

Veileder for kommunale frisklivssentraler

Etablering, organisering og tilbud

VEILEDER

IS-1896



Veileder for
kommunale frisklivssentraler
Eablering, organisering og tilbud

Utgitt 02/2011
Revidert utgave 10/2016
Oppdatert 03/2019
Sist oppdatert 02/2022

IS-nummer: IS-1896

Utgitt av Helsedirektoratet

Avdeling folkesykdommer
Pb. 220 Skøyen
0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, Oslo

Telefon 47 47 20 20

E-post postmottak@helsedir.no

Design Itera as

www.helsedirektoratet.no

Nettadresse

www.helsedirektoratet.no/publikasjoner

FORORD

Kommunene er ifølge helse- og omsorgstjenesteloven pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester til befolkningen. Frisklivssentralen er en anbefalt måte å organisere slike tjenester på og en del av kommunens samlede helse- og omsorgstjenester. Denne veilederen beskriver anbefalinger for hvordan en frisklivssentral bør etableres og driftes. Ved å fremme helse og forebygge sykdom skapes livskvalitet, god helse og gode liv. Frisklivssentralenes tilbud er viktig for den enkelte bruker, så vel som for kommunen og storsamfunnet for øvrig. Samtidig er å fremme helse og forebygge sykdom god samfunnsøkonomi.

Norge er et langstrakt land med over 350 helt forskjellige kommuner. Det betyr at frisklivssentralene varierer både i størrelse og tilbud. Felles for frisklivssentralene, er at virksomheten er tuftet på kunnskapsbasert praksis og brukermedvirkning. Det bidrar til at det blir en innovativ helsetjeneste.

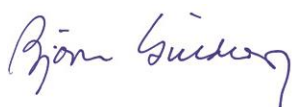
I tilbudet rettes oppmerksomheten mot den enkeltes ressurser og det legges vekt på å være motiverende, støttende og inkluderende. Gruppetilbud gir mulighet for fellesskap og nettverksbygging. Ukentlig leser vi oppslag i lokale medier om hvordan frisklivssentralene bidrar til at brukerne klarer å gjøre endringer og mestre sine helseutfordringer.

Dette er meningsfylt og viktig arbeid!

Veilederen er oppdatert på bakgrunn av utvikling av helsetjenesten, samfunnet og politikken, forskning, nye eller reviderte faglige anbefalinger, lover og stortingsmeldinger. Psykisk helse, livskvalitet, brukermedvirkning og samhandling blir viet større plass enn før. Vi vil rette en stor takk til brukere, frisklivssentraler, beslutningstakere i kommunen, Statsforvalter, fylkeskommuner, helsepersonell i alle deler av helsetjenesten, frivillige og private organisasjoner som har bidratt med nyttige innspill.

Vi håper denne veilederen vil inspirere kommuner som allerede har frisklivssentraler til å videreutvikle sitt arbeid, og at kommuner som ennå ikke har etablert frisklivssentraler, finner inspirasjon til å gjøre det.

Frisklivssentraler koster lite og hjelper mange. Forebygging lønner seg! Lykke til!



Bjørn Guldvog
Helsedirektør

INNHold

FORORD	3
1 INNLEDNING	7
2 FRISKLIVSSENTRALEN – EN KOMMUNAL HELSETJENESTE	8
2.1 Formålet med Frisklivssentralen	8
2.2 Målgruppe	8
2.3 Frisklivssentralens rolle i helhetlige, koordinerte helsetjenester	9
2.4 Frisklivssentralens rolle i kommunens folkehelsearbeid.....	9
3 TILBUDET VED FRISKLIVSSENTRALEN	10
3.1 Strukturert og tilpasset tilbud	10
3.2 Første kontakt med frisklivssentralen	11
3.3 Helsesamtalen	11
3.4 Barrierer og muligheter for endring av levevaner.....	12
3.5 Å snakke om endring.....	13
3.5.1 Motiverende intervju og andre metodiske tilnærminger	13
3.6 Basistilbudet ved frisklivssentralen	13
3.6.1 Strukturert oppfølging i 12 uker av gangen.....	13
3.6.2 Fysisk aktivitet	14
3.6.3 Test av fysisk form og funksjon	14
3.6.4 Kosthold.....	15
3.6.5 Tobakk	16
3.7 Andre aktuelle tilbud ved frisklivssentralen.....	17
3.7.1 Psykiske plager	17
3.7.1.1 Kurs i mestring av belastninger og psykiske plager.....	17
3.7.1.2 Veiledet selvhjelp	17
3.7.2 Søvn og søvnvansker	18
3.7.3 Risikofylt alkoholbruk.....	18
3.8 Oppfølging ved bruk av digitale verktøy	18
3.9 Tilrettelegging av tilbudet for ulike alders- og målgrupper	19
3.9.1 Sammensatte helseutfordringer	19
3.9.2 Eldre.....	20
3.9.3 Gravide	21
3.9.4 Den samiske befolkningen	21
3.9.5 Innvandrere	22
3.9.6 Barn og unge	23
3.10 Diagnosespesifikke tilbud.....	24
3.11 Etter avsluttet tilbud ved Frisklivssentralen.....	24
4 HVORFOR FRISKLIVSSENTRALER	25
4.1 Frisklivssentralens tilbud gir resultater	25
4.2 Støtte til å endre levevaner gir resultater	26

4.3	Frisklivssentraler koster lite og kan hjelpe mange	26
4.3.1	Mål for helsegevinst og helsetap	26
4.3.2	Eksempler på effekt- og kostnadsvurderinger av forebyggende tiltak	27
4.4	Frisklivssentralen kan bidra til å løse kommunale lovpålagte oppgaver.....	28
4.5	Frisklivssentralen møter dagens helseutfordringer	28
4.6	Frisklivssentralen kan bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse	29
4.7	Frisklivssentralen kan bidra til sosialt nettverk og integrering	30
5	ETABLERING OG ORGANISERING	31
5.1	Utredning og forankring.....	32
5.2	Organisering og lokalisering	32
5.3	Personell og kompetanse	33
5.3.1	Dimensjonering	33
5.3.2	Kompetanse.....	33
5.3.3	Veilederkurs for ansatte ved frisklivssentraler	33
5.3.4	Faglig forsvarlighet	34
5.3.5	Forsikring	34
5.4	Økonomi, tilskudd og egenbetaling	34
5.5	Internkontroll	35
5.6	Oversikt og samarbeid.....	35
5.6.1	Brukermedvirkning.....	36
5.6.2	Aktuelle samarbeidspartnere	37
5.6.3	Frisklivssentralen og andre helsetjenester og tilbud.....	38
5.6.3.1	Fastlegen	38
5.6.3.2	Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten og koordinerende enhet...	39
5.6.3.3	Kommunale lærings- og mestringstilbud	39
5.6.3.4	Helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	39
5.6.3.5	Spesialisthelsetjenesten	40
5.6.3.6	Bedriftshelsetjenesten, NAV og arbeidslivssentre	40
5.6.3.7	Likepersonsarbeid og selvorganisert selvhjelp.....	41
5.7	Informasjons- og kommunikasjonsarbeid	41
5.7.1	Logo og profilprogram.....	41
5.8	Oppstart	41
5.9	Dokumentasjon og journalføring	42
5.9.1	Elektronisk journalsystem	42
5.9.2	Journalføring.....	42
5.9.3	Taushetsplikt	43
5.9.4	Opplysningsplikt til helse- og omsorgstjenesten og barnevernet.....	43
5.9.5	Oppbevaring og arkivering	43
5.9.6	Epikrise	43
5.10	Kvalitetssikring, evaluering og utviklingsarbeid	44
5.10.1	Innsamling og sammenstilling av data	44
5.10.2	Anbefalte kvalitetsindikatorer for dokumentasjon av drift.....	44
5.10.3	Anbefalte kvalitetsindikatorer for dokumentasjon av tilbud	45
6	LOVVERK OG STYRINGS-DOKUMENTER	48
6.1	Lover og forskrifter	48
6.1.1	Helse- og omsorgstjenesteloven	48
6.1.2	Spesialisthelsetjenesteloven	48
6.1.3	Folkehelseloven.....	48

6.1.4	Plan og bygningsloven	49
6.2	Styringsdokumenter	49
6.2.1	Samhandlingsreformen og Nasjonal helse og omsorgsplan	49
6.2.2	Morgendagens omsorg	49
6.2.3	NCD-strategien	49
6.2.4	Nasjonal kreftstrategi	50
6.2.5	Nasjonal strategi for tobakksforebygging	50
6.2.6	Nasjonal helse- og sykehusplan.....	50
6.2.7	Folkehelsemeldingene.....	50
6.2.8	Primærhelsemeldingen	51
6.2.9	Likeverdige helse- og omsorgstjenester	51
6.2.10	Friluftsliv – natur som kilde til helse og livskvalitet.....	51
6.2.11	Strategi for økt helsekompetanse i befolkningen	52
6.2.12	Kvalitetsreformen Leve hele livet.....	52
6.2.13	Sammen om aktive liv – Handlingsplan for fysisk aktivitet (2020–2029).....	52
6.2.14	Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)	52
6.2.15	Strategi for fagfeltet arbeid og helse.....	53
6.3	Aktuelle retningslinjer og veiledere	53
7	SENTRALE BEGREPER	55
	REFERANSER	62

1 INNLEDNING

Frisklivssentralen er en kommunal helse- og omsorgstjeneste. Målet er å fremme helse og forebygge sykdom ved å gi tidlig hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Frisklivssentralen skal bidra til redusert sykdomsbyrde og sammenhengende helsetjenester, og være en samarbeidspartner i kommunens folkehelsearbeid.

Kommunene er gjennom [helse- og omsorgstjenesteloven](#) (1) pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester til befolkningen. Frisklivssentraler, i tråd med denne veilederen, er utviklet i kommunene og er en anbefalt måte å organisere slike helsetjenester på.

Frisklivssentralens rolle, organisering og tilbud avhenger av innbyggernes behov for helsetjenester, helsetilstand og risikofaktorer, samt lokale forhold. Tilbudet kan tilpasses ulike alders- og målgrupper. Frisklivssentralen skal gjennom samhandling med andre aktører sørge for forebyggende tjenester av god kvalitet.

Veilederen beskriver kvalitetskrav og anbefalinger for etablering, organisering og tilbud ved kommunale frisklivssentraler. Den er relevant for kommuner som vil etablere frisklivssentral eller videreutvikle eksisterende tilbud. Veilederen er primært skrevet for beslutningstakere i kommunene, ledere og ansatte i frisklivssentraler. Den vil være aktuell for alle deler av helsetjenesten, Statsforvalter, fylkeskommunen og samarbeidspartnere i frivillig, privat og offentlig sektor.

Veilederen ble første gang utgitt i 2011 og revidert i 2013 og 2016. Henvendelser fra kommuner og fylker har synliggjort behov for mer og tydeligere informasjon på noen områder. Revideringen i 2016 omfattet:

- Ny kapittelinnledning
- Oppdatering av tekst og referanser i henhold til nye styringsdokumenter, nasjonale anbefalinger og forskning
- Tydeliggjøring av formålet, basistilbudet og utviklingsområder
- Tydeliggjøring av Frisklivssentralens rolle i helhetlige, koordinerte helsetjenester og i folkehelsearbeidet
- Tydeliggjøring av sammenhengen og samarbeidet med andre tilbud, tjenester og sektorer
- Nye krav til kvalitetssikring og elektronisk journalføring og meldingsutveksling
- Anbefalinger for tilrettelegging av tilbudet til noen målgrupper

Veilederen er utarbeidet av Helsedirektoratet med innspill fra den tidligere arbeidsgruppen (2013), de regionale utviklingssentralene, et bredt utvalg av representanter for brukere, samarbeidspartnere og andre interessenter i frivillig, privat og offentlig sektor. Alle innspill er gjennomgått, vurdert og så langt som mulig innarbeidet.

Veilederen ble oppdatert i 2019 og 2022. Veilederen oppdateres ved behov.

Veilederen og mer informasjon om frisklivssentraler finnes på [Helsedirektoratets nettsider](#).

[Idébank for frisklivssentraler](#) driftes av utviklingssentralene og er et praktisk verktøy for deling av erfaringer på tvers av kommuner. Informasjon til befolkningen finnes på [Frisklivssentral - helsenorge.no](#).

2 FRISKLIVSSENTRALEN – EN KOMMUNAL HELSETJENESTE

Frisklivssentralen er en del av det samlede kommunale helsetilbudet. I dette kapittelet beskrives frisklivssentralens formål, målgruppe, roller og oppgaver.

2.1 Formålet med frisklivssentralen

Formålet med arbeidet ved frisklivssentralen er å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom. Frisklivssentralen skal bidra til økt helsefremmede og forebyggende innsats i helse- og omsorgstjenesten. Tjenesten skal:

- Gi støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer gjennom individuell veiledning og gruppebaserte tilbud
- Gi veiledning som retter oppmerksomheten mot friskressurser for helse og livskvalitet
- Understøtte brukerens egen læringsprosess
- Gi tilbud så tidlig som mulig ved økt risiko for sykdom
- Gi hjelp til å finne frem til lokale tilbud og aktiviteter som passer for den enkelte bruker
- Styrke innbyggernes helsekompetanse med vekt på levevaner og mestring
- Være en samarbeidspartner i kommunens folkehelsearbeid

Frisklivssentralen skal legge vekt på en helhetlig tilnærming og å styrke fysiske, mentale og sosiale ressurser for helse, endring og mestring. Spørsmålet «Hva er viktig for deg» er sentralt. Innbygger- og brukermedvirkning skal inngå i planlegging, utforming og gjennomføring av tilbud (2).

Frisklivssentralen skal gi strukturert, tilpasset og tidsavgrenset oppfølging basert på individuell veiledning og gruppebaserte tilbud. Frisklivssentralen skal primært gi støtte til fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykeslutt. Frisklivssentralen kan også gi veiledning og tilbud knyttet til psykiske belastninger, søvnvansker og risikofylt alkoholbruk.

Frisklivssentralen skal bidra til helhetlige, koordinerte helsetjenester og til utjevning av sosiale ulikheter i levevaner og helse. Den skal ha oversikt over og kjennskap til relevante offentlige, frivillige og private tilbud og tjenester i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Frisklivssentralen skal samarbeide med disse og lede brukere videre når det er aktuelt.

2.2 Målgruppe

Målgruppen for frisklivssentralens helsetilbud er personer i alle aldre som har økt risiko for, eller allerede har utviklet sykdom, og som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Tilbudet er for personer i målgruppen som bor og oppholder seg i kommunen, og spesielt for de som ikke finner andre egnede helsetilbud eller som trenger hjelp til å finne ut hva som passer for dem.

2.3 Frisklivssentralens rolle i helhetlige, koordinerte helsetjenester

Kommunene skal tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester til befolkningen. Tilbudene i helseforetak, kommuner og NAV (arbeids- og velferdsforvaltningen) skal til sammen utfylle hverandre slik at brukeren opplever helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester.

