar spesielt. Kartleggingane av frisklivssentralar gjennomført av SSB via KOSTRA for rapporteringsåra 2013 og 2016 har gjort det mogleg å sjå nærmare på denne førebyggjande tenesta i kommunane og korleis utviklinga har vore mellom dei to åra. Samstundes har telefonintervju gjennomført med ni utvalde kommunar utan frisklivssentralar våren 2018 bidrege til å få betre kjennskap til kva helsefremjande og førebyggjande helsetilbod som finst i kommunar utan frisklivssentralar.

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

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

For alle dei tre hovudproblemstillingane har ein fokusert på å presentere hovudresultata for 2016-årgangen samstundes som ein ser på utviklinga mellom 2013 og 2016.

Rapporten har i tillegg til dei tre hovudproblemstillingane freista å kartlegge kva helsefremjande og førebyggjande helsetilbod som finst i kommunar utan frisklivssentralar.

Resultata frå kartlegginga av kommunar med frisklivssentralar er nærmare omtala i kapittel 4-9, medan resultata frå telefonintervjua som kartlagde kva førebyggjande tilbod som finst i kommunar utan frisklivssentral, er omtala i kapittel 10. Det kan vere grunn til å sjå litt nærmare på resultata frå kartlegginga og telefonintervjua i samanheng med kvarandre, trekke ut nokre av dei viktigaste funna og freiste å dra nokre konklusjonar.

Stadig fleire kommunar med frisklivssentral

Data frå KOSTRA viser at det har vore ein jamn auke i talet på kommunar som har etablert frisklivssentralar dei seinare åra. I 2016 var det 264 kommunar (inkludert bydelar i Oslo) som hadde etablert tilbodet. Dette er om lag 60 prosent av alle kommunane i Noreg. I perioden 2011-2016 har talet på kommunar som har etablert tilbodet auka frå 115 til 264 kommunar, som svarer til godt over ei dobling på desse fem åra. Resultata viser ein klar tendens til at fleire og fleire kommunar vel å etablere tilbodet, men auken flatar noko ut dei siste åra i perioden. Nye KOSTRA-tal styrker funnet om utflating, då det var 266 kommunar/bydelar i Oslo med frisklivssentral i 2017. Det kan samstundes vere grunn til å nemne at fleire kommunar òg vel å leggje ned frisklivssentralane sine. Analysane viser at 19 kommunar som rapporterte å ha tenesta i 2013, ikkje lenger har tilbodet i 2016. Årsakene til dette kan vere fleire, men ein veit frå tidlegare at fleire kommunar opplever det som utfordrande å få midlar frå politisk leiding til å drive sentralane etter at etableringstilskotet frå helsemyndigheitene tek slutt. Ein av kommunane som var med i telefonintervjua hadde tidlegare hatt frisklivssentral. Årsaka til at dei la ned var spreidd busetjing og store transportkostnader i samband med å frakte deltakarane til frisklivssentralen kor tilboda blei haldne.

Sjølv om det er stadig fleire kommunar som vel å etablere frisklivssentralar, viser resultata at det er fylkesvise forskjellar. Buskerud er fylket der delen kommunar

som har etablert tilbodet var høgast i 2016, medan Østfold var fylket med lågast del. Det er tydeleg at frisklivssentralar har fått betre fotfeste i enkelte fylke samanlikna med andre. Resultata i rapporten viser at fylke som var tidleg ute med å etablere frisklivssentralar, har kome lengre i etableringsarbeidet og i arbeidet med å rekruttere andre kommunar til å gjere det same. Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser samstundes at dei fylkesvise forskjellane har minska når det gjeld delen kommunar som har etablert tilbodet. Fleire kommunar vel å etablere tilbodet i nær alle fylke.

Lågast del med frisklivssentralar i små og usentrale kommunar

Det er færrest små kommunar som har etablert frisklivssentralar. Fordelt etter innbyggjartal i kommunane viser resultata frå kartlegginga at delen kommunar med frisklivstilbod er lågast i dei minste kommunane og aukar jo større kommunane blir. Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser samstundes at delen kommunar med frisklivssentral har auka i alle grupper etter storleik, men mest i dei minste kommunane. Det inneber at forskjellen mellom små og store kommunar har minska mellom dei to åra. Årsakene til at det er færre små enn store kommunar som vel å etablere frisklivssentralar kan vere fleire. På den eine sida kan eit lite befolkningsgrunnlag gjere at kommunen ikkje ser det som hensiktsmessig å etablere frisklivssentral. Ofte har dei betre oversikt over potensielle deltakarar og kan heller gi dei liknande tilbod utanfor ramma av ein frisklivssentral. På den andre sida kan det vere at små kommunar er meir avhengige av eldsjeler samanlikna med større kommunar. Frisklivssentralar har ofte få tilsette, særleg i små kommunar. Fleire kommunar utan frisklivssentral som deltok i telefonintervjua nemnde at dei hadde utfordringar med å rekruttere relevant personell til å drive det førebyggjande helsetilbodet.

Det er flest frisklivssentralar i sentrale kommunar. Delen kommunar som har etablert tilbodet aukar jo meir sentrale kommunane er. Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser at det har vore ein auke i delen kommunar som har etablert tilbodet etter alle sentralitetsinndelingar. Samstundes er auken størst i minst sentrale kommunar. Det inneber at forskjellen mellom minst sentrale og sentrale kommunar har minska når det gjeld delen kommunar som har etablert frisklivssentral. Ei av årsakene til at det er færre som har etablert tilbodet i mindre sentrale kommunar kan vere at det er meir arbeid knytt til å følgje opp desse kommunane med spreidd busetjing. Frisklivstilbodet skal vere eit lågterskeltilbod for dei som ønskjer å nytte seg av det. I kommunar med spreidd busetjing kan tilbodet vere langt unna i reisetid, noko som gjer at tilbodet ikkje lenger kan kallast eit lågterskeltilbod. Det kan difor vere grunn til å reise spørsmålet om det er like føremålstenleg å etablere frisklivssentralar i mindre sentrale kommunar. Enkelte kommunar utan frisklivssentral som var med i telefonintervjua nemnde at spreidd busetjing gjorde det vanskeleg å drive ein frisklivssentral eller uaktuelt å etablere tilbodet.