Frisklivssentralens tilbud kan både benyttes for å fremme helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom, og være tilbud til personer både før, under og etter et behandlings-, rehabiliterings- eller habiliteringsforløp.

Frisklivssentralens tilbud er aktuelt for personer med langvarig sykmelding eller kronisk sykdom. Det gjelder for eksempel hjelp til røykeslutt før kirurgi, støtte til opprettholdelse av god ernæringsstatus og fysisk aktivitet under og etter behandling. Det skal legges til rette for gjensidig kompetanseutveksling innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

Deltakelse i frisklivssentralens tilbud kan gi kunnskap og ferdigheter som bidrar til å mestre det å leve med sykdom og helseplager. Frisklivssentralens tilbud er en del av de kommunale lærings- og mestrings-tilbudene og rehabiliteringstjenesten (3). Det bør legges til rette for samhandling mellom frisklivssentralene og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen (4).

2.4 Frisklivssentralens rolle i kommunens folkehelsearbeid

Kommunene er gjennom [Lov om folkehelsearbeid](#) (5) pålagt å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som kan virke inn på denne. De skal iverksette tiltak for å bedre folkehelsen og utjevne sosiale ulikheter i helse. Kommunen skal også gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

Helse- og omsorgstjenesten har, på lik linje med andre sektorer, ansvar for å bidra i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Frisklivssentralen skal være en samarbeidspartner i det lokale folkehelsearbeidet. Dokumentasjon fra tjenesten bidrar til oversiktsarbeidet som en del av grunnlaget for kommunale planprosesser (6) etter [plan og bygningsloven](#) (7). Gjennom veiledning og befolkningsrettet informasjon bidrar tjenesten også til å styrke innbyggernes helsekompetanse.

Folkehelsekoordinator i kommunen er en viktig samarbeidspartner (8). Frisklivssentralen skal samarbeide med andre offentlige, private og frivillige aktører.

Dokumentasjon fra frisklivssentralens arbeid kan avdekke behov for tiltak både i og utenfor helse-tjenesten. Frisklivssentralen kan initiere etablering og ta del i gjennomføring av nye tiltak i samarbeid med andre aktører. Frisklivssentralen kan også bidra til kompetanseheving i andre tjenester når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid og endring av levevaner. Det kan for eksempel være kurs for ansatte eller rådgiving angående tilrettelegging for sunne levevaner for brukere.

Se også Helsedirektoratets [Veivisere til lokalt folkehelsearbeid](#) (9), Folkehelseinstituttets [Folkehelseprofiler](#) (10) og [Kommunehelsa statistikkbank](#) (11), som kommunene kan benytte for oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer.

3 TILBUDET VED FRISKLIVSSENTRALEN

Frisklivssentralene skal gi kunnskapsbasert støtte til å fremme helse, endre levevaner og mestre helseutfordringer. Kommunen er pålagt å gi slik helsehjelp ut fra innbyggernes behov (5;12). I dette kapittelet beskrives frisklivssentralens tilbud og arbeidsmetoder.

Frisklivssentralens tilbud tar utgangspunkt i kunnskap om hva som fremmer helse. Det innebærer å styrke den enkeltes ressurser for helse og å påvirke omgivelsene den enkelte må forholde seg til. Det handler om å legge til rette for deltakelse i prosesser som utvikler ferdigheter, kunnskap og ressurser, som setter personer i stand til å mestre egen livssituasjon, og til å ta valg som fremmer helsen (13;14).

3.1 Strukturert og tilpasset tilbud

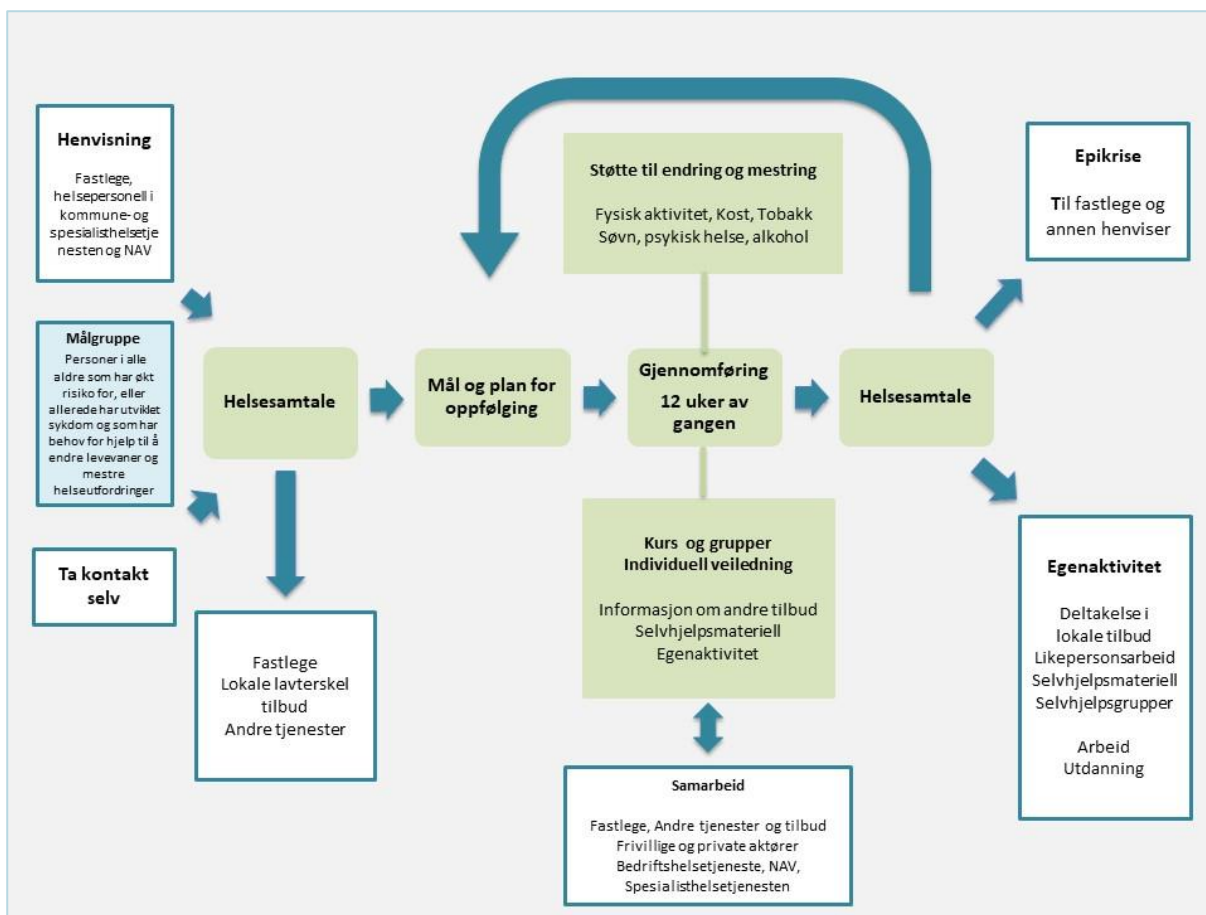
Frisklivssentralens brukere får strukturert og tilpasset oppfølging med individuell og grupperettet veiledning, informasjon og aktiviteter. Tilbudet tilrettelegges med hensyn til den enkeltes diagnoser og helseutfordringer. Tilbudet skal være tidsavgrenset og bør gis for 12 uker av gangen. Oppfølgingsstilbudet utgjør basistilbudet ved frisklivssentralen. Tilbudet omfatter individuell veiledning og gruppebaserte tilbud for støtte til fysisk aktivitet, kosthold, tobakk, søvn, psykiske helse, samt veiledning ved risikofylt alkoholbruk.

Tilbudet starter og avsluttes med en helsesamtale. Ved behov kan det gjennomføres flere helsesamtaler i oppfølgingsperioden. Plan for oppfølging lages av bruker og veileder i fellesskap og tar utgangspunkt i brukerens mål og funksjonsnivå. Å sette konkrete mål er viktig for å oppnå endring. Brukeren eier endringsprosessen. Veileder er en samarbeidspartner og støtte underveis (15). Videre mål og plan vurderes etter 12 uker, og ved behov gis det tilbud om ytterligere oppfølging. Underveis skal brukeren få informasjon om, og gjerne mulighet til å prøve ut, aktuelle lokale tilbud. Målet er at brukeren styrker sin helsekompetanse og lærer verktøy og metoder som setter dem i stand til å opprettholde endringer og mestre hverdagen med helseutfordringer (2;16).

Tilbudet er for personer som har økt risiko for, er i ferd med å utvikle, eller allerede har utviklet sykdom. Det er for eksempel egnet ved sammensatte og langvarige helseutfordringer, ved risiko for frafall fra skole eller arbeidsliv og som en del av et behandlings- og rehabiliteringsforløp. Tilbudet kan tilpasses ulike alders- og målgrupper, og skal være utformet slik at brukeren kan delta uavhengig av helseutfordringer og diagnoser. Tilbudet tilpasses individuelt gjennom råd og veiledning. Frisklivssentralen skal ikke gi individuell diagnosespesifikk medisinsk behandling, men ved behov henvise brukeren videre.

Kunnskapsformidling bør integreres i individuell veiledning og gruppeaktiviteter. I tillegg anbefales det å ha temabaserte samlinger med mulighet for samtaler om endring, motivasjon, levevaner og mestring av helseutfordringer. Innholdet bør veksle mellom formidling av faktakunnskap, dialog, erfaringsutveksling og praktiske oppgaver. Frisklivssentralen bør gjennom samarbeid med spesialisthelsetjenesten ha tilgang på veiledning (17).

Frisklivssentralen bør formidle og følge opp bruk av gratis informasjons- og selvhjelpsmateriell som dagbøker, apper eller internettbaserte programmer.



Figur 3.1 Det strukturerte oppfølgingstilbudet ved frisklivssentralen. Ved behov kan det gjennomføres flere helsesamtaler i løpet av oppfølgingsperioden.

3.2 Første kontakt med frisklivssentralen

Fastlege, annet helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten, koordinerende enhet, NAV og bedriftshelsetjenesten kan henvise til frisklivssentralen. Det er også mulig for den enkelte innbygger å ta direkte kontakt med frisklivssentralen. Det gjøres da en vurdering av hvilke tilbud som er aktuelle, og om vedkommende trenger oppfølging fra frisklivssentralen eller kan delta i andre tilbud. Ved tvil om helsetilstanden må dette avklares med fastlege eller annen medisinsk ansvarlig.

Det anbefales at den som henviser sender skriftlig/elektronisk melding til frisklivssentralen (18). Det gir mulighet for å følge opp henvisningen dersom personen ikke selv tar kontakt. Når brukeren oppsøker frisklivssentralen på egenhånd eller andre enn fastlege henviser, anbefales det å sende melding til fastlegen om at vedkommende deltar i tilbud ved frisklivssentralen (se også kapittel 5.9.6). Når det gjelder barn og unge er fastlege, helsestasjons- og skolehelsetjenesten viktige henvisere og samarbeidspartnere. Ansvar for medisinsk oppfølging ligger hos fastlegen for alle aldersgrupper.

3.3 Helsesamtalen

Helsesamtalen er en personsentrert samtale om levevaner, helse og mestring som bygger på prinsipper fra [motiverende intervju \(MI\)](#) og annen kunnskapsbasert metodikk (19). (Se [kapittel 3.5.1.](#)) Hensikten er

å hjelpe den enkelte bruker til å beskrive egne grunner til å endre levevaner, mestre helseutfordringer, sette realistiske mål og reflektere over egen situasjon og erfaringer underveis i endringsprosessen.

I møte med brukere som skal endre levevaner er det viktig å kartlegge den enkeltes situasjon. Oppmerksomheten bør rettes mot brukerens ressurser og hva som fremmer god helse og mestring (13).

I helsesamtalen ved oppstart lager bruker og veileder i samarbeid mål og plan for tidsavgrenset oppfølging for 12 uker av gangen. Ved oppstart, underveis og etter 12 uker er motivasjon, barrierer og muligheter for endring og mestring, grad av måloppnåelse, behov og plan for oppfølging og opprettholdelse av nye vaner viktige temaer.

Helsedirektoratet har utviklet egne skjemaer for kartlegging og dokumentasjon (20). Disse er tilgjengelig på helsedirektoratet.no.

3.4 Barrierer og muligheter for endring av levevaner

Det er krevende å endre vaner. Ansatte ved frisklivssentralene må ha kunnskap om, og ferdigheter i, bruk av effektive metoder for endring og mestring (2). De trenger forståelse for hvordan ulike forhold påvirker helsen, hvordan levevaner etableres og for hva som skaper barrierer og muligheter for endring og mestring hos den enkelte. En viktig oppgave for veileder er å bidra til bevisstgjøring og refleksjon over brukerens egen situasjon og endringsprosess.

Både individuelle faktorer og omgivelsene påvirker den enkeltes muligheter og barrierer for endring og mestring. Blant annet vil kulturelle og sosiale rammebetingelser som familiebakgrunn, bosted, utdanning, leve- og arbeidsvilkår ha betydning. Psykologiske faktorer som tanker, følelser og evne til selvkontroll ser ut til å spille en betydelig rolle.¹ Smerter, nedsatt funksjon, søvnproblemer, bruk av rusmidler, manglende sosialt nettverk, emosjonelt stress og belastende livserfaringer (22) kan også skape barrierer for endring (22–24).

Frisklivssentralen skal kartlegge den enkeltes barrierer og muligheter og gi individuelt tilpasset oppfølging for endring av levevaner og mestring av helseutfordringer. Personer som strever psykisk kan ha behov for ekstra oppfølging av helsepersonell. Fastlegen, som har medisinsk faglig ansvar, skal kontaktes dersom brukeren har behov for annen helsehjelp enn det frisklivssentralen tilbyr.

Motivasjon, opplevelse av mestring og sosial støtte ser ut til å ha særlig stor betydning for å lykkes med atferdsendring (25;26). Positive opplevelser knyttet til fysisk aktivitet og belønning, i form av for eksempel bedre funksjon og kondisjon, påvirker motivasjon og endring i positiv retning (24).

Det er viktig å være oppmerksom på at avhengighetsatferd, som for eksempel røyking og overspising, i noen sammenhenger kan være logiske mestringsstrategier for å håndtere underliggende psykisk smerte. Atferden kan altså ha en logisk funksjon for den det gjelder. Det får betydning for hvordan vi bør forholde oss til menneskers vaner og synliggjør hvorfor endring kan være problematisk for mange (23;27).