Mange kommunar samarbeider om frisklivssentral

Kartlegginga viser at 43 prosent av kommunane valde å samarbeide om tilbodet ved frisklivssentralane i 2016. Av desse hadde nærmare 4 av 10 inngått samarbeid i form av eit interkommunalt selskap (IKS).. Tala viser elles store fylkesvise forskjellar når det gjeld delen kommunar som vel å samarbeide om tilbodet. Case-studiane gjennomført i samband med førre rapport viste at det ofte er delar av tilbodet ved sentralane det blir samarbeida om. Medan ein kommune tilbyr eitt kurs, så tilbyr den andre kommunen i samarbeidet eitt anna. Resultata viser vidare at delen kommunar som vel å samarbeide om eitt eller fleire av tilboda er høgast i dei små kommunane, målt i innbyggjartal. Dette kan tyde på at knappe ressursar både med tanke på pengar og relevant personell gjer det naudsynt å samarbeide for i det heile teke å kunne etablere eit tilbod. Kartlegginga viser elles at det er mest

samarbeid blant sentrale kommunar. Det kan tyde på at dei minst sentrale kommunane ikkje ser det som så hensiktsmessig å samarbeide, særleg viss dette kan føre til lange reiseavstandar for deltakarane. I casestudiane med fylkesmannembeta i samband med førre rapport blei det trekt fram eit døme på to kommunar med spreidd busetjing som gjorde det utfordrande å gi tilboda til alle aktuelle innbyggjarar i dei to kommunane. Det ser likevel ut til at kommunar i stor grad vel å inngå samarbeid med nabokommunar der det er føremålstenleg, og at det i dei fleste tilfella ikkje bidreg til lange reiseavstandar som gjer at det ikkje lenger kan kallast eit lågterskeltilbod.

Årsverksressursar ved frisklivssentralane – flest fysioterapeutar

Det var om lag 248 årsverk tilsett ved frisklivssentralar i 2016, som er ein auke på om lag 30 prosent frå 2013. Fysioterapeutar var den klart største yrkesgruppa, medan sjukepleiarar den nest største. Tala viser elles at det er mykje ulikt personell med diverse utdanningar innanfor helse, ernæring, trening og pedagogikk som jobbar ved frisklivssentralar. Målt i årsverk viser tala samstundes at frisklivssentralar er ei lita helseteneste og utgjer ein svært liten del av det totale talet på helsepersonell tilsett i kommunane, nærmare bestemt 0,1 prosent. 248 årsverk utgjer i gjennomsnitt 0,9 årsverk per kommune som har etablert frisklivssentralar, og 0,6 årsverk per 10 000 innbyggjarar i kommunar som har etablert tilboda i 2016, som er det same som i 2013.

Tala viser elles forskjellar i dekningsgrad av personell ved frisklivssentralane både på fylkesnivå, etter kommunestørleik og kommunesentralitet. Dekningsgrada er høgast i dei små kommunane og lågast i dei store kommunane. Det er viktig å understreke at delen kommunar som har etablert frisklivssentralar er minst i kommunane med færrest innbyggjarar. Samstundes kan resultatene tyde på at når ein først etablerer frisklivssentralar i dei minste kommunane blir det sett av relativt mange årsverksressursar samanlikna med i større kommunar, og at frisklivstilbodet utgjer ein større del av det totale førebyggjande helsearbeidet enn i større kommunar. Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 etter dei ulike regionale bakgrunnskjenneteikna viser dei same tendensane for begge åra. Samstundes er forskjellane mellom fylke, dei minste og største kommunane og minst sentrale og sentrale kommunane blitt mindre når det gjeld dekningsgrad frå 2013 til 2016.

Skilnadene i dekningsgrad mellom små og store kommunar følgjer elles dekningsgrada av årsverk for helse- og omsorgstenestene i kommunane generelt og innanfor førebyggjande helsearbeid spesielt. Resultatene kan elles tyde på at kommunar med mange innbyggjarar oppnår nokre stordriftfordelar, som gjer det mogleg å tilby dei same tenestene med færre årsverk samanlikna med i mindre kommunar. Samstundes har dei truleg eit større utval av andre førebyggjande tilboda utanfor frisklivssentralane som deltakarar kan tilvisast vidare til. I intervjuar med fylkesmannembeta i samband med den førre rapporten kom det fram at tilboda ved frisklivssentralane er mest omfattande i større kommunar med stort befolkningsgrunnlag. Samstundes viste intervjuar med kommunane med frisklivssentral at dei tilsette ved sentralane også var opptekne av å tilvise deltakarar til andre tilboda i kommunen der dette er meir hensiktsmessig. Det er med andre ord ikkje ei målsetjing ved sentralane at talet på tilsette og deltakarar skal auke dersom det allereie finst gode tilboda andre stader. I intervjuar med kommunar utan frisklivssentralar kjem det òg fram at det helsefremjande og førebyggjande helsetilbodet er mest omfattande i dei største kommunane som deltok i undersøkinga.

Fleire nyttar tilboda ved frisklivssentralane

Det var vel 27 000 personar som deltok ved eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralane i 2016. Dette er ein auke på 11 000 personar, eller i underkant av 70 prosent frå 2013. Om lag halvparten av deltakarane var tilvist til

frisklivssentralen, medan den andre halvparten deltok utan tilvising. Å bli tilvist frå fastlege var det mest vanlege. Samstundes blei det også tilvist deltakarar frå mellom anna andre kommunale helsetenester, NAV og spesialisthelsetenesta. Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser at delen deltakarar med tilvising har gått ned mellom dei to åra. I gjennomsnitt var det 103 deltakarar som nytta eitt eller fleire av tilboda per kommune med frisklivssentral i 2016, som er ein auke frå 77 deltakarar i 2013. Resultata viser elles at det er forskjellar i talet på deltakarar ved frisklivssentralar både mellom fylke, etter kommunestorleik og kommunesentralitet. Medan det var flest deltakarar per kommune med frisklivssentralar i Buskerud, var det færrest i Møre og Romsdal. Det er færrest som nyttar tilbodet i små kommunar og flest i store kommunar. Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 etter kommunesentralitet viser dei same tendensane. Samstundes er forskjellane mellom fylke med færrest og flest deltakarar, mellom små og store kommunar og mellom mindre sentrale og sentrale kommunar blitt større når det gjeld deltakarar per kommune med frisklivssentral mellom 2013 og 2016.

At talet på deltakarar i gjennomsnitt er mindre i små og mindre sentrale kommunar samanlikna med større og meir sentrale kommunar, er ikkje overraskande. Befolkningsgrunnlaget er mindre i dei små kommunane og det vil følgeleg vere færre personar som deltek. Dersom ein ser talet på deltakarar i forhold til innbyggjartalet i kommunane, viser resultata derimot at delen av innbyggjarane som deltek på eitt eller fleire av kursa er høgare i små og mindre sentrale kommunar samanlikna med større og meir sentrale kommunar i 2016. Det tyder på at dei små kommunane som vel å etablere tilbodet klarer å inkludere mange av innbyggjarane sine i tilbodet, og at frisklivssentralen spelar ei viktig rolle i det helsefremjande og førebyggjande helsetilbodet i små kommunar som vel å etablere tilbodet. Intervjua med fylkesmannembeta i samband med førre rapport understrekar samstundes at tilbodet ved frisklivssentralane er minst omfattande i dei små kommunane. Ofte er det avgrensa til basistilbodet med frisklivsresept og gruppetilbod for fysisk aktivitet. Det er også i dei små kommunane at etableringa av frisklivssentralar har kome kortast. Det er likevel viktig å understreke at delen små kommunar som har etablert tilbodet har auka meir enn blant større kommunar mellom 2013 og 2016. Det kan likevel vere grunn til å reise spørsmålet om frisklivssentral er ein hensiktsmessig måte å organisere det førebyggjande helsetilbodet i alle små kommunar i mindre sentrale strom. I intervjua med kommunar utan frisklivssentral kjem det fram at fleire kommunar ikkje ser på det som ei hensiktsmessig måte å organisere det førebyggjande helsetilbodet grunna spreidd busetjing.

Grunnlagstala viser at det er store variasjonar mellom fylka når det gjeld delen av befolkninga som deltek på eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralane. Medan deltakarane utgjer 1,7 prosent av heile befolkninga i Buskerud, utgjer dei under 0,3 prosent i Hordaland og Sør-Trøndelag i 2016. Det er lite som tyder på at det er så store skilnader i storleiken i målgruppene som kan nytta seg av tilboda av frisklivssentralar på tvers av fylka. Det kan vere eit uttrykk for at enkelte fylke vel å organisere førebyggjande helsearbeid på andre måtar enn innanfor rammene til frisklivssentralar. Samstundes tyder det på at frisklivstilbodet har fått betre forankring, som ein betre integrert del av det kommunale helsetenestetilbodet, i enkelte fylke samanlikna med i andre. Intervjua med dei to fylkesmannembeta og dei to kommunane i samband med førre rapport bar bod om at stadig fleire i kommunane får kjennskap til tilbodet både når det gjeld innbyggjarar og blant aktørar som det er naturleg at frisklivssentralar kan samarbeide med og få tilvist deltakarar frå. Utviklinga mellom 2013 og 2016 viser at talet på deltakarar per årsverk har auka. Ein gjennomgang av alle kurs og tilbod gitt ved frisklivssentralar viser at det er regionale skilnader både når det gjeld delen kommunar som har dei ulike tilboda, og personar som deltar på dei ulike kursa sett i forhold til

innbyggjartal. Tendensen er at tilbodet ved frisklivssentralar er meir omfattande i store kommunar samanlikna med i små. Samstundes er talet på deltakarar i forhold til innbyggjartalet høgast i små kommunar. Når det gjeld utviklinga mellom 2013 og 2016 er det relativt små endringar i delen kommunar med frisklivssentralar som tilbyr ulike kurs. Dei mest utbreidde kursa/tilboda i 2013, er framleis dei mest utbreidde i 2016. Det er elles slik at det er flest deltakarar i forhold til innbyggjarar i kommunar med frisklivssentralar som har eksistert over lengre tid samanlikna med kommunar med relativt nyetablerte sentralar. Dette tyder på at det tek litt tid å forankre tilbodet i kommunen og gjere det kjent for innbyggjarane.