¹ Flere teorier er opptatt av hvordan den enkeltes holdninger, intensjoner, personlige normer, mestringsforventninger og opplevelse av kontroll virker inn på og styrer helserelatert atferd. Disse determinantene er sentrale i såkalte helseatferdsmodeller, som for eksempel Teorien om planlagt atferd (Theory of Planned behavior). For utdyping, se for eksempel «Helsepsykologi» av Espnes og Smedslund (26), «Social Psychology and Health» av Stroebe (21) og Føllings artikkel i «BMC family practice» fra 2015 (22).

3.5 Å snakke om endring

Kompetanse i å snakke om endring er grunnleggende i arbeidet ved frisklivssentralen. Samtaler om endring krever en tilstedeværende, åpen og lyttende holdning fra veileder. Å bli tatt på alvor og akseptert for de vanene man har, og i tillegg oppleve å få sosial støtte, er avgjørende for en god dialog og endringsprosess.

3.5.1 Motiverende intervju og andre metodiske tilnærminger

Motiverende intervju (MI) er en målrettet, empatisk og personsentrert samtalemetode. Metoden kan benyttes i samtaler om endring, individuelt og i grupper, uavhengig av tema. Målet er å øke brukerens bevissthet om egen situasjon og motivasjon for å endre atferd. Veileder styrer samtalen ved å stille spørsmål som utforsker og styrker personens ønske om endring. Empati og respekt for personens selvbestemmelse og egne valg er sentrale verdier. Endring skal skje på brukerens vilkår. Metoden har vist seg å ha god effekt i arbeidet med å endre levevaner, og som mer effektiv enn tradisjonell rådgivning (28–30). Mer informasjon om MI finnes på helsedirektoratet.no.

MI-Analyse er et nasjonalt veiledningssenter ved Kompetansesenter rus, region vest Bergen, Stiftelsen Bergensklinikkene. De tilbyr feedback og veiledning til fagpersoner som ønsker å få vurdert hvor godt de anvender metoden. Det finnes syv [regionale kompetansesenter for rus \(KoRus\)](#) som tilbyr opplæring, veiledning og vedlikehold i motiverende samtale.

- [Motiverende samtale – KoRus Vest Bergen](#)
- [MI-analyse – last opp samtale for koding](#)

Det finnes flere kunnskapsbaserte metodiske tilnærminger til det å snakke om endring. For eksempel kan bruk av elementer og teknikker fra kognitiv atferdsterapi, som retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser, være effektivt (31). Tilnærmingene kan brukes i kombinasjon med MI.² Se også [kapittel 5](#), helsedirektoratet.no og kognitiv.no.

3.6 Basistilbudet ved frisklivssentralen

Alle frisklivssentraler skal ha et strukturert, individuelt tilpasset og tidsavgrenset tilbud om støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer. Tilbudet skal være kunnskapsbasert og ha et helhetsperspektiv. Å fremme fysisk og psykisk helse og vektlegge brukernes ressurser for helse er sentralt i tilbudet.

3.6.1 Strukturert oppfølging i 12 uker av gangen

Det er det strukturerte oppfølgingstilbudet som utgjør basistilbudet ved frisklivssentralen. Tilbudet skal være utformet slik at brukerne kan delta, uavhengig av helseutfordringer og diagnoser, og omfatter støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer. Det gjelder fysisk aktivitet, kosthold, tobakk, psykisk helse og søvn. Frisklivssentralen kan også gi veiledning ved risikofylt alkoholbruk. Helse- og sosialtjenestene har utarbeidet [kurs, verktøy og materiell](#) som kommunene kan benytte. Kommunen bør sørge for at tilbudet er tilgjengelig for målgruppen.

² For de som ønsker å lære mer om bruk av MI i kombinasjon med kognitiv tilnærming, kan boken *Motiverende intervju. Samtaler om endring* fra 2013 av Barth, Børtveit og Prescott, anbefales (32).

3.6.2 Fysisk aktivitet

Bevisstgjøring av aktivitetsvaner og støtte til fysisk aktivitet skjer gjennom individuelle helsesamtaler, temabaserte samlinger, ulike gruppetilbud og testing av fysisk form. Tilbudet skal være faglig forsvarlig. Veileder må ha kompetanse i bruk av fysisk aktivitet i forebygging og behandling for ulike diagnoser (33;34). Det anbefales at frisklivssentralen har gruppetrening i egen regi.

Fysisk aktivitet ved frisklivssentralen kjennetegnes av at personer med ulike helseutfordringer, diagnoser, alder, fysisk form og kjønn deltar i samme gruppe. Aktiviteten skal tilrettelegges slik at brukerne, uavhengig av forutsetninger, får utbytte av treningen og opplever mestring. Grupper gir muligheter for sosial støtte og et utvidet nettverk. Veileder skal legge til rette for at miljøet i gruppen oppleves inkluderende. Vedrørende tilpasning av tilbudet til ulike alders- og målgrupper, se [kapittel 3.9](#).

Trening og veiledning skal følge nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet (35). Det innebærer å bevisstgjøre betydningen av å begrense stillesitting og å øke hverdagsaktiviteten.

[Aktivitetshåndboken](#) (33) og nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av ulike diagnoser og tilstander (36–42), er gode verktøy for å kunne veilede brukerne. Reviderte og nye kapitler i Aktivitetshåndboken foreligger på svensk på fyss.se under FYSS 2021. Tilbud som frisklivssentralen samarbeider med, og henviser til, skal være kunnskapsbasert og følge nasjonale anbefalinger.

Det anbefales å benytte aktiviteter som foregår ute og krever lite utstyr, for eksempel lekinspirert kondisjon-, intervall- og styrketrening med kroppen som belastning. Brukerne skal gjøres kjent med turmuligheter og aktuelle trenings- og aktivitetstilbud. Målet er at brukerne skal bli i stand til å fortsette med regelmessig fysisk aktivitet gjennom egen aktivitet, eller som deltakere i lokale tilbud.

Tidligere brukere kan være en viktig ressurs og motivasjon for nye brukere, og for etablering og gjennomføring av likepersonstilbud. Bruk av støttekontakt eller treningskontakt kan være aktuelt.

Helsedirektoratet har utarbeidet *Gode aktivtetsvaner* – et samtaleverktøy/undervisningsmaterieell om fysisk aktivitet og stillesitting for bruk i helsetjenesten (43–45). Hensikten er å gjøre det enklere å veilede grupper og enkeltpersoner om bevegelse, fysisk aktivitet, trening, fysisk form og helse.

3.6.3 Test av fysisk form og funksjon

For at brukeren skal bli bevisst egne aktivitetsvaner og motivasjon, kan fysiske tester være nyttig. Frisklivssentralen kan gi tilbud om å teste fysisk form ved oppstart, etter 12 ukers oppfølging og på andre tidspunkt ved behov. Den som har henvist brukeren bør få informasjon om testresultatene.

Eksempler på aktuelle tester:

- [6 minutters gangtest \(pdf\)](#)
- [Submaksimal tredemølltest \(pdf\)](#)

Borgs RPEskala (Ratings of Perceived Exertion) brukes for å vurdere opplevd anstrengelse. Mer informasjon om Borgs skala finnes i Aktivitetsdagboken (46) og i Aktivitetshåndboken (33). Mer informasjon om test av fysisk form og aktuelle tester finnes på helsedirektoratet.no.

Regelmessig egevaluering av gjennomført trening og aktivitet er et viktig redskap for å opprettholde motivasjon. Her kan Aktivitetsdagboken, ulike apper og aktivitetsmålere være til hjelp.

- [Aktivitetsdagbok – for deg som vil bli i bedre form](#) (46)
- [Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling](#) (33)
- [Gode aktivitetsvaner, veiledning for helsepersonell](#) (PDF) (43)
- [Gode aktivitetsvaner, oversikt over 12 tema](#) (PDF) (44)
- [Gode aktivitetsvaner, presentasjon](#) (PPT) (45)
- [Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet](#) (47)
- [Anbefalinger for økt fysisk aktivitet og tid i ro](#) (35)
- [Sterk og stødig](#)
- [Basis - e-læring i fallforebyggende trening](#)
- [Smart mosjon i arbeidslivet](#) (48)
- [Statistikk om fysisk aktivitet og stillesitting](#) (49)
- [Strategier og tiltak for økt fysisk aktivitet](#) (50)
- [Lev](#) (helsenorge.no)
- [Idébank for frisklivssentraler](#)
- [Nasjonal Kompetansetjeneste Trening som medisin](#) (stolav.no)

3.6.4 Kosthold

Oppfølging av brukere med behov for kostholdsendringer foregår gjennom individuelle helsesamtaler, temabaserte samlinger og kurset *Bra mat for bedre helse* (51). I tilbud til personer som har etablert sykdom kreves kompetanse om kosthold og ernæring i forebygging og behandling. Gruppetilbud kan gjennomføres i samarbeid med, eller av andre aktører. Tilbudet skal støtte brukerne i å gjøre varige kostholdsendringer som kan gi bedre helse, forebygge sykdom eller bidra til at de mestrer hverdagen med etablert sykdom bedre.

Frisklivssentraler bør informere om og oppfordre brukere med behov for annen eller videre oppfølging, til å benytte seg av andre tilgjengelige lokale og/eller digitale tilbud. Tilbudet ved frisklivssentralen og tilbud som frisklivssentralen samarbeider med, og henviser til, skal være basert på de nasjonale kostrådene og relevante nasjonale faglige retningslinjer. [De nasjonale kostrådene](#) og [Kosthåndboken](#) er et hjelpemiddel for å sikre god kvalitet. [Matvarefrekvensskjema](#), [Matdagbok](#) og annen kostregistrering kan være nyttige verktøy for bevisstgjøring og måling av effekt.

Helsedirektoratets kurs [Bra mat for bedre helse](#), er et inspirasjonskurs for endring av matvaner og matvarevalg, basert på de nasjonale kostrådene. Kurset kan være en god start for å få til varig endring av kostholdet. Det er både teoretisk og praktisk og vektlegger kostholdsendring over tid.

Evaluerer viser at kurset gjør det enklere å planlegge sunne måltider og at det bidrar til å endre matvaner (52).

Personer som deltar i frisklivssentralens tilbud og har etablert sykdom og/eller et sammensatt sykdomsbilde, kan ha behov for diagnosespesifikk kostveiledning knyttet til medisinsk behandling. Slik veiledning gis av klinisk ernæringsfysiolog. Fastlegen har medisinsk faglig oppfølgingsansvar for sine pasienter (220).

- [Helsedirektoratets kursmateriell til Bra mat for bedre helse \(helsedir.no\)](#)
- [Anbefalinger for kosthold, ernæring og fysisk aktivitet \(47\)](#)
- [Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten \(53\)](#)
- [Helsedirektoratets kostråd \(54\)](#)
- [Kostholdsplanleggeren.no \(55\)](#)
- [Matvaretabellen.no \(56\)](#)
- [Matportalen.no \(57\)](#)
- [KMI og midjemål \(58\)](#)
- [Idébank for frisklivssentraler](#)
- [Lev \(helsenorge.no\)](#)
- [Matdagbok – for deg som vil bli mer bevisst på kostholdet](#)

3.6.5 Tobakk

Støtte til snus- og røykeslutt på frisklivssentralene foregår gjennom individuell veiledning og snus- og røykesluttkurs. Tobakk og helse, snus- og røykeslutt kan tas opp i temabaserte samlinger. Hovedprinsippene i tobakksavvenning er veiledning i kombinasjon med medikamentell behandling (59–61). Medikamentell behandling omfatter både reseptfrie og reseptbelagte legemidler.

Helsedirektoratet har utarbeidet en samtaleguide *Snakk om snus- og røykeslutt* (62), som gir anbefalinger for hvordan individuell veiledning kan foregå. Tilsvarende kan kursmalen *Tobakksfri* (63) benyttes ved snus- og røykesluttkurs.

Frisklivssentraler som ikke har slutteveilederkompetanse, eller ikke har kapasitet til å ha egne snus- og røykesluttgrupper, bør informere om og oppfordre til å benytte tilgjengelige sluttetilbud (64). Se [slutta.no](#) for en oversikt.

I arbeidet med tobakksavvenning er det viktig å samarbeide med tannhelsetjenesten, fastlegene, helse- og skolehelsetjenesten.

- [Helsedirektoratets kursmateriell Tobakksfri \(63\)](#)
- [Samtaleguide: Snakk om snus- og røykeslutt \(62\)](#)
- [Aktuell informasjon og tilbud for de som skal slutte med tobakk \(Slutta.no\)](#)
- [Temaside om tobakk \(helsedir.no\)](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning](#)
- [BOKA – røykfri dagbok](#)
- [Lev \(helsenorge.no\)](#)
- [Idébank for frisklivssentraler](#)

3.7 Andre aktuelle tilbud ved frisklivssentralen

Alle kommuner bør ha tilbud til personer med lette til moderate psykiske plager, søvnevansker og risikofylt alkoholbruk. Disse kan for eksempel organiseres gjennom frisklivssentralen eller som et samarbeid mellom frisklivssentralen og andre kommunale helsetjenester. For personer med slike helseplager, kan det være ekstra utfordrende å endre levevaner. Det er behov for diagnoseuavhengige og lett tilgjengelige tilbud på alle disse områdene (65;66). Under beskrives eksempler på aktuelle frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.

3.7.1 Psykiske plager

Å delta i frisklivssentralens tilbud kan fremme psykisk helse og livskvalitet gjennom positive levevaner, opplevelse av mestring og økt evne til å håndtere belastninger. Det vil også kunne styrke sosiale nettverk (67).

3.7.1.1 Kurs i mestring av belastninger og psykiske plager

Det anbefales å tilby hjelp til innbyggere som har lettere psykiske plager og belastninger i form av [kurs i Hverdagsglede](#), [kurs i mestring av belastning \(KiB\)](#) og [kurs i mestring av depresjon \(KiD\)](#). Hverdagsglede er basert på [fem råd for økt livskvalitet og sterkere psykisk helse](#). Kursdeltakerne har rapportert om mer glede i hverdagen og økt livsmestring (68). KiB og KiD er evaluert og prøvd ut i Norge med god effekt (69;70). Kursene anbefales av Folkehelseinstituttet som et av de viktigste forebyggende tiltakene ved mild til moderat depresjon (71). Kursene reduserer depressive symptomer hos både ungdom og voksne. Deltakerne har 38 prosent mindre sannsynlighet for å utvikle alvorlig depresjon sammenlignet med dem som ikke deltar på kurs (72;73).

3.7.1.2 Veiledet selvhjelp

Veiledet selvhjelp anbefales som et av tiltakene frisklivssentralen kan igangsette ved mild til moderat depresjon (41). Veiledet selvhjelp innebærer at brukeren tilbys oppfølgende samtaler med helsepersonell der konkrete erfaringer og utfordringer diskuteres. Samtalene kan foregå individuelt eller i grupper, og kan kombineres med selvhjelpsmateriell som brosjyrer, bøker, apper eller internettbaserte programmer.