Frisklivsresept og grupper for fysisk aktivitet er dei vanlegaste tilboda

Nær alle kommunar med frisklivssentralar har Frisklivsresept som ein del av tenesta i 2016. Vidare har nær alle kommunane òg gruppetilbod for fysisk aktivitet. Om lag tre av fire kommunar tilbyr Bra Mat kurs ved frisklivssentralane sine. 44 prosent av kommunane med frisklivssentralar tilbyr Snus- og røykesluttkurs og 60 prosent tilbyr individuelt snus- og røykesluttkurs. Elles var det i underkant av 50 prosent av kommunane med frisklivssentralar som hadde temabaserte samlingar, 42 prosent hadde tilbod tilrettelagt for barn og unge med deira familiar, 39 prosent hadde tilbod tilrettelagt for eldre og 20 prosent hadde likemannstilbod. Vel 30 prosent av kommunane med frisklivssentral rapporterer òg å ha andre typar kurs og tilbod.

Større og meir sentrale kommunar tilbyr fleire type kurs og samlingar for innbyggjarane samanlikna med små og mindre sentrale kommunar. Samstundes er delen som tilbyr enkelte kurs høgare i små kommunar samanlikna med større kommunar. Intervjua med fylkesmannembeta i samband med førre rapport underbyggjer desse resultatane. Sjølv om kommunar rapporterer å ha etablert frisklivssentral, er det store forskjellar i innhald ved dei ulike sentralane i same fylke. Ofte går skilje mellom små og store kommunar når det gjeld kva som blir tilbydd av kurs ved sentralane.

Det er store forskjellar i kor mange deltakarar som har nytta dei ulike tilboda sentralane tilbyr. Det var i alt om lag 11 800 personar som hadde frisklivsresept, medan det var i underkant av 13 600 som deltok på gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet. Vidare deltok vel 2 600 på Bra Mat kurs, om lag 600 som deltok på snus- og røykesluttkurs og vel 500 på individuelt snus- og røykesluttkurs, vel 700 som deltok på kurs i depresjonsmestring (KID) og om lag 550 på kurs i meistring av belastningar (KIB). Det var elles vel 4 300 deltakarar på temabaserte samlingar, om lag 2 080 som deltok på tilbod tilrettelagt for barn og deira familiar, om lag 3 300 på tilbod tilrettelagt for eldre og i underkant av 1 500 som deltok på likemannstilbod i 2016. Ei samanlikning mellom 2013 og 2016 viser at det totale talet på deltakarar på landsbasis har auka for alle kurs og tilbod mellom 2013 og 2016.

Det er regionale forskjellar når det gjeld talet på deltakarar som nyttar dei ulike tilboda i 2016. Sett i forhold til innbyggjartalet i kommunar med frisklivssentral, er det likevel ein tendens til at det er flest deltakarar i små og mindre sentrale kommunar. Tendensen er nokså lik både i 2013 og 2016 med unntak for nokre tilbod. Ei av årsakene til dette kan vere at små kommunar med frisklivssentral vel dette som hovudtilbodet for det førebyggjande helsearbeid i kommunen, og slik inkluderer ein større del av innbyggjarane. I større kommunar kan det vere at innbyggjarane i større grad nyttar seg av andre eksisterande og fullgode tilbod i kommunal, privat eller friviljug sektor. I slike tilfelle kan kommunane sjå på det som lite hensiktsmessig å tilby denne type kurs, men heller konsentrere ressursane om å tilby kurs det er ein reell etterspurnad etter blant innbyggjarane. Det er elles slik at omfanget av kurs som blir gitt i kommunar med frisklivssentralar som har eksistert over lengre tid, er meir omfattande enn i kommunar med relativt

nyetablerte sentralar. Dette tyder på at det tek litt tid å bygge ut tilbodet ved sentralane i form av fleire kurs.

Intervjua med fylkesmannembeta og dei to kommunane med frisklivssentral i samband med førre rapport støttar opp om funna frå kartlegginga av tilboda. I større kommunar der frisklivssentralar har vore ei etablert teneste i fleire år, er tilbodet ofte meir omfattande enn i mindre kommunar der tilbodet er relativt nytt. Frisklivssentralar som er blitt etablert nyleg treng ofte tid til å utvide tilbodet. Det er vanleg å starte med basistilbodet for så å utvide med kurs og tilbod etter kvart. Det er samstundes interessant å sjå at i dei små kommunane som faktisk har etablert frisklivssentral, så er det ein større del av befolkninga som nyttar seg av tilbodet enn i større kommunar. Som tidlegare nemnd er frisklivssentral ei relativt lita helseteneste målt i tilsette årsverk og utgifter, men tilbodet når likevel mange deltakarar. Det at det er i gjennomsnitt 110 deltakarar per årsverk ved ein frisklivssentral, og at det har vore ein auke mellom 2013 og 2016, viser at tilbodet kan inkludere mange med relativt lite årsverksressursar. Organiseringa av fleire av tilboda som gruppeaktivitet tillèt dette. Talet på deltakarar per årsverk har likevel ei grense, og det er rimeleg å tru at ein auke i talet på deltakarar per årsverk etter kvart vil gå utover tilbodet som blir gitt ved sentralane.

Frisklivssentralane samarbeider med offentlege, friviljuge og private aktørar

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

Resultata frå kartlegginga viser at nær alle kommunane med frisklivssentralar har inngått eitt eller fleire samarbeid med andre aktørar i 2016. Det er elles eit stort mangfald av ulike aktørar sentralane har valt å inngå samarbeid med. Nær alle frisklivssentralar har inngått samarbeid med fastlegetenesta. Tilvisingar frå fastlege til frisklivsresept verkar å vere ein grunnleggjande del av tilbodet i alle kommunar med frisklivssentral. I case-studiane, presentert i førre rapport, kjem det samstundes fram at det er store skilnader blant fastlegar når det gjeld å nytte seg av moglegheita til å tilvise til frisklivsresept. Fire av fem kommunar har inngått samarbeid med andre kommunale tenester om frisklivstilbodet, tre av fem har inngått samarbeid med spesialisthelsetenesta, tre av fire har inngått samarbeid med friviljuge lag og organisasjonar og halvparten har inngått samarbeid med private aktørar.

Gjennomgangen viser samstundes at det er regionale skilnader blant kommunane når det gjeld å inngå samarbeid med ulike aktørar. Det er ein klar tendens til at dei største og mest sentrale kommunane samarbeider meir med andre aktørar samanlikna med små kommunar i mindre sentrale strok. Ei av årsakene til at det er meir samarbeid i større kommunar i sentrale strok kan vere at desse kommunane i større grad har kartlagt og fått oversikt og promotert ovanfor potensielle

samarbeidspartnarar i nærområdet. Samstundes er det rimeleg å anta at det er fleire moglege samarbeidspartnarar i større kommunar i sentrale strok. Ei samanlikning av resultatane mellom 2013 og 2016 viser at forskjellane når det gjeld å inngå samarbeid med ulike partnarar har minska etter regionale bakgrunnskjenne-teikn. Dette gjeld både mellom fylka, mellom små og store kommunar og mellom kommunar i mindre sentrale og sentrale strok.

Intervjua med fylkesmannembeta og kommunane støttar funna frå kartlegginga. Samarbeid med andre aktørar er ein heilt nødvendig føresetnad for at frisklivs-sentralane skal fungere etter hensikta. Dette gjeld både i samband med tilvisingar av deltakarar til frisklivssentralane og når perioden ved frisklivssentralane er over og deltakarane skal slusast vidare til andre tilbod i samfunnet. I tillegg fortel ein av dei intervjua kommunane at dei ofte sender deltakarar vidare til andre og meir relevante tilbod etter første samtale på frisklivssentralen. Embeta fortel at store kommunar med frisklivssentralar har både fleire tilbod og meir omfattande samarbeid med andre aktørar. Dette kan også henge i saman med at frisklivs-tilbodet har eksistert lengre i større og sentrale kommunar, og sentralane difor har fått betre tid til å skaffe seg oversikt og over potensielle samarbeidspartnarar.

I intervjua med kommunar utan frisklivssentralar kjem det òg fram at samarbeid med andre aktørar er heilt nødvendig for dei helsefremjande og førebyggjande helsetilboda som blir gitt i kommunane. Fastlegetenesta spelar òg her ei sentral rolle i å tilvise eller informere pasientar om ulike tilbod som finst i kommunen. I tillegg er fysio- og ergoterapeuttenesta og NAV viktige samarbeidspartnarar. Blant kommunane som deltok i intervjua er tendensane dei same som i kartlegginga av kommunar med frisklivssentralar: Dei store kommunane samarbeider ofte med fleire andre aktørar enn små kommunar.

Høgare utgifter til førebyggjande helsetenester i kommunar med frisklivssentral

Ei samanlikning av kommunar med og utan frisklivssentralar viser at kommunar med frisklivstilbod bruker noko meir på førebyggjande helsetenester per innbyggjar enn kommunar utan tilbodet i 2016. Tendensen er stort sett gjennomgåande i både små og store kommunar og mindre sentrale og meir sentrale kommunar. Dette kan vere eit uttrykk for at fokus på førebygging er større i kommunar som har etablert tilbodet, og at det kjem til syne i tala for utgifter. Ei samanlikning av 2013 og 2016 viser den same tendensen for begge åra. Forskjellane mellom kommunar med og utan frisklivssentralar er rett nok små, og ein skal vere varsam med å hevde at midlar brukt på førebygging er mykje større i kommunar som har etablert frisklivstilbodet. Utgiftene som blir brukt på anna førebyggjande helsearbeid utgjer berre om lag 1 prosent av dei totale utgiftene knytt til helse- og omsorgstenestene i kommunane i 2016. I intervjua med kommunar utan frisklivssentralar nemnde fleire at det er utfordrande å få vilja midlar frå politisk leiing til førebyggjande tenester i konkurranse med andre lovpålagte helse- og omsorgstenester. Det var elles fleire av kommunane som understreka at det er relativt få som jobbar med førebygging i kommunane, noko som gjer tenesta sårbar dersom nøkkelpersonell skulle forsvinne ut.

Mindre forskjellar i levekårutfordringar mellom kommunar med og utan frisklivssentral

Resultata for levekårutfordringar mellom kommunar med og utan frisklivssentralar i 2016 viser ei endring frå 2013. Førekomensten av levekårproblem var gjennomgåande høgast i kommunar utan frisklivssentralar i 2013. I 2016 er forskjellane mellom kommunar med og utan frisklivssentralar mindre. At skilnadene i levekårutfordringar er blitt mindre mellom kommunar med og utan frisklivs-sentralar mellom 2013 og 2016 kan skuldast at fleire kommunar har kome lengre i

det systematiske folkehelsearbeidet, og at fleire kommunar som ein konsekvens har etablert frisklivssentralar. Det er samstundes viktig å understreke at førekomsten av levekårutfordringar mellom 2013 og 2016 for alle kommunar samla er nokså uendra mellom dei to årgangane. Det er difor ikkje slik at nivået på levekårutfordringane nødvendigvis har blitt større i kommunar med frisklivssentralar, men at fleire kommunar med særlege levekårutfordringar har etablert frisklivssentralar i perioden. I intervjuar med kommunar utan frisklivssentralar kjem det fram at fleire kommunar ønskjer å etablere frisklivssentral eller tilsvarende tilbod. Fleire erkjenner at det helsefremjande og førebyggjande helsetilbodet er for dårleg og at ein ikkje ei systematisk tilnærming til dette som ein skulle ønskje. Det er særleg førebyggjande tilbod ved auka risiko for sjukdom som fleire kommunar ønskjer å utvide.