- [Brosjyre: Enkle råd når livet er vanskelig \(74\)](#)
- [Helsedirektoratet.no/psykisk helse og rus](https://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus)
- [Lev \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no)
- [Idébank for frisklivssentraler](#)
- [Filmer – Hverdagsglede \(Psykiskhelse.no\)](#)
- [Selvhjelp \(Selvhjelp.no\)](#)

3.7.2 Søvn og søvnvansker

Søvnvansker er et utbredt og undervurdert folkehelseproblem (71). Søvnvansker er vanlig i alle aldersgrupper i befolkningen. 1 av 3 voksne har insomni (søvnløshet), som er den vanligste formen for søvnvansker. Det er antatt at kunnskap og råd om søvnhygiene kan forebygge utvikling av søvnvansker og er et godt alternativ til sovemedisin (75;76).

Det anbefales at søvn tas opp som tema i helsesamtalen, og at de som har lettere søvnproblemer får veiledning i gode søvnvaner.

Frisklivssentralen kan tilby søvnkurs i egen regi eller i samarbeid med andre. Helsedirektoratet har utviklet en mal for søvnkurset *Sov godt* til bruk i frisklivssentraler. Søvn kan være tema på fagdager, temabaserte samlinger og i undervisning ved Frisklivssentralen.

- [Kursmaterieill for søvnkurset Sov godt \(helsedir.no\)](https://helsedir.no)
- [Søvn og søvnvansker – Helsedirektoratet.no \(77\)](https://helsedir.no)
- [Idébank for frisklivssentraler](#)
- [Temaside søvn og søvnvansker – Folkehelseinstituttet \(fhi.no\)](https://fhi.no)
- [Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer: www.sovno.no](http://www.sovno.no)

3.7.3 Risikofylt alkoholbruk

Det anbefales å snakke om alkohol og alkoholvaner, og eventuelt gi enkel veiledning knyttet til risikofylt alkoholbruk i helsesamtalen. Dersom det er behov for videre oppfølging og behandling, skal brukeren henvises til fastlege eller rusrådgiver i kommunen. Alkohol kan være tema på fagdager og temasamlinger ved frisklivssentralen. Dersom frisklivssentralen har kapasitet og kompetanse, kan lavterskel rusrådgiving inngå i frisklivssentralens tilbud, gjerne i samarbeid med andre tjenester.

De regionale kompetansesentrene for rus (KoRus) kan kontaktes for råd og veiledning. KoRus skal bidra til at det rusmiddelforebyggende arbeidet i kommunene baseres på systematisk kunnskap om rusmiddeletsituasjonen og årsakssammenhenger. De skal også hjelpe kommunene med å iverksette kunnskapsbaserte strategier og tiltak. Se også [kapittel 3.5.1](#) og [5.3.2](#).

- [Helsedirektoratet.no/psykisk helse](https://helsedir.no/psykisk-helse)
- www.snakkomrus.no
- [Nasjonal alkoholstrategi 2021–2025 \(78\)](#)
- [Idébank for frisklivssentraler](#)

3.8 Oppfølging ved bruk av digitale verktøy

Bruk av digitale verktøy gir muligheter for økt tilgjengelighet og å yte tjenester på nye måter. Mange kommuner har fått erfaring med å bruke nye digitale verktøy. Kommunale frisklivssentraler rapporterte i 2019 at digitale verktøy blir benyttet for gjennomføring av gruppetilbud og individuell oppfølging (79).

Bruk av digitale løsninger gjør at tjenestene blir mer tilgjengelig for flere. Terskelen for å delta i tilbudet kan også bli lavere for noen. Digitaliserte tilbud vil kunne bidra til en mer ressurseffektiv drift. Utvikling i

bruk av digitale verktøy i primærhelsetjenesten er sentralt i tiden som kommer. Dette gjelder både for gjennomføring av eksisterende tilbud og for likeverdig tilgang til tjenester av god kvalitet uavhengig av bosted.

Digitale verktøy og oppfølging på avstand kan være et godt supplement til, men ikke erstatte den sosiale kontakten og fellesskapet som fysiske møter og grupper gir. Det er viktig å være oppmerksom på at digital kompetanse er avgjørende for muligheten til å benytte digitale tilbud (79).

Målet om å skape pasientens helsetjeneste forutsetter at brukere har kunnskaper og ferdigheter til å ivareta helsen sin på best mulig måte, også gjennom digitale tjenester og kanaler (80). Digital kompetanse innebærer kunnskaper og ferdigheter til å kunne bruke søkeverktøy, kritisk vurdere kilder og velge ut relevant digital helseinformasjon. Digital kompetanse handler også om evne og mulighet til å ta i bruk digitale helsetjenester. Det omfatter brukeres generelle digitale ferdigheter, slik som å kunne kommunisere via digitale kanaler og løse tekniske problemer knyttet til bruk av digitale enheter (80).

3.9 Tilrettelegging av tilbudet for ulike alders- og målgrupper

Tilbudene ved frisklivssentralen skal tilrettelegges og gjennomføres slik at alle i målgruppen kan delta, uavhengig av helseutfordringer. Veileder er helsepersonell og skal ha tilstrekkelig kompetanse til å gi generelle diagnoseorienterte råd slik at tilbudet er tilpasset den enkelte. Ved behov kan frisklivssentralen, i egen regi eller i samarbeid med andre, opprette tilbud spesielt tilpasset enkelte gruppers behov. Nedenfor beskrives behovet for tilpasning av tilbudet til noen alders- og målgrupper. Det vises til aktuelle retningslinjer og strategier og hva som kan være nyttig å vurdere ved tilrettelegging av tilbud. For mer informasjon, se helsedirektoratet.no og idebank.frisklivssentralen.no.

3.9.1 Sammensatte helseutfordringer

Frisklivssentralens tilbud skal være tilpasset brukere med sammensatte helseutfordringer og skal tilrettelegges slik at brukere med ulike forutsetninger og flere diagnoser får utbytte av tilbudet og opplever mestring.

Komplekse helseutfordringer krever helhetlig tilnærming. Brukere med sammensatte helseutfordringer kan ha behov for individuell oppfølging som adresserer flere tema samtidig. Utgangspunktet er «Hva er viktig for deg?». For eksempel kan psykisk og fysisk helse knyttes tettere sammen ved å rette oppmerksomhet mot somatisk helse og levevaner hos brukere med psykiske lidelser, og mot psykiske plager hos brukere med somatisk sykdom (81).

I 2019 hadde 95 personer pr. 1000 innbyggere over 18 år flere kroniske sykdommer (kompleks multimorbiditet) (82). Studier fra frisklivssentralene viser at av de som benytter tilbudet har 30 % kroniske helseutfordringer og mer enn en diagnose. 3 av 4 (75 %) hadde symptomer på angst og depresjon og høyt nivå av psykologisk stress (83). Gjennomsnittlig KMI var 32.4 (84).

Brukere med behov for flere tjenester må få sitt behov avklart, herunder arbeidsrettede tiltak som gir mulighet for mestring, retur til arbeidslivet og arbeidsdeltakelse. Kommunene bør etterspørre kompetanse fra spesialisthelsetjenesten på fagområder hvor det ikke er naturlig å ha spisskompetanse på kommunalt nivå. Det må utvikles god praksis for gjensidig veiledning og samarbeid mellom tjenester og nivå (85).

Lurt å tenke på

- Hvem bør vi samarbeid med?

- Har vi behov for veiledning?
- Er det behov for samtidig oppfølging/behandling i flere tjenester?
- Hvordan kan tilbudet tilpasses den enkelte?
- Hvordan gjør vi aktuelle samarbeidspartnere kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Hvordan gjør vi innbyggere kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Egnede materiell og verktøy på helsedirektoratet.no eller helsenorge.no
- Hva har andre kommuner gjort? Finnes det noe aktuelt i [Idébank for frisklivssentraler](#)?

3.9.2 Eldre

Kommunenes forebyggende arbeid blant eldre skal styrkes (17;65;86–90). Kvalitetsreformen Leve hele livet skal bidra til flere gode leveår der eldre beholder god helse lenger, opplever god livskvalitet og i større grad mestrer eget liv, samtidig som de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for det. Frisklivssentralen kan bidra til dette. Eldre kan ha behov for, og kan benytte, frisklivssentralens tilbud. Frisklivssentralen bør informere om sine tilbud på en slik måte at det når denne målgruppen.

Mange eldre opplever at det sosiale nettverket reduseres. Deltakelse i kurs og gruppetilbud gir mulighet for sosial støtte og styrket sosialt nettverk. Frisklivssentralen bør stimulere til, og samarbeide med andre aktører, om et mangfold av lett tilgjengelige tilbud til eldre.

Mange eldre er for lite fysisk aktive (91) og har behov for støtte til økt fysisk aktivitet. Fall er den hyppigste ulykkestype hos eldre, og trening er viktig i fallforebyggende arbeid (92). Frisklivssentralen bør bidra til dette gjennom å inkludere styrke- og balansetrening i sitt tilbud.³ Frisklivssentralen bør informere om aktuelle tilbud og veilede eldre til aktivitet i regi av lokale aktører.⁴ Ved behov og kapasitet kan frisklivssentralen ha egne tilbud til eldre.

Frisklivssentralen kan fremme helse og livskvalitet for eldre gjennom befolkningsrettede tiltak, slik som informasjon i lokalmedia, kampanjer og lokale arrangementer. Fastlege, rehabiliteringsinstitusjoner, hverdagsrehabiliteringsteam, seniorsentre, helse- og omsorgstjenesten, koordinerende enhet og ulike frivillige organisasjoner er viktige samarbeidspartnere.

Risikofaktorer for demens ser i hovedsak ut til å være de samme som risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer. Tiltak som rettes mot forebygging av hjerte- og karsykdommer kan trolig også redusere antall tilfeller av demens (93–95).

Lurt å tenke på

- Hvem bør vi samarbeid med?
- Har vi behov for veiledning?
- Hva har andre kommuner gjort?
- Hvordan kan vi tilpasse tilbud slik at eldre kan delta?
- Er det behov for å utvikle egne tilbud?
- Hvordan gjør vi aktuelle samarbeidspartnere kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Hvordan gjør vi eldre kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Egnede materiell og verktøy. Finnes det noe aktuelt i [Idébank for frisklivssentraler](#)?

³ For eksempel: [Basis \(e-læring\)](#) og [Sterk og stødig](#).

⁴ Informasjon på helsenorge.no om eldre og fysisk aktivitet.

3.9.3 Gravide

Mange er motivert for å endre levevaner og ta ekstra godt vare på helsen under graviditet. Gravide har ofte spørsmål om, og trenger hjelp til, å etablere gode levevaner. Støtte til snus- og røykeslutt, fysisk aktivitet og gode matvaner, er særlig aktuelt.

Gravide kan delta i frisklivssentralens tilbud på samme måte som andre brukere. Deltakelse i fysisk aktivitet bør avklares med fastlege eller annen henviser. Fastlege, jordmor, helsestasjon, svangerskaps-poliklinikker og barselavdelinger i spesialisthelsetjenesten er viktige samarbeidspartnere med tanke på henvisning og oppfølging. Det samme gjelder bedriftshelsetjenesten og NAV ved behov for tilrettelegging av arbeid.

På Helsedirektoratets nettsider finnes [retningslinjer for svangerskapsomsorgen](#) (96) og mer informasjon, brosjyrer og [veiledning for samtaler om levevaner med gravide](#) (97). Se blant annet [Anbefalinger for fysisk aktivitet under svangerskap og etter fødsel](#) (98), [Aktivitetshåndboken – Graviditet](#) (99), [Gode levevaner før og i svangerskapet](#) (100) og [Idébank for frisklivssentraler](#) (101).

Lurt å tenke på

- Hvem bør vi samarbeide med?
- Har vi behov for veiledning?
- Hva har andre kommuner gjort?
- Hvordan kan tilbud tilpasses gravide?
- Hvordan gjør vi aktuelle samarbeidspartnere kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Hvordan gjør vi gravide kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Egnede materiell og verktøy. Finnes det noe aktuelt i [Idébank for frisklivssentraler](#)?

3.9.4 Den samiske befolkningen

Helse- og omsorgstjenesten er forpliktet til å tilby likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen, og sørge for at det samiske perspektivet ivaretas. Med et likeverdig tjenestetilbud menes at alle med behov for helsetjenester har likeverdig tilgang på helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av bosted, økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk tilhørighet (102).

Samene er en heterogen gruppe med ulike samiske språk, kultur og bosettingsområder og dermed ulike behov. Én type tilpasning av helsetjenestene vil derfor ikke passe for alle samiske befolkningsgrupper (103). En kunnskapsoppsummering om samers bruk av helse- og omsorgstjenester konkluderer med at samer bruker helsetjenester i omtrent like stor grad som andre i befolkningen (104).

Helsepersonell må ha tilstrekkelig kunnskap om samisk kultur, historie, levesett og språk for å kunne gi tjenester tilpasset den samiske befolkningen. God og trygg kommunikasjon handler om pasienters mulighet for å bruke sitt eget språk og å bli møtt av en kultursensitiv tjeneste (105).

Den samiske befolkningens behov for helsetjenester skal ivaretas nasjonalt og kompetanse om samisk helse, språk og kultur må være tilgjengelig i alle deler av landet (106).

Lurt å tenke på

- Har vi behov for mer kompetanse?
- Har vi behov for veiledning?
- Hvordan kan vi tilpasse tilbud slik at alle kan delta?
- Hvem bør vi samarbeide med?
- Hvordan gjør vi aktuelle samarbeidspartnere kjent med frisklivssentralens tilbud?

- Hvordan gjør vi samisk befolkning kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Er det behov for bruk av tolk?
- Er det behov for å oversette informasjon og materiell?
- Egnet materiell og verktøy på [Frisklivssentraler - Helsedirektoratet](#) og [Sámegiella - helsenorge.no](#)
- Hva har andre kommuner gjort? – Finnes det noe aktuelt i [Idébank for frisklivssentraler?](#)

- [Senter for samisk helseforskning](#)
- [SANKS – Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus](#)
- [Nasjonal handlingsplan for samiske helsetjenester](#)
- [Sørsamisk helsenettverk](#)

3.9.5 Innvandrere

En del innvandrergupper har stor risiko for og forekomst av ikke-smittsomme sykdommer, og dermed behov for kunnskap og støtte til endring av levevaner (107). Evalueringer har vist at det kan være vanskelig for helsetjenesten å nå frem med informasjon om tilbud til noen innvandrergupper (108;109).

Frisklivssentralens tilbud skal være tilpasset brukere med annen kulturell og språklig bakgrunn enn norsk. Frisklivssentraler erfarer at tilbudet passer godt for brukere med innvandrerbakgrunn, og at det er en viktig sosial arena og et godt integreringstiltak.