Forankring i politisk leiing og kommunale planar viktig for frisklivssentralen

Case-studiane i samband med førre rapport tyda på at frisklivssentralar i stor grad ser ut til å fungere etter hensikta i dei kommunane som har etablert tilbodet. Oppfatninga er at sentralane er eit lågterskeltilbod for innbyggjarane i kommunen som dei er meint å nå. Samstundes kjem det fram at det er utfordringar knytt til å få kommunar til å vidareføre tilbodet når etableringstilskota tek slutt etter tre år. Ein gjennomgang av resultata frå kartlegginga stadfestar langt på veg dette. Sjølv om det samla sett har vore ein auke i talet på kommunar som har etablert frisklivssentralar, har 19 kommunar som hadde tilbodet i 2013 ikkje lenger tilbodet i 2016. Dårleg forankring i politisk og administrativ leiing, dårleg kommuneøkonomi og det at frisklivssentral ikkje er ei lovpålagt teneste blir trekt fram som dei viktigaste årsakene til dette. Når det skal prioriterast, kjem ofte frisklivssentralar til kort. I konkurranse med andre lovpålagte helsetenester er det lett å nedprioritere frisklivssentralar utan at det får direkte konsekvensar for kommunen. Mange som arbeider ved frisklivssentralar i kommunane opplever ofte frustrasjon over dette. I intervjuar med kommunar utan frisklivssentralar blir dei same utfordringane trekte fram for dei førebyggjande helsetilboda som finst i desse kommunane. Det blir dessutan peika på at frisklivssentralar er utfordrande å drifte i kommunar med spreidd busetjing, og nokre kommunar føler at rettleiar for frisklivssentralar ikkje er godt nok tilpassa små og mellomstore kommunar med denne utfordringa.

Sjølv om stadig fleire kommunar vel å etablere frisklivssentralar viser kartlegginga at det er relativt få tilsette ved frisklivssentralane. Det kan gjere dei svært avhengige av nøkkelpersonell, og følgjeleg sårbare dersom desse forsvinn ut. Det er grunn til å tru at denne sårbarheita er størst i små kommunar der tilgangen på relevant fagpersonell er mindre. I tillegg har personell som jobbar ved ein frisklivssentral ofte andre oppgåver i kommunen. Sårbarheita ser òg ut til å gjelde for førebyggingstilboda som blir gitt i kommunar utan frisklivssentralar. Fleire små kommunar utan frisklivssentralar som deltok i intervjuar seier elles at det er utfordrande å rekruttere relevant personell til dei helsefremjande og førebyggjande tenestene, og at det ofte blir nedprioritert til fordel for andre lovpålagte kommunale helse- og omsorgstenester.

Når det gjeld kriterium for at ein frisklivssentral skal lukkast, er det stor semje blant intervjuobjekta i samband med den førre rapporten om kva som er viktigast. Forankring i politisk og administrativ leiing blei trekt fram som ein av dei viktigaste faktorane. Å få frisklivssentralane inn i kommunale planar er viktig. I tillegg har å forankring av tilbodet hos relevante samarbeidsaktørar mykje å seie. Forankring av tilbodet hos fastlegetenesta blir trekt fram som særleg viktig. Eit anna kriterium som blir det trekt fram som ønskjeleg, er å ha ein fysisk bygning som husar frisklivssentralen. Ei dør inn til tenesta blir i dei fleste tilfella opplevd som positivt blant deltakarane. Eitt anna kriterium som blir trekt fram som viktig er

etablering av fungerande nettverk der nøkkelpersonell frå kommune, fylkes- og landsnivå kan møtast for gjensidig utveksling av erfaring og kunnskap. I intervjuar med kommunar utan frisklivssentral blir også forankring i politisk og administrativ leiing trekt fram som viktig for å lukkast med det førebyggjande helsetilbodet. Dei fleste kommunane opplever samstundes dette som utfordrande å synleggjere at førebygging ved auka risiko for sjukdom er viktig, fungerer og truleg er billigare for kommunen i det lange løp enn å drive med behandling. I konkurranse med andre lovpålagte kommunale helse og omsorgstenester kjem dei ofte til kort når det kjem til fordeling av midlar. Mange av dei intervjuar ga uttrykk for at meir øyremerkte midlar til frisklivssentralar og anna førebyggjande helsearbeid var sterkt ønskjeleg.

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

I intervjuar med kommunar utan frisklivssentralar blir det trekt fram av fleire kommunar at dedikert personell er viktig innanfor førebygging. Samstundes er fleire kommunar opptekne av at tilboda som blir gitt i kommunane ikkje må vere baserte på tilsette sine interesser, men kva det faktisk er behov for av ulike helsefremjande og førebyggjande helsetilbod blant innbyggjarane i kommunen. Nokre kommunar utan frisklivssentralar vegrar seg litt mot å etablere frisklivssentralar dersom det er for mange krav til kurs og tilbod som skal inngå, utan det nødvendigvis er størst behov for desse tilboda i deira kommune. Dei aller fleste kommunane utan frisklivssentral er likevel einige om at det trengst ei styrking av det førebyggjande tilbodet ute i kommunane og då særleg lågterskeltilbod gitt ved auka risiko for sjukdom.

Referansar

- Blom EE. "Trening på resept": evaluering av et kommunalt, tre måneders individuelt rettet oppfølgingsprogram for pasienter som er blitt henvist til "trening på resept": en prospektiv intervensjonsstudie med ett års oppfølging. Oslo: E.E. Blom; 2008
- Ekornrud, T. & Thonstad, M. (2016): *Frisklivssentralar i norske kommunar: Kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod*, Rapportar 2016/07, Statistisk sentralbyrå <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentralar-i-kommunane>
- 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 (2016): *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering og tilbud*. Veileder. IS-1896 (www.helsedirektoratet.no)
- Helgesen, Marit K. et al.: Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner. NIBR-rapport 2014:3
- Helgerud, J. og Eithun, G. (2010). Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune. Rapport. Hokksund Rehabiliteringssenter/ NTNU
- Jensen, Arne (2009): *Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. En analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt*, Rapportar 2009/6, Statistisk sentralbyrå (http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_200906/)
- Lerdal A, Celius EH, Pedersen G. Prescribed exercise: a prospective study of health-related quality of life and physical fitness among participants in an officially sponsored municipal physical training program. *Journal of physical activity & health* 2013;10(7):1016-23.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven), nr. 30, 24.juni 2011. Helse- og omsorgsdepartementet (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>)
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), nr.29, 24. juni 2011. Helse- og omsorgsdepartementet (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>)
- Lov om helsepersonell (helsepersonelloven), nr.64, 2. juni 1999. Helse- og omsorgsdepartementet (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>)
- Lunde E, Otnes B, Ramm J (2017): *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. En kartlegging*, Rapportar 2017/16, Statistisk sentralbyrå (<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester>)
- Oldervoll, L. M., & Lillefjell, M. (2011). *Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling: Innherredsmodellen - trinn 1 : kunnskapsoversikt* (Rapportserie frå Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU 2011/2): http://www.innherred-samkommune.no/prosjekt/frisklivssentraler/dok/kunnskapsoversikt_2011_15_0411.pdf
- Riksrevisjonen (2015): Undersøkelse av offentlig helsearbeid. Rapport. 3:11 (2014-2015) (www.riksrevisjonen.no)

Vedlegg A: Definisjonar frå Kommunehelsa statistikkbank

Andel med grunnskoleutdanning som høyeste fullførte utdanning 25-44 år og 25 år og eldre

Beskrivelse

Andel personer med et gitt utdanningsnivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av alle med oppgitt utdanningsnivå etter ulike aldersgrupper. Årlige tall. Utdanningsnivået for innvandrere med uoppgitt utdanningsnivå er estimert for årgangene fra og med 2014.

Begrunnelse for valg av indikator

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

De fleste grupper i samfunnet har fått bedre helse i løpet av de siste 30 årene. Men helsegevinsten har vært størst for dem som allerede hadde den beste helsen - gruppen med lang utdanning, god inntekt og som lever i parforhold. Helsegevinstene har ikke økt like mye for gruppen med lav utdanning og inntekt. Derfor har forskjellene i helse økt, særlig de siste ti årene.

Utdanningsnivå henger også sammen med risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer: røyking, BMI, blodtrykk og kolesterol. Forskjellene er uavhengig av alder.

Levekår har betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av tobakk og andre rusmidler.

Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB)

Andel med lavinntekt (husholdninger) EU(60)

Beskrivelse

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

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

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

Begrunnelse for valg av indikator

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Levekår har stor betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av

tobakk og andre rusmidler. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. I tillegg har det å vokse opp i familier som over tid har lavinntekt stor betydning for barnas helse og velferd.

Kilde: <https://www.fhi.no/hn/ulikhet/inntekt-og-helse---faktaark-med-hel/>

Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB)

Arbeidsledighet

Beskrivelse

Registrerte arbeidsledige per januar måned i prosent av befolkningen (15-74 år)

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

Begrunnelse for valg av indikator

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt. Personer som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn personer som er i arbeid. Arbeidsledigheten er noe høyere blant menn enn kvinner, og høyest blant unge voksne.

Kilde: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/risiko--og-beskyttelsesfaktorer/arbeid-og-helse/>

Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB)

Frafall i videregående skole

Beskrivelse

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

Begrunnelse for valg av indikator

Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole. Mye tyder på at psykiske problemer er den viktigste grunnen til at ungdom faller ut av skolen.

Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB)

Sosialhjelpsmottakere 18-24 år og 25 – 66 år

Beskrivelse

Antall og andel sosialhjelpsmottakere i løpet av året etter alder, i forhold til folkemengden i de aktuelle aldersgruppene.

Begrunnelse for valg av indikator

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

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

Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB)

Mottakere av uføretrygd og arbeidsavklaringspenger

Beskrivelse

Andel personer som mottar varig uførepensjon i prosent av befolkningen i alderen 16 - t.o.m. 66 år.

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

Begrunnelse for valg av indikator

Arbeid gir tilgang til viktige helsefremmende ressurser som sosiale relasjoner, identitet, personlig vekst, og økonomisk trygghet. Høy sysselsetting der også personer med redusert arbeidsevne har et arbeid å gå til, vil være positivt for folkehelsen. Gruppen som mottar uføreytelser er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Hvor mange som mottar uføreytelser er en indikator på helsetilstand, men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbudet i kommunen.

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

Kilde: <https://www.fhi.no/hn/ulikhet/arbeid-og-helse/>

Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB)

Vedlegg B: Kartlegging av frisklivssentralar 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 frisklivssentralar 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

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

Ja/Nei

Viss ja:

Kva for kommunar/bydelar er med i det interkommunale samarbeidet?
(Nedtrekksmeny)

Ressursar ved frisklivssentralen

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

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| <input type="text"/> | Klinisk ernæringsfysiolog |
| <input type="text"/> | Bachelor ernæring |
| <input type="text"/> | Fysioterapeut |
| <input type="text"/> | Psykolog |
| <input type="text"/> | Sjukepleiar |
| <input type="text"/> | Lege |
| <input type="text"/> | Ergoterapeut |
| <input type="text"/> | Pedagog |
| <input type="text"/> | Andre |
| <input type="text"/> | Viss "Andre", spesifiser: |
| <input type="text"/> | 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.