Begrensede norskkunnskaper, en annen forståelse av helse og sykdom samt manglende kunnskap om helsetjenesten i Norge, kan føre til et underforbruk av helsetjenester (107). For å ivareta den lovfestede retten til helsehjelp (64), er det nødvendig med tiltak som gjør innvandrerbefolkningen kjent med frisklivssentralens tilbud. Det kan være hensiktsmessig med oppsøkende virksomhet. Frisklivssentralen bør ha kontakt og dialog med ressurs- og nøkkelpersoner i innvandremiljøene. Samarbeid med innvandrere og brukerorganisasjoner er viktig for å informere om tilbud, kartlegge behov og utvikle tilpassede tilbud. Det kan også gi kunnskap om aktuelle kanaler for informasjon.

For å inkludere flest mulig bør behovet for egne tilbud vurderes, for eksempel grupper kun for kvinner. Disse kan drives av frisklivssentralen selv og i samarbeid med, eller av, andre aktører. Samarbeid med andre aktører om kompetanseutvikling og befolkningsrettede tiltak kan være aktuelt. Se også [kapittel 5.6.2](#).

Tolk skal benyttes ved behov. Det kan være nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp, informasjon og veiledning til pasienter og pårørende med begrensede norskkunnskaper. Det er spesielt viktig i helse-samtalen. [Tolkeportalen.no](#) inneholder oversikt over tolkers formelle kompetanse. Se også Helsedirektoratets [Veiledning for bruk av tolketjenester](#) (110).

Det anbefales å vurdere om det er behov for å oversette viktig informasjon til enkelte minoritetsspråk. Skriftlig informasjon er imidlertid ikke alltid tilstrekkelig. I flere kulturer er den muntlige beskjedens den viktigste. Det anbefales om nødvendig å gi muntlige beskjeder, benytte visuell kommunikasjon og på ulike måter sjekke ut om informasjonen er forstått.

Se også [Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse \(NAKMI\)](#), [Kommunalt introduksjonsprogram](#), og [idebank.frisklivssentralen.no](#).

Lurt å tenke på

- Hvem bør vi samarbeid med?
- Hvordan gjør vi aktuelle samarbeidspartnere kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Er det behov for bruk av tolk?
- Har vi behov for veiledning?
- Hva har andre kommuner gjort?
- Hvordan kan vi tilpasse tilbud slik at alle kan delta?
- Hvordan gjør vi innvandrerbefolkningen kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Egnet materiell og verktøy. Finnes det noe aktuelt i [Idébank for frisklivssentraler](#)?

3.9.6 Barn og unge

Kommunen har en viktig rolle når det gjelder å legge til rette for et helhetlig og samlet helsetilbud til barn, unge og deres foresatte (12;87). Å fange opp risikopersoner og problemer tidlig, samt sette inn nødvendige forebyggende tiltak, er sentralt. Det må legges stor vekt på [forebyggingsstrategier](#) for barn og unge.

Overvekt og fedme er blant de tilstander som er krevende å behandle. [Nasjonale retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#) (111) peker på at det er behov for oppfølgingstilbud til barn og unge med vektproblemer, eller som har risiko for å utvikle dette. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos barn og unge.

Se også [Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom](#) (112).

Barnevernsreformen trådte i kraft i 2022. Den gir kommunene mer ansvar på barnevernsområdet og skal styrke kommunenes forebyggende arbeid og tidlig innsats. Reformen regulerer først og fremst barnevernet, men målene skal nås gjennom endringer i hele oppvekstsektoren i kommunen. Reformen omfatter tverrfaglig samhandling mellom de ulike kommunale tjenestene og nivåene. Målet er at utsatte barn og unge får hjelpen de trenger tidlig (113).

Frisklivssentralen kan være en viktig samarbeidspartner for barn, unge og familier som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Foresatte- og familieperspektivet må vektlegges i utforming av tilbudene. Tall fra Statistisk sentralbyrå (2019) viser at drøyt en tredjedel av frisklivssentralene har tilbud til barn og unge og deres foresatte (114).

Lurt å tenke på

- Hvem bør vi samarbeide med?
- Har vi behov for veiledning?
- Hva har andre kommuner gjort?
- Hvordan kan vi tilpasse tilbudet til barn, unge og deres foresatte?
- Er det behov for å utvikle egne tilbud?
- Hvordan gjør vi aktuelle samarbeidspartnere kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Hvordan gjør vi barn, unge og deres foresatte kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Egnet materiell og verktøy. Finnes det noe aktuelt i [Idébank for frisklivssentraler](#)?

3.10 Diagnosespesifikke tilbud

Frisklivssentralens tilbud skal være generelt og diagnoseuavhengig. Frisklivssentralen kan tilby gruppebasert, diagnosespesifikk informasjon og veiledning knyttet til levevaner og endring, og mestring av helseutfordringer. Det kan bidra til at brukere med langvarige helseplager og sykdom kan leve bedre med sine helseutfordringer. Frisklivssentralen kan tilby diagnosespesifikke gruppetilbud i egen regi eller i samarbeid med andre. Slike tilbud skal ikke erstatte, men være et supplement til basistilbudet og øvrige tilbud beskrevet i [kapittel 3.6–3.8](#).

Eventuelle diagnosespesifikke tilbud må være tilrettelagt og ledet av kompetent personell, med kunnskap om sammenhengen mellom ulike sykdommer og fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og alkohol og gjeldende anbefalinger for dette. Aktuelle samarbeidspartnere er blant annet spesialisthelsetjenesten, diabetessykepleier, kreftkoordinator i kommunen og pasientorganisasjoner. Spesialisthelsetjenesten har veiledningsansvar og kommunen bør søke veiledning ved behov. Det bør være samarbeid om kompetanseutveksling. Frisklivssentralen skal ikke drive individuell, diagnosespesifikk medisinsk behandling, men deltagelse i frisklivssentralens tilbud kan være en del av behandlingen/rehabiliteringen (115).

[Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#) beskriver mål og anbefalinger for kommunale lærings- og mestringstilbud. Se også [kapittel 5.6.3.2](#) og [5.6.3.3](#) og www.mestring.no.

3.11 Etter avsluttet tilbud ved frisklivssentralen

Endring av levevaner er for mange en langvarig prosess. Så tidlig som mulig bør oppmerksomheten rettes mot tiden etter avsluttet tilbud ved frisklivssentralen. Se også [kapittel 3.1](#).

Frisklivssentralen skal ha kjennskap til relevante tilbud og lede videre til disse når det er aktuelt. Dette kan være tilbud i regi av frivillige lag og foreninger, brukerorganisasjoner, likepersonstilbud, andre lærings- og mestringstilbud og tilbud som gis av offentlige og private aktører. Frisklivssentralen bør ha jevnlig kontakt med disse og [samarbeide med koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten](#) (116).

Mulighet for å prøve ut ulike lokale tilbud og aktiviteter, kan være til hjelp. Det vil være opptil brukeren, i samarbeid med frisklivssentralen, å finne frem til relevante tilbud. Noen brukere kan ha behov for flere oppfølgingsperioder (117).

Frisklivssentralen kan oppdage behov for, stimulere til og være en pådriver for etablering av lett tilgjengelige aktiviteter og tilbud i regi av andre tjenester og organisasjoner. Hensikten er å bidra til et mangfold av lokale tilbud som utfyller hverandre.

Brukere har erfaring som kan være verdifull for andre brukere. Gjensidig utveksling av erfaringer, hjelp og støtte kan gi økt kunnskap om egen situasjon og mestringsopplevelser. Likepersoner kan for eksempel gjøre avtaler med brukere og være følge til og fra kurs, grupper, trening og annen aktivitet. De kan også etablere egne grupper. Ansatte ved frisklivssentralen bør ha kunnskap om selvorganisert selvhjelp (118). Mange brukere kan ha nytte av å delta i en selvhjelpsgruppe. Frisklivssentralen kan ha en støttefunksjon og bidra til etablering av likepersonsgrupper.

4 HVORFOR FRISKLIVSSENTRALER

Helsetilstanden i Norges befolkning er god. Samtidig er det store sosiale ulikheter i helse. Dagens helseutfordringer krever systematisk folkehelsearbeid i alle sektorer og mer helsefremmende og forebyggende innsats i helsetjenesten (17;65;86;95;119;120).

I dette kapitlet beskrives eksempler på gevinster av å gi støtte til endring av levevaner og resultater av frisklivssentralens arbeid. Det vises til hvordan frisklivssentraler bidrar til å løse lovpålagte kommunale oppgaver og til å nå målet om mer helhetlige koordinerte helsetjenester (66;87).

4.1 Frisklivssentralens tilbud gir resultater

Forskning på norske frisklivssentraler er et ungt forskningsfelt. Foreløpig er det gjennomført få store, kontrollerte studier. Oversikt over publiserte studier finnes i [idebanken for frisklivssentraler](#). Mange av studiene er små og har varierende kvalitet, men samlet viser de gode resultater:

Individuelt tilpasset oppfølging i frisklivssentralen kan gi økt aktivitetsnivå (67;121–124), bedret fysisk form (122;124;125), redusert kroppsmasseindeks (KMI) (122;124) og bedring i selvopplevd helse (122;123;125–128) og livskvalitet (84;129;130). Den positive endringen er delvis opprettholdt etter 6, 12 og 15 måneder (67;121;123–125;129).

Deltakelse i frisklivssentralens tilbud ser ut til å gi kunnskap, ferdigheter og kompetanse til å fortsette med fysisk aktivitet etter oppfølgingsperioden (131). En studie viser at 45 prosent av de som fullførte 12-ukerstilbudet rapporterte at de hadde greid å gjøre forbedringer i kostholdet (121).

En randomisert, kontrollert studie fant signifikant redusert livvidde, fettprosent og fettmasse etter 6–12 uker. Fettmassen var signifikant redusert også etter 12 måneder hos deltakerne ved frisklivssentralen sammenliknet med de som ikke fikk oppfølging (132). Deltakelse i *Bra mat for bedre helse kurs* ved frisklivssentraler ser ut til å gi økt kunnskap om kosthold, økt motivasjon til å endre kostvaner, signifikant redusert bruk av mettet fett og større kunnskap om mettet versus umettet fett (52).

Det er begrenset med datagrunnlag fra norske frisklivssentraler på endring av tobakksvaner.

Studier viser at deltakelse i frisklivssentralens tilbud ga økt motivasjon til å gjøre endringer i livsstil og fortsette med aktiviteter etter oppfølgingsperioden gjennom at de har:

- fått økt kunnskap og bevissthet om aktuelle levevaneområder (67;121;131;133–140).
- opplevd sosial støtte og sosialt fellesskap fra deltakere og ansatte (67;121;131;133–136;138–140).
- fått økt kunnskap og økt bevissthet om aktuelle levevaneområder (67;131;133–138;140).
- opplevd trygghet gjennom faglig kompetanse hos de ansatte (131;134;138–140).
- fått faste avtaler, struktur på treningen og opplevd positiv forpliktelse (131;133;134;138;140).

4.2 Støtte til å endre levevaner gir resultater

De som får støtte til å endre levevaner har større sjanse for å lykkes enn de som prøver på egenhånd (141–144). Kostnadene til rådgivning er forholdsvis lave sammenliknet med kostnader til annen behandling (145). Befolkningen har høy tillit til helsepersonell når det gjelder informasjon og råd om levevaner (146).

Personer med økt risiko for eller etablert sykdom, som får støtte til fysisk aktivitet over 10–14 uker, øker sitt fysiske aktivitetsnivå i, og inntil tre måneder etter, oppfølgingsperioden. «Trening på resept» har effekt i form av økt aktivitetsnivå, livskvalitet og økt fysisk form på kort og mellomlang sikt, og er mer effektivt enn kun muntlig rådgivning (147;148). Vi vet mindre om effekter på lang sikt (149).

Strukturert oppfølging fra helsepersonell for økt fysisk aktivitet som inkluderer hele livsstilen, forsterker økningen i aktivitetsnivå (150). Oppfølging ut over ett år ser ikke ut til å gi bedre effekt på endringer i fysisk aktivitet og kosthold, enn tiltak med varighet i inntil ett år (141;151).

Å slutte å røyke gir raskt redusert risiko for sykdomsutvikling (152). Den som slutter før 40 års alder har ikke økt risiko for tidlig død på grunn av røyking (153). Blant de som forsøker å slutte å røyke uten hjelp, er det kun ca. 2–3 prosent som lykkes med å bli røykfrie på et gitt forsøk. Med hjelp og støtte kan sannsynligheten for å lykkes mangedobles. Slutteeffekten øker med intensiteten på hjelpen (142). Strukturert veiledning gjennom flere møter over tid vil gi større effekt på røykeslutt enn kun minimal intervensjon⁵ (142). Med strukturert veiledning og medikamentell støtte kan opptil 40 prosent lykkes med røykeslutt på ett gitt forsøk (154). Individuell veiledning gir like gode resultater som tobakksavvenning i grupper (155–157).

Det er dokumentasjon for at kostholdsveiledning kan forebygge helseutfordringer som har sammenheng med både overvekt, vekttap og kronisk sykdom (158–161).

4.3 Frisklivssentraler koster lite og kan hjelpe mange

4.3.1 Mål for helsegevinst og helsetap

Helsegevinst kan måles i form av kvalitetsjusterte leveår (Quality Adjusted Life Years, QALY). Et kvalitetsjustert leveår vil si et leveår med god helse. Helsetap kan måles i form av tapte leveår og leveår med nedsatt helse eller uførhet (Disability Adjusted Life Years, DALY). Målene, QALY og DALY, er basert på vurderinger av folks helsemessige livskvalitet ved ulike helsetilstander og benyttes ofte i forbindelse med samfunnsøkonomiske analyser av helsetiltak (162). Helsetapet i den norske befolkningen utgjør, sammen med helsetjenestekostnadene og produksjonstapet, de samfunnsøkonomiske kostnadene relatert til sykdom og ulykker (163).

Personer som er fysisk inaktive, røyker og er overvektige, kan forvente et tap på 15–25 leveår med god livskvalitet (QALY) (164). Personer som blir fysisk aktive, slutter å røyke og går ned i vekt kan vinne omtrent samme antall leveår med god livskvalitet. Det vil si at støtte til endring av levevaner og andre tiltak som bedrer kostholdet eller øker det fysiske aktivitetsnivået i befolkningen, vil kunne være samfunnsøkonomisk gunstig, og velferdsgevinsten potensielt stor. Det er imidlertid ikke lett å få dokumentert de langsiktige helseeffektene av tiltak som har som målsetting å endre levevaner (165). Under følger noen eksempler på effekt- og kostnadsvurderinger for ulike risikofaktorer og forebyggende tiltak.

⁵ Minimal intervensjon omfatter tre enkle spørsmål som kan gjennomføres av alt helsepersonell:
1. Røyker du? 2. Hva tenker du om det? 3. Jeg vil anbefale deg å slutte, og jeg kan hjelpe deg.

4.3.2 Eksempler på effekt- og kostnadsvurderinger av forebyggende tiltak

En stor del av sykdomsbyrden (DALY) i Norge skyldes hjerte- og karsykdom, diabetes, kols, kreft, muskel- og skjelettplager, angst og depresjon (119). Dette er sykdommer som i stor grad har sammenheng med levevanene våre, og som både direkte og indirekte medfører et betydelig helse- og velferdstap gjennom tap av leveår og livskvalitet, tap av arbeidskraft og store kostnader til behandling i helsevesenet (164). Røyking, dårlig kosthold og for lite fysisk aktivitet er de viktigste risikofaktorene.

De samfunnsøkonomiske kostnadene ved røyking i Norge er anslått til å være opp mot 80 milliarder kr per år. I dette anslaget inngår en økonomisk verdsetting av ca. 150–180 000 tapte kvalitetsjusterte leveår (QALYs) (166). Totalt anslås samfunnskostnadene å være omtrent 700 mrd. norske kroner i form av velferdstap, 150 mrd. i form av produksjonstap, og 230 mrd. for behandlingskostnader.

Samlede samfunnsøkonomiske kostnader relatert til sykdommer knyttet til fysisk inaktivitet, overvekt og usunt kosthold anslås til 1–2 prosent av brutto nasjonalprodukt (BNP) (36).

Fysisk aktivitet og kostholdsendring kan forebygge og være en effektiv behandling, eller del av behandling og rehabilitering av en rekke sykdommer (33;53;167).

Danske rapporter viser at dersom fysisk inaktive blir moderat fysisk aktive, vil det årlig kunne medføre ca. 2,5 millioner færre henvendelser til allmennpraksis (168), en betydelig reduksjon i innleggelser på sykehus (169), ca. 3 millioner færre fraværsdager (168), og mer enn 1000 færre tilfeller av førtidspensjon (169).

Oppfølging av fysisk aktivitet og kosthold over tre år gir flere kvalitetsjusterte leveår (QALYs) og færre besøk hos fastlegen (170).

Kost- og mosjonsendringer kan forebygge utvikling av diabetes 2 hos risikopersoner (144;171–174), og være en like effektiv behandling som insulin hos personer med diabetes 2 (175). Det er dokumentert at støtte til endring av levevaner kan være billigere enn medikamentell behandling (176). Individuell kostveiledning gitt av ernæringsfysiolog kan gi en kostnadsbesparelse (81). Måltrettet kostholdsveiledning til personer med høyt kolesterol og/eller glukoseintoleranse, har vist seg å være mer kostnadseffektivt enn medikamenter (170;177;178).

Dersom det gjennomsnittlige saltforbruket reduseres med ca. 3 gram per dag, er det beregnet at antall nye tilfeller av hjerte-karsykdom vil minske med ca. 10 prosent. I tillegg vil ca. 400 000 færre personer få høyt blodtrykk og det blir færre tilfeller av hjerneslag (179;180). Dette tilsvarer en årlig besparelse på 1–2 milliarder kroner (181).

Beregninger viser at en fysisk inaktiv 55-åring som øker aktivitetsnivået slik at han tilfredsstillende de nasjonale anbefalingene for daglig fysisk aktivitet, vil vinne ca. 4 QALY (182). En QALY tilsvarer 1 million kroner (2012 kroner) (183). En 100 prosent stilling i frisklivssentralen koster ca. 650 000,- og hjelper i gjennomsnitt 98 personer pr år med å endre levevaner (114). De som bruker frisklivssentralens tilbud ville sannsynligvis ikke klart å endre sine levevaner på egen hånd. Dersom hver fulltidsstilling i frisklivssentralen hjelper minst en inaktiv person til et aktivitetsnivå lik de nasjonale anbefalingene, ser den samfunnsøkonomiske gevinsten av innsatsen ut til å kunne være flere ganger stillingskostnaden. Gevinster knyttet til brukernes gunstige endringer i kosthold, tobakksbruk, kroppsvekt eller økt arbeidsdelaktelse kommer i tillegg. Det samme gjelder frisklivssentralens innsats i det lokale folkehelsearbeidet.

4.4 Frisklivssentralen kan bidra til å løse kommunale lovpålagte oppgaver

Kommunene er pålagt å gi befolkningen helsefremmende og forebyggende helsetilbud (12). Frisklivssentraler, i tråd med denne veilederen, er utviklet og utprøvd i kommunene og er en anbefalt måte å organisere slike helsetjenester på. Frisklivssentralene gir kunnskapsbasert oppfølging til de som har høy risiko for, eller har utviklet sykdom, og utfører oppgaver som kommunene har plikt til å løse (184).

Manglende hjelp til endring av levevaner, mestring av helseutfordringer eller lite koordinerte tilbud, kan medføre at befolkningen ikke får den helsehjelpen de har behov for. De kan dermed bli sykere og mer hjelpetrengende enn nødvendig. Med utgangspunkt i fremtidige helseutfordringer er det behov for å styrke de helsefremmende og forebyggende helsetjenestene i kommunen (17). Både kommuner og helseforetak skal sikre tilbud som bidrar til læring og mestring. Lærings- og mestringstilbud, herunder tilbud i frisklivssentraler, er sentralt innhold i sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (3). For lite satsing på forebygging, tidlig intervensjon og tilbud til risikogrupper, vil sannsynligvis medføre økende forbruk av og utgifter til andre helsetjenester og mer ressurskrevende behandling (170).

Frisklivssentralene er en viktig aktør i kommunens folkehelsearbeid. Ut fra en analyse av KOSTRA-data fra 2013 (184) ser det ut til at kommuner med frisklivssentraler har kommet lenger i arbeidet med å skaffe seg systematisk oversikt over helsetilstanden i befolkningen og særlige utfordringer knyttet til folkehelsen. Kommuner uten frisklivssentral har større utfordringer med sosial ulikhet og flere uføre (184).

4.5 Frisklivssentralen møter dagens helseutfordringer

I Norge preges sykdomsbildet av kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjerte- og karsykdom, kreft, muskel-skjelett- og psykiske plager og lidelser (94;119;120). Sosial isolasjon, ensomhet og mangel på sosial støtte, søvnvansker, overvekt og fedme er også sentrale utfordringer (185;186), som kan medføre dårlig helse og livskvalitet (36). Kreft og hjerte-karsykdommer tar flest liv. Samlet sett er muskelskjelettlidelser den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest» (71;187), og den vanligste årsaken til sykefravær og uførhet (188).

Søvnvansker er et utbredt helseproblem som, hvis det står på over tid, kan gi redusert overskudd og livskvalitet (71;189). Én av syv voksne har kroniske søvnvansker (insomni), og ca. én av tre har ukentlige søvnvansker (77). Det anslås at omkring 85 prosent av dem som lider av søvnvansker forblir ubehandlet for denne tilstanden (71). Behandling uten medikamenter, som blant annet kan tilbys av frisklivssentraler, gir bedre effekt både på kort og lang sikt (190–192).

De fire viktigste risikofaktorene for sykdommene som dominerer utfordringsbildet, er felles: usunt kosthold, fysisk inaktivitet, tobakk og risikofylt alkoholbruk (188;193;194). Vaner henger sammen. De som røyker er for eksempel også oftere overvektige og fysisk inaktive (195). Det forsterker risikoen for sykdomsutvikling.

Somatisk og psykisk helse henger sammen. Personer med psykiske lidelser har i større grad ugunstige levevaner; de røyker mer, er mindre fysisk aktive og har et dårligere kosthold enn befolkningen forøvrig. De har også økt sykkelighet og dødelighet av somatiske sykdommer (196). Samtidig er somatisk sykdom, kroniske tilstander, smerter og søvnproblemer viktige risikofaktor for utvikling av psykiske helseproblemer (71). En helhetlig og helsefremmende tilnærming, slik frisklivssentralene tilbyr, er derfor viktig.

Dagens helseutfordringer kan i stor grad forebygges og mestres ved hjelp av støtte til livsstilsendring, sosiale nettverk og satsing på tiltak som fremmer sunne levevaner i befolkningen (95). For eksempel kan fysisk aktivitet bidra til at vi kan stå lenger i arbeid, at vi kan være selvhjulpne lengst mulig og redusere behovet for helse- og omsorgstjenester (34). I tillegg til tverrsektorielt og befolkningsrettet arbeid, er spesifikke tiltak i regi av helse- og omsorgstjenesten, slik som tilbudet i frisklivssentraler, nødvendig (5;12). Frisklivssentralens tilbud tar utgangspunkt i brukerens målsetting og funksjon, den enkeltes behov og eventuell diagnose i planlegging og gjennomføring. De risikofaktorene og helseutfordringene som oftest fører til henvisning er overvekt, fysisk inaktivitet, diabetes type 2, muskel- og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og psykiske lidelser, samt kombinasjoner av disse (67;124).

Det strukturerte tilbudet ved frisklivssentralen kan fremme psykiske helse og livskvalitet gjennom økt fysisk form, bedret kosthold, søvn, velvære, mestring og evne til å takle motgang og belastninger generelt (41). Det kan virke forebyggende slik at personer som har psykiske plager, eller viser tegn på psykisk lidelse, ikke utvikler klinisk sykdom. Deltakelse i kurs og gruppebaserte tilbud, kan være viktig for å etablere og styrke sosiale nettverk, og stimulere til at flere opplever sosial støtte.

Et økende antall personer har sammensatte helseutfordringer, det vil si mer enn en fysisk eller psykisk helseplage. Sykdomsspesifikk behandling blir ofte mer vektlagt enn en helhetlig tilnærming, selv om en helhetlig tilnærming ville gitt vesentlig større helsegevinst (95). Frisklivssentralen samarbeider systematisk med andre offentlige, private og frivillige aktører og har en helsefremmende, diagnoseuavhengig og helhetlig tilnærming i sitt tilbud. Det kan bidra til at brukere med sammensatte helseutfordringer får bedre utbytte av helsetjenestene, og gi større helsegevinst enn behandling rettet kun mot enkelt diagnoser eller helseproblemer.

Det er et stort potensial i å forebygge fedme gjennom endring av levevaner hos personer som er overvektige ($KMI > 25$) (197). Når fedme først er et faktum, gjør imidlertid biologiske mekanismer i kroppen det vanskelig å oppnå varig vektreduksjon (197). Støtte til endring av levevaner er viktig for denne gruppen, men ofte må det også annen kostbar og langvarig behandling til. Forebyggende arbeid og tidlig støtte til endring av levevaner er derfor helt nødvendig for å redusere vektrelaterte helseplager og sykdom. Frisklivssentralene har spesiell kompetanse på endringsarbeid. God samhandling og kompetanseutveksling mellom frisklivssentralen, fastlege, NAV og spesialisthelsetjenesten er viktig i oppfølging av de som skal ha behandling for overvekt/fedme.

4.6 Frisklivssentralen kan bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse

Sosiale ulikheter i levevaner har stor betydning for sosial ulikhet i helse (109;198). I Norge er det for eksempel mer enn tre ganger så mange røykere blant de som bare har grunnskoleutdanning, sammenliknet med de som har utdanning fra universitet eller høgskole (199). Antall personer som oppfyller de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet øker med utdanningslengden (34;200). De med lang utdanning spiser mer kornvarer, grønnsaker, frukt og bær, og har mindre forbruk av saft og brus, enn de med kort utdanning (201). Ensomhet er mest utbredt i grupper med lav utdanning (202).

Samlet sett forklarer hjerte- og karsykdommer, sammen med lungekreft og kols, mer enn 60 % av de sosiale forskjellene i for tidlig død. Noen grupper i befolkningen har spesielt høy risiko (95). Dette krever målrettede tiltak.

De som benytter frisklivssentralens tilbud er i hovedsak personer som ikke finner seg til rette i andre kurs og aktivitetstilbud lokalt. Brukerne er i dårligere fysisk form enn gjennomsnittet av friske personer

på samme alder (122;124;125). De oppsøker ofte ikke tilbud på egenhånd. Blant brukerne ved frisklivssentralen er det flere med lavere utdanning (grunnskole/videregående skole) enn i normalbefolkningen (67;121;123–125;127). Rundt halvparten er helt eller delvis i arbeid (67;121;123;124;127), helt eller delvis sykemeldt, eller mottar andre trygdeytelser (67;121;123;124;127). Ved å gi oppfølging og støtte til endring av levevaner for de som trenger det mest, kan frisklivssentralene bidra til å redusere de sosiale forskjellene i levevaner og helse (117).

4.7 Frisklivssentralen kan bidra til sosialt nettverk og integrering

I Norge øker befolkningen relativt raskt. Det anslås at antall innbyggere vil passere 6 mill. i 2031. Den antatte veksten henger i hovedsak sammen med innvandring og fortsatt økning i forventet levealder (203).

Andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre har økt de siste tiårene og utgjør i dag 19 prosent av Norges befolkning (204). Færre innvandrere enn nordmenn oppgir å ha god helse. Opprinnelsesland, innvandringsårsak og botid i Norge har betydning for helsa (94;205). Erfaring fra frisklivssentraler i kommuner med høy andel innvandrere viser at deltakelse i tilbudet fremmer både helse og integrering. Frisklivssentralen kan være en viktig sosial arena. Gruppetilbud og introduksjon til lokale aktivitetstilbud gir mulighet til å knytte kontakter og bygge sosialt nettverk.

For mennesker i arbeidsfør alder er arbeidstilknytning viktig for helse og livskvalitet. Frisklivssentralen gir hjelp som bedrer funksjon, forebygger helsesvikt, og styrker den enkeltes muligheter for å være i arbeid. Frisklivssentralen gir helsehjelp som gjør at eldre kan opprettholde funksjon og livskvalitet lenger. Frisklivssentralene kan også delta i utvikling av helsetjenestens tilbud til barn og unge med helseutfordringer (87), samt personer som har få sosiale kontakter (206) og personer som ikke finner seg til rette i eksisterende aktivitetstilbud.

5 ETABLERING OG ORGANISERING

Etablering av en frisklivssentral bør ta utgangspunkt i kunnskap om helsetilstanden og risikofaktorer blant kommunens innbyggere, samt eksisterende tilbud og tjenester. I dette kapittelet beskrives kvalitetskrav og anbefalinger for etablering, drift og utvikling av frisklivssentraler.