- | | |
|----------------------|----------------|
| <input type="text"/> | Med tilvising |
| <input type="text"/> | Utan tilvising |
| <input type="text"/> | 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 røykesluttrettleiing?

Ja/Nei

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

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 tilbod tilrettelagt for barn, unge og deira familiar

Talet på personar som har brukt tilbod

Tilbod tilrettelagt for eldre?

Ja/Nei

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

Talet på personar som har brukt tilbod

Likemannsgrupper?

Ja/Nei

Viss «Ja» i spørsmål om likemannstilbod:

Talet på personar som har brukt tilbod

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 verksemdar?

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:

Figurregister

Figur 4.1	Kommunar som har etablert frisklivssentralar	19
Figur 4.2	Kommunar/bydelar i Oslo som har etablert frisklivssentral. Fylkesvis.....	20
Figur 4.3	Kommunar/bydelar i Oslo som har etablert frisklivssentral fordelt etter kommunestorleik.....	21
Figur 4.4	Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar i alt, med og utan interkommunalt samarbeid (IKS)	23
Figur 4.5	Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar som vanleg eller interkommunalt samarbeid. Fylke	24
Figur 4.6	Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar. Fylke	24
Figur 4.7	Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar med eller utan interkommunalt samarbeid. Kommunestorleik. 2016.....	26
Figur 4.8	Kommunar med frisklivssentralar som har inngått samarbeid med andre kommunar. Kommunestorleik	27
Figur 5.1	Avtalte årsverk ved frisklivssentralar fordel etter ulike utdanningar. Heile landet. Absolutte tal	30
Figur 5.2	Avtalte årsverk i frisklivssentralar per 10 000 innbyggjarar i kommunar med frisklivssentral, etter kommunestorleik	32
Figur 5.3	Personar per kommune som har nytta tilbodet i kommunar med frisklivssentral, etter fylke og tilvising. 2016	35
Figur 5.4	Personar som har nytta tilbodet i kommunar med frisklivssentral, etter fylke	35
Figur 5.5	Talet på personar som har delteke med og utan tilvising per kommune med frisklivssentral. Kommunestorleik. 2016.....	36
Figur 5.6	Ulike tenester som har tilvist personar i kommunar med frisklivssentralar	38
Figur 5.7	Deltakarar på frisklivssentral per årsverk. Heile landet og fylkesvis.....	40
Figur 5.8	Deltakarar på frisklivssentral per årsverk. Heile landet og kommunestorleik ..	41
Figur 6.1	Kommunar med frisklivssentralar som har gjennomført ulike tilbod og kurs ..	45
Figur 6.2	Personar som har delteke på ulike tilbod og kurs ved frisklivssentralane. Heile landet. Absolutte tal	47
Figur 7.1	Kommunar med frisklivssentralar som har samarbeida med ulike aktørar.....	56
Figur 8.1	Brutto driftsutgifter til førebyggjande helsearbeid (funksjon 233) per innbyggjar i kommunar med og utan frisklivssentralar. Kroner. Heile landet og fylke. 2016.	65
Figur 8.2	Brutto driftsutgifter til førebyggjande helsearbeid (funksjon 233) per innbyggjar totalt og i kommunar med og utan frisklivssentralar. Kroner. Heile landet og kommunestorleik. 2016.....	66
Figur 8.3	Brutto driftsutgifter til førebyggjande helsearbeid (funksjon 233) per innbyggjar totalt og i kommunar med og utan frisklivssentralar. Kroner. Heile landet og kommunesentralitet. 2016.....	68

Tabellregister

Tabell 2.1	Personar 21 år og eldre, etter kjønn og fylke og heile landet. Absolutte tal per 31.12. 2013 og 2016.....	11
Tabell 2.2	Kommunar og befolkning etter kommunestorleik. 2013. Absolutte tal og prosent.....	12
Tabell 2.3	Kommunar og befolkning etter kommunestorleik. 2016. Absolutte tal	12
Tabell 2.4	Kommunar og befolkning etter kommunesentralitet. 2013. Absolutte tal	13
Tabell 2.5	Kommunar og befolkning etter kommunesentralitet. 2016. Absolutte tal	13
Tabell 5.1	Avtalte årsverk i alt ved frisklivssentralar, talet på kommunar med frisklivssentralar og talet på årsverk per kommune med frisklivssentralar. Fylke. 2016	31
Tabell 5.2	Ulike tenester som har tilvist personar i kommunar med frisklivssentralar. Fylke. Prosent. 2016.....	39
Tabell 6.1	Kommunar med frisklivssentralar som har gjennomført ulike tilbod og kurs. Fylkesvis. Prosent. 2016.....	48
Tabell 6.2	Kommunar med frisklivssentralar som har gjennomført ulike tilbod og kurs. Kommunestorleik. Prosent. 2016	48
Tabell 9.1	Indikatorar for faktorar som påverkar sosial ulikskap i helse. Heile landet og kommunesentralitet. Prosent. 2016	72

Statistisk sentralbyrå

Postadresse:
Postboks 2633 St. Hanshaugen
NO-0131 Oslo

Besøksadresse:
Akersveien 26, Oslo
Oterveien 23, Kongsvinger

E-post: ssb@ssb.no
Internett: www.ssb.no
Telefon: 62 88 50 00

ISBN 978-82-537-9792-2 (trykt)
ISBN 978-82-537-9793-9 (elektronisk)
ISSN 0806-2056