SJEKKLISTE FOR ETABLERING AV FRISKLIVSSENTRAL

Utredning

- Oversikt over helsetilstand og risikofaktorer blant kommunens innbyggere
- Oversikt over eksisterende tilbud og tjenester og kartlegge behov utover disse
- Kartlegge behov for kompetanse, bemanning og budsjett for frisklivssentraler
- Vurdere samarbeid med andre kommuner, eventuelt interkommunal frisklivssentral

Forankring

- Prioritere tilbud ut fra kommunestatistikk, lokale utfordringer, behov og muligheter
- Politisk behandling og vedtak i kommunestyret
- Forankring i kommuneplan og økonomiplan, samt innarbeidelse i budsjett

Organisering og lokalisering

- Vurdere hensiktsmessig organisatorisk plassering
- Vurdere hensiktsmessig lokalisering og geografisk plassering

Personell, kompetanse og økonomi

- Dimensjonere for forsvarlig drift
- Ansette kompetent personell og sørge for nødvendig kompetanseheving og veiledning
- Internkontroll

Samarbeid og oversikt

- Etablere kontakt med Statsforvalteren og fylkeskommunen
- Kartlegge og kontakte aktuelle frivillige, private og offentlige samarbeidspartnere
- Forankre hos henvisende instanser og andre samarbeidspartnere
- Etablere rutiner for henvisning og samarbeid og for brukermedvirkning
- Oversikt over relevante tilbud
- Tilrettelegge for brukermedvirkning i planlegging, utvikling og gjennomføring av tilbud

Informasjon og kommunikasjon

- Utarbeide plan for kommunikasjons- og informasjonsarbeid
- Informere om frisklivssentralens rolle og tilbud gjennom aktuelle kanaler

Oppstart

- Markere åpning av frisklivssentralen

Dokumentasjon og utvikling sarbeid

- Dokumentere drift og resultater og legge dette frem for kommunens ledelse
- Fortløpende dialog med og rapportering til kommunens ledelse og henvisere
- Drifte, evaluere og videreutvikle tilbud i samarbeid med brukere, andre tjenester og aktører

Se [Frisklivssentraler - Helsedirektoratet](#) for mer informasjon, verktøy og materiell.

5.1 Utredning og forankring

Frisklivssentralen skal bidra til å ivareta flere av kommunens lovpålagte plikter om å «forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne» (1) (jf. § 1-1). Omfang av og innhold i tjenesten må ta utgangspunkt i og samsvare med innbyggernes behov (5) (jf. § 5 a–c). Før etablering bør kommunen med utgangspunkt i [folkehelseprofilene](#), annen relevant statistikk og oversikt over eksisterende tjenester og tilbud i kommunen, utrede behovene for bemanning, kompetanse og budsjett. Behov og muligheter for samarbeid med andre kommuner om etablering bør også vurderes. Etablering av frisklivssentralen må behandles og vedtas i formannskap/kommunestyret og driften forankres i kommunale planer og budsjett. Kommuneoverlegen har som medisinskfaglig rådgiver en sentral rolle i arbeidet med å planlegge, forankre og organisere frisklivssentralen som en del av helsetjenesten og folkehelsearbeidet i kommunen (121).

5.2 Organisering og lokalisering

Frisklivssentralen er en helsetjeneste og en del av kommunens helhetlige helse- og omsorgstjenester (12). Det anbefales derfor at frisklivssentralen plasseres organisatorisk i kommunens helse- og omsorgstjenester. Det skal tilrettelegges for samarbeid med blant annet, habiliterings- og rehabiliteringstjenester, koordinerende enhet, ulike lærings- og mestringstilbud, psykisk helsetjeneste, NAV samt helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Samorganisering kan være en styrke for samhandlingen med andre sektorer, tjenester og tilbud, og bør vurderes. Organisering og lokalisering må også vurderes ut fra hva som er hensiktsmessig ut fra innbyggernes behov. Det kan gi bedre utnyttelse av ressurser og kompetanse og tettere samhandling om henvisning, oppfølging av brukere og utvikling av tilbud. Virksomheten i frisklivssentralene må organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine plikter i henhold til helsepersonelloven med forskrifter (207;208).

Det anbefales å samlokalisere frisklivssentralen med andre kommunale tjenester og tilbud. Det er en fordel at frisklivssentralen har en beliggenhet som gjør at den er lett tilgjengelig for alle innbyggere i kommunen. Geografiske hensyn, kommunens helseprofil og eksisterende tilbud vil kunne påvirke valg av lokalisering og organisering. For eksempel er det flere kommuner som samlokaliserer frisklivssentraler og andre tjenester i helsehus eller lokalmedisinske sentre. Noen organiserer frisklivssentraler og kommunale lærings- og mestringstilbud som en felles tjeneste. Det bør sikres en god tilknytning til kommunens habiliterings- og rehabiliteringstjeneste (209).

Samarbeid med andre kommuner om en frisklivssentral kan være hensiktsmessig, spesielt for små kommuner. Teknologiske og digitale løsninger kan bidra til å utjevne geografiske avstander og er sentralt for å gi et likeverdig og tilgjengelig tilbud. Det kan gi mulighet for styrket og bredere kompetanse, bedre kvalitet og ressursutnyttelse og et mer robust og tilgjengelig tilbud til innbyggerne. Interkommunalt samarbeid kan innebære at flere kommuner etablerer en felles frisklivssentral, eller at kommuner samarbeider om tilbud og kompetanse, utstyr, lokaler og andre ressurser. Kommuner kan også inngå samarbeidsavtaler om for eksempel utviklingsprosjekt, ansettelse av personell med spesiell kompetanse og/eller kompetansehevende tiltak for personell i kommunene.

5.3 Personell og kompetanse

Frisklivssentralen må ut fra befolkningsgrunnlag ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ivareta kravet om faglig forsvarlighet, og kunne gi tilbud i samsvar med befolkningens behov.

5.3.1 Dimensjonering

Frisklivssentralen bør som et minimum ha tilstrekkelig antall fast ansatte til at basistilbudet kan gjennomføres på en faglig forsvarlig måte, og i tråd med anbefalingene i [kapittel 3.6](#).

Forebyggende og helsefremmende helsetilbud skal være en integrert del av behandlingsopplegget for den enkelte pasient (2). Frisklivssentralens tilbud og kompetanse skal være utfyllende til andre tjenester og bidra til å styrke sammenhengende og koordinerte helsetjenester og forløp. Frisklivssentralens tilbud kan være aktuelt på ulike tidspunkt i et pasientforløp.

Frisklivssentralen kan være en ressurs og samarbeidspartner i kommunens arbeid med andre helsefremmende og forebyggende oppgaver knyttet til levevaner og mestring av helseutfordringer. Det gjelder for eksempel bidrag til oversikt over helsetilstand, planarbeid og råd og veiledning til befolkningen. Ansattressurser ved frisklivssentralen må ses i sammenheng med kommunes samlede behov.

5.3.2 Kompetanse

Arbeidet ved frisklivssentralen skal være tverrfaglig. Anbefalt utdanning for personell ved frisklivssentralen er høgskole-/universitetsutdanning innen helsefag, inkludert fagområder som fysisk aktivitet, ernæring, psykisk helse, helsefremmende og forebyggende arbeid og folkehelse.

Kompetanse i tverrfaglig arbeid er nødvendig for å kunne løse frisklivssentralens oppgaver.

Kunnskap om, og ferdigheter i, kunnskapsbaserte, effektive metoder for endring av levevaner og helsepedagogikk er grunnleggende. Det omfatter teoretisk kunnskap om ulike metodiske tilnærminger til det å snakke om endring og mestring, samt ferdigheter i ulike metoder og teknikker.

Personell ved frisklivssentralen skal som et minimum ha grunnleggende kompetanse i samtalemotivet [Motiverende intervju \(MI\)](#). Det innebærer tre dager veilederkurs pluss arbeidskrav. I tillegg bør de ha fordypningskurs, kollegabasert veiledning og videreutdanning innen MI. [De regionale kompetansentre for rus \(KoRus\)](#) tilbyr opplæring i MI. Det er også etablert MI-nettverk i hver helseregion.

Det anbefales i tillegg å ha kompetanse i andre kunnskapsbaserte metodiske tilnærminger. For eksempel kognitiv atferdsterapi, som retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser. Tilnærmingen kan med fordel brukes i kombinasjon med MI. Se også [kognitiv.no](#).

5.3.3 Veilederkurs for ansatte ved frisklivssentraler

Helsedirektoratet har utviklet flere veilederkurs for å understøtte kunnskapsbasert praksis og effektivt arbeid ved frisklivssentralene:

- Bra mat for bedre helse
- Fysisk aktivitet
- Snus- og røykeslutt
- Søvn

Det anbefales at alle ansatte ved frisklivssentraler deltar på disse veilederkursene. Helsedirektoratets kurs og webinarer blir kunngjort fortløpende [her](#).

Rådet for psykisk helse tilbyr kurslederkurs i [Hverdagsglede](#) (210;211)

[Fagakademiet](#) tilbyr kurslederkurs i Kurs i mestring av depresjon (KiD) og Kurs i mestring av belastning (KiB).

5.3.4 Faglig forsvarlighet

Faglig ansvarlig for frisklivssentralen må være autorisert helsepersonell med minimum tre års høyere utdanning. Dersom det ikke er ansatt autorisert helsepersonell ved frisklivssentralen, må kommuneoverlegen være faglig ansvarlig. Kommunen har et lovhjemlet ansvar for at tjenestene er faglig forsvarlige, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven](#) (12) § 4-1, [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#) (207) og [helsepersonelloven](#) (208) §§ 4 og 16 og helsetilsynsloven, § 2-3. Se mer om helsepersonelloven med forskrifter (208) i [kapittel 6](#).

Alt personell som utfører helsehjelp på en frisklivssentral er omfattet av helsepersonelloven (208). Det er uavhengig av om den ansatte har helsefaglig profesjonsutdanning eller annen faglig bakgrunn. Det avgjørende er at hjelpen som gis anses som helsehjelp. Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål.

Helsesamtaler og veiledning av brukere på frisklivssentralen anses som helsehjelp. Se også [kapittel 5.9.2](#), Journalføring.

Alt personell ved frisklivssentralen skal utføre arbeidet i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig, jf. helsepersonelloven § 4 (208). De skal innhente bistand og samarbeide med andre tjenester når det er påkrevet. Personellet skal ikke utføre individuell medisinsk behandling, men lede videre til andre aktuelle helsetjenester ved behov.

5.3.5 Forsikring

Eventuelle krav som framsettes på grunn av feilbehandling utført av autorisert helsepersonell, dekkes av Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Dersom ikke-autorisert personell yter helsehjelp på vegne av autorisert helsepersonell, vil dette kunne omfattes av [pasientskadeloven](#) (212), jf. loven § 1 første ledd bokstav c. Kommunen må foreta en risikovurdering og selv vurdere om de ønsker å tegne en forsikring utover NPE-ordningen.

5.4 Økonomi, tilskudd og egenbetaling

Drift av frisklivssentralen skal finansieres over kommunens budsjett.

Regler for å kreve egenbetaling fra brukere av Frisklivssentralens tilbud følger av § 11-2 i [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) (12). Frisklivssentraler kan ikke kreve egenbetaling for individuell helsesamtale, men kan ta en lav egenandel for temabaserte kurs og gruppeaktiviteter som ikke har til hensikt å behandle spesifikke diagnoser.

Med forehold om tildeling over statsbudsjettet, kan kommuner søke fylkeskommunen om *Tilskudd til etablering og utvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud*. Andre tilskuddsordninger kan være aktuelle. Det gjelder primært tilskuddsordninger med mål om å styrke folkehelsearbeidet, samhandling og det forebyggende helsearbeidet i kommunene. Se helsedirektoratet.no for oversikt og mer informasjon.

5.5 Internkontroll

Frisklivssentralen skal følge lover og forskrifter som angår kommunale helse- og omsorgstjenester. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#) (207). Dette er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovkrav.

5.6 Oversikt og samarbeid

Frisklivssentralen skal ha kjennskap til relevante tilbud, lede videre til disse når det er aktuelt og samarbeide med koordinerende enhet (4). Det anbefales at kommunen gjør oversikt over tilbud tilgjengelig for sine innbyggere. Frisklivssentralen bør kartlegge og kontakte aktuelle samarbeidspartnere, blant annet for å etablere rutiner for henvisning og dialog, og for å oppdatere informasjon om tilbud og tjenester. For eksempel kan møter og samarbeid med allmennlegerådet, fastlegene, NAV, spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere være aktuelt.

Samarbeid mellom ulike offentlige, frivillige og private aktører og tilbud, på tvers av sektorer, er avgjørende for forebygging, tidlig innsats og koordinerte tjenester. Samarbeidet mellom frisklivssentralen og andre aktører bør være gjensidig forpliktende og kan gjerne formaliseres gjennom rutiner og skriftlige avtaler.

Se [kapittel 5.6.3.5](#) om samarbeid og samarbeidsavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Se også [idébank for frisklivssentraler](#) for eksempler på samarbeid mellom frisklivssentraler og ulike aktører.

Det er opprettet 19 Helsefelleskap der kommuner og helseforetak i hvert område samarbeider om å planlegge og utvikle tjenester. Personer med flere kroniske lidelser og sammensatte helseutfordringer skal prioriteres (213). For mer informasjon, se veileder for personer med store og sammensatte behov (85).

Godt samarbeid mellom kommuner og fylker har vist seg å være viktig for kvalitet og stabilitet i drift og utvikling av frisklivssentraler (121).

[Statsforvalteren](#) er statens representant i fylket og har ansvar for å følge opp nasjonal politikk. Statsforvalter har en myndighetsrolle når det gjelder helsetilbud og fortolkning av regelverk. De har ansvar for å følge opp det forebyggende helsearbeidet i kommunene, slik det framgår av virksomhets- og økonomiinstruks og det årlige tildelingsbrevet. Tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell er tillagt Statsforvalter. Statsforvalter har ansvar for kompetansehevende tiltak og annet kvalitetsarbeid for frisklivssentraler. De har også forvaltningsansvar for tilskudd. I mange fylker har Statsforvalter i samarbeid med fylkeskommunen etablert regionale nettverk for frisklivssentralene. Nettverkene bidrar til erfaringsutveksling, utvikling av kvalitet og kompetanse i frisklivssentraler, og til samarbeid mellom kommuner og fylker.

Fylkeskommunen er et regionalt folkevalgt styringsnivå med fylkestinget som øveste organ. Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene og være pådriver for å samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap. Fylkeskommunen er en regional utviklingsaktør og skal ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i fylket. Fylkeskommunen har også forvaltningsansvar for tilskudd. Fylkeskommunen driver kompetansehevende tiltak og utviklingsarbeid på folkehelseområdet og kan være en viktig samarbeidspartner for frisklivssentraler i utviklingsarbeid.

[Helsedirektoratet](#) er faglig rådgiver, skal iverksette vedtatt politikk og forvalte lov og regelverk innenfor helsesektoren. I tillegg har Helsedirektoratet et helhetlig ansvar for den nasjonale helseberedskapen. Helsedirektoratet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

- [Oversikt over etater og virksomheter i helsesektoren \(regjeringen.no\)](#)

[Folkehelseinstituttet](#) skal produsere, oppsummere og kommunisere kunnskap for å bidra til godt folkehelsearbeid og gode helse- og omsorgstjenester. Folkehelseinstituttet er en nasjonal kompetanseinstitusjon på følgende fagområder:

- smittevern
- psykisk og fysisk helse
- miljøfaktorer, rusmidler, tobakk, ernæring, fysisk aktivitet og andre forhold som påvirker helsetilstanden og ulikhet i helse
- helsefremmende og forebyggende tiltak i befolkningen
- internasjonal helse

5.6.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er nedfelt i lovverket. Målet er helse- og omsorgstjenester av god kvalitet som er best mulig tilpasset den enkeltes behov (12;64;214).

[Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) § 3-10 (12) setter krav til kommunene om pasienters og brukeres innflytelse på utforming av helsetjenesten. Brukerne har rett til å medvirke ved utforming, gjennomføring og evaluering av frisklivssentralens tilbud, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1](#) og [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 4](#).

Kommunen skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten. Det gjelder brukere i alle aldre. Samarbeidet kan med fordel formaliseres gjennom skriftlige avtaler.

Kommunen bør etablere systemer og rutiner som sikrer brukermedvirkning i utvikling og gjennomføring av tjenester. Det anbefales å etablere møteplasser med brukere og brukerorganisasjoner. Målet er å ivareta brukermedvirkning, både som en integrert del av de kommunale tjenestene (tjeneste- og systemnivå), og i møte med den enkelte bruker (individnivå). Brukerorganisasjoner skal representere brukerkompetansen og ivareta brukernes erfaringer, utover sin egen sak (215;216).

Kommuner og helseforetak skal ha systemer for pårørendeinvolvering. Helseforetak og kommuner skal sørge for opplæring, veiledning og støttetilbud til pårørende jf. [helse- og omsorgstjenesteloven](#) § 3-10 (12) og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8 (217). Se [Pårørendeveileder](#) for mer informasjon (218).

For at retten til medvirkning skal bli reell, er det avgjørende med tilstrekkelig og tilpasset informasjon. Bruker eller brukers representant bør så langt som mulig få kjennskap til innholdet i tjenesten og hvilke rettigheter man har som tjenestemottaker. Som tjenesteyter skal frisklivssentralen sørge for god dialog med tjenestemottaker, slik at vedkommende opplever trygghet og likeverd. Informasjon og medvirkning skal tilpasses den enkeltes evne til å motta og forstå informasjon. Det kan blant annet innebære å bruke tolk ved behov (110;219).

5.6.2 Aktuelle samarbeidspartnere

Tabellen under beskriver noen aktuelle samarbeidspartnere for frisklivssentralen i en etableringsfase, i drift og videre utvikling av tjenesten. Oversikten er ikke uttømmende. Kommunale planprosesser danner grunnlag for etablering av frisklivssentralen som en del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Aktører	Samarbeidsområder
Kommuneoverlege	<ul style="list-style-type: none"> • Forankring og etablering av frisklivssentralen • Kvalitetsutvikling
Fastlege Primærhelseteam Allmennlegeråd og lokale samarbeidsutvalg	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitets- og utviklingsarbeid ut fra pasientenes behov • Informasjon om tilbud til aktuelle pasienter • Henvisning til frisklivssentralen • Oppfølging av pasienter (jf. fastlegeforskriften § 19)
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning og oppfølging av brukere • Utvikling av tilbud til barn og unge med familier og til gravide
Øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning og oppfølging av brukere • Utviklingsarbeid knyttet til forebyggende helsetjenester • Utveksling av kompetanse
Øvrig kommunal sektor	<ul style="list-style-type: none"> • Utvikling av tilbud for aktuelle målgrupper • Utveksling av relevant kompetanse
NAV, bedriftshelsetjenesten og arbeidslivssentre	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning til frisklivssentralen • Oppfølging av sykemeldte og personer med andre trygdeytelser • Utveksling av kompetanse og samarbeid om tilbud
Spesialisthelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning av pasienter til frisklivssentralen • Oppfølging av brukere før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten • Utveksling av kompetanse
Frivillig og privat sektor	<ul style="list-style-type: none"> • Mangfold av lett tilgjengelige tilbud • Oversikt over og informasjon om lokale tilbud • Utvikling og drift av tilbud • Utveksling av kompetanse • Tilbud etter fullført oppfølgingsperiode
Tannhelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning til frisklivssentralen og oppfølging av brukere • Utveksling av kompetanse • Utvikling av forebyggende og helsefremmende tiltak
Apotek	<ul style="list-style-type: none"> • Informasjon om tilbud • Utveksling av kompetanse

Høgskoler, universiteter og forskningsmiljø	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluering av tilbud, forskning og utviklings- og innovasjonsarbeid • Kompetansebygging • Informasjonsspredning • Studenter i praksis og hospitering
Andre kommuner og frisklivssentraler	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetanse- og erfaringsutveksling • Hospitering
Lokale medier	<ul style="list-style-type: none"> • Informasjonsspredning • Kunnskapsformidling
Koordinerende enhet i kommuner og helseforetak	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegge behov for støtte til endring av levevaner • Henvisning til frisklivssentralen og oppfølging av brukere • Koordinert informasjon om tilbud • Utforming av individuell plan • Etablere møteplasser mellom helseforetak og kommuner • Oversikt over aktuelle tjenester og tilbud
Lærings- og mestringstilbud i helseforetak og kommuner/bydeler	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning av brukere • Kompetanse- og erfaringsutveksling • Oppfølging av brukere • Utvikling og gjennomføring av tilbud
De kommunale introduksjonsprogrammene	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegge behov for støtte til endring av levevaner • Henvisning til frisklivssentralen og oppfølging av brukere • Utvikling og gjennomføring av tilbud

5.6.3 Frisklivssentralen og andre helsetjenester og tilbud

Det er nødvendig å se etablering og organisering av frisklivssentralen i sammenheng med øvrige tjenester og tilbud i primær- og spesialisthelsetjenesten. Målet er å skape helhetlige og koordinerte tjenester som utfyller hverandre og er basert på innbyggernes behov.

5.6.3.1 Fastlegen

Ifølge fastlegeforskriften skal fastlegen, basert på en medisinsk vurdering av behov, tilby forebyggende tiltak (220). Fastlegen har medisinsk faglig ansvar for sine pasienter. Før tiltak tilbys skal legen vurdere behovet for tiltak. At fastlegen skal tilby tiltak, betyr ikke at alle tiltakene må iverksettes av fastlegen selv. Slike tiltak kan være å henvise til en frisklivssentral for hjelp til røykeslutt. Behovet for tiltak i regi av, og oppfølging videre hos, fastlegen må avgjøres i det enkelte tilfelle. I situasjoner der det avdekkes risiko for forverring av etablert sykdom eller funksjonssvikt, vil forebyggende tiltak inkludere både lærings- og mestringstiltak, og annen oppfølging eller behandling. Dette kan skje både hos fastlegen eller ved henvisning til andre tjenesteytere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten. (220) For god forankring av frisklivssentralen anbefales det å etablere kontakt og å samarbeide med allmennlegerådet i kommunene. Det anbefales også å etablere kontakt med den enkelte fastlege/fastlegekontor/primærhelseteam og utarbeide gode rutiner for samarbeid om henvisning og oppfølging av den enkelte bruker.

5.6.3.2 Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten og koordinerende enhet

Frisklivssentralens kompetanse og tilbud er viktig innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Frisklivssentralen er en del av habiliterings- og rehabiliteringstjenesten, og det bør sikres en god tilknytning til denne (4).

Koordinerende enhet i kommuner og helseforetak skal være med å sikre at pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fag, nivåer og sektorer får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (66). Enheten har et overordnet ansvar for individuell plan og koordinator. Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering. For at pasienter og brukere skal møte et samordnet og forutsigbart tjenesteapparat, er det behov for å etablere rutiner, avtaler, nettverk og møteplasser for samhandling, informasjonsutveksling og koordinering.

Koordinerende enhet er en viktig samarbeidspartner for frisklivssentralene og bør være godt informert om frisklivssentralens tilbud. For eksempel er frisklivssentralen et sted å henvise pasienter som trenger støtte til å endre levevaner både før, under og etter behandling. Ansatte i frisklivssentralene skal melde om behov for individuell plan til koordinerende enhet og eventuelt delta i planarbeidet. Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (4) beskriver oppgaver for koordinerende enhet i kommuner og helseforetak. De skal blant annet kartlegge og vurdere behovet for støtte til endring av levevaner og mestring av langvarig sykdom. Koordinerende enhet er også en sentral samarbeidspartner i kraft av sin oppgave i å ha oversikt over helsetjenester og tilbud både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

5.6.3.3 Kommunale lærings- og mestringstilbud

Lærings- og mestringstilbud har som formål at personer med langvarige helseutfordringer og deres pårørende får økt innsikt i, og opplever styrket mestring av, egen livssituasjon (221). Både helseforetak og kommuner skal ha lærings- og mestringstilbud (64).

Frisklivssentralens tilbud er en del av det samlede lærings- og mestringstilbudet i kommunen (4;87). Frisklivssentralen og øvrige kommunale lærings- og mestringstilbud utfyller og overlapper hverandre og må ses i sammenheng.

Frisklivssentralen har særlig kompetanse på levevaner og endringsprosesser samt det å mestre helseutfordringer. Tilbudet tilrettelegges individuelt og tar hensyn til aktuelle diagnoser og helseutfordringer. Frisklivssentralen kan i tillegg ha tilbud som er spesielt tilrettelagt for ulike målgrupper, inkludert diagnosespesifikke mestringstilbud. Se [kapittel 3.9](#) og [3.10](#). Deltakelse i frisklivssentralens tilbud kan bidra til at personer med kronisk sykdom og sammensatte helseutfordringer får kunnskap og støtte som gjør at de lever bedre med sine helseutfordringer.

Både frisklivssentraler og andre kommunale lærings- og mestringstilbud samarbeider med øvrige kommunale tjenester og med lærings- og mestringssentrene i helseforetakene. Det er viktig at kommunene har et formalisert samarbeid om tilbud og kompetanseutveksling med spesialisthelsetjenesten. Nærmere beskrivelse av kommunale lærings- og mestringstilbud finnes i [veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) (4).

5.6.3.4 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos blivende foreldre, barn og ungdom 0–20 år (222;223). Tjenesten møter alle i sin målgruppe. Samarbeidet mellom frisklivssentralen og helsestasjons- og skolehelsetjenesten omfatter blant annet henvisning,

rapportering, utveksling og utvikling av kompetanse. De kan også samarbeide om utvikling av tilbud, for eksempel om oppfølging av barn, unge og familier med overvekt og fedme. Gravide som har behov for hjelp til endring av levevaner kan henvises til frisklivssentralen. Mange frisklivssentraler og helsestasjons- og skolehelsetjenester samarbeider om oppfølging av barn og unge og deres foresatte.

5.6.3.5 Spesialisthelsetjenesten

Frisklivssentralen har tilbud som er aktuelle for pasienter i spesialisthelsetjenesten både før, under og etter behandling. Det kan for eksempel være hjelp til røykeslutt før kirurgi, støtte til fysisk aktivitet under og etter behandling eller til kostholdsendringer før eller etter sykehus- eller rehabiliteringsopphold.

Alle helseforetak har inngått samarbeidsavtaler med kommunene. Avtalene skal blant annet omfatte samarbeid om forebyggende og helsefremmende tjenester. Det anbefales at samarbeidet med primærhelsetjenesten inkluderer frisklivssentralen, og at det formaliseres og konkretiseres gjennom disse samarbeidsavtalene. Se også *Veileder til samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner* (224). Samarbeidet mellom frisklivssentralen og spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet henvisning, rapportering, utveksling og utvikling av kompetanse. Stadig flere frisklivssentraler samarbeider med ulike deler av spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten har kompetanse som det er behov for lokalt. Kommuner og helseforetak har gjensidig veiledningsansvar. Veiledning til kommunene kan blant annet gis i forbindelse med planlegging og gjennomføring av kurs og fagdager. Spesialisthelsetjenesten skal også etablere interne rutiner som gjør at frisklivssentralene får nødvendig og relevant informasjon fra [elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger](#) (225) om pasienter som utskrives fra sykehus og som skal ha oppfølging ved frisklivssentralene (3). Dersom brukere er henvist fra spesialisthelsetjenesten, skal frisklivssentralen sende epikrise til henviser i tillegg til fastlegen.

Alle helseforetak har etablert lærings- og mestringstjenester. Ansvaret for pasient- og pårørendeopp-læring i helseforetakene ligger til de kliniske avdelingene (226). Frisklivssentralen skal samarbeide med lærings- og mestringstjenesten i spesialisthelsetjenesten om henvisning, kompetanseutveksling, utvikling og gjennomføring av kurs. [Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse](#) skal støtte faglig opp under lærings- og mestringstilbud i helseforetak og kommuner. Se også [oversikt over lærings- og mestringssentre i helseforetakene](#).

5.6.3.6 Bedriftshelsetjenesten, NAV og arbeidslivssentre

Både bedriftshelsetjenesten, NAV og arbeidslivssentre kan henviser til frisklivssentralen. Frisklivssentralen bør samarbeide med bedrifter, bedriftshelsetjenester, NAV og arbeidslivssentre om oppfølging av sykmeldte arbeidstakere, og om brukere uten arbeidstilknytning som har som mål å komme tilbake i jobb. Samarbeidet kan også omfatte utveksling av relevant kompetanse samt utvikling og gjennomføring av tilbud. Målet er at tilbudene utfyller hverandre og at brukeren bedrer sin helse og funksjon, mestrer helseplager og kommer raskere tilbake i arbeid.

Samarbeid med bedriftshelsetjenesten kan være særlig aktuelt for brukere som periodevis arbeider utenfor hjemkommunen og ikke kan følge tilbudet ved frisklivssentralen uten avbrudd i 12 uker. Det kan for eksempel gjelde de som jobber på sjøen eller offshore. Koordinering av oppfølging i hjemkommune og på arbeidsplassen kan være avgjørende for at brukeren skal få nødvendig helsehjelp og et sammenhengende tilbud.

5.6.3.7 Likepersonsarbeid og selvorganisert selvhjelp

For noen brukere kan deltakelse i likemannsgrupper og frivillig arbeid være aktuelt etter avsluttet tilbud ved frisklivssentralen. Gjensidig utveksling av erfaringer, hjelp og støtte kan gi økt kunnskap om egen situasjon og bedre mestringsopplevelser. Frisklivssentralen bør ha en støttefunksjon når det gjelder etablering og drift av likepersonsgupper, opplæring og oppfølging av likepersoner.

Selvorganisert selvhjelp kan være til hjelp for brukere etter gjennomført tilbud ved frisklivssentralen. Brukeren skal få informasjon om selvorganisert selvhjelp. Frisklivssentralen kan bistå med å tilrettelegge for etablering av selvhjelpsgrupper. [Selvhjelp Norge](#) (118) har oversikt over aktører som driver eller planlegger å starte opp selvorganiserte selvhjelpsgrupper og tilbyr blant annet introduksjonsseminarer om selvhjelp og igangsetterkurs.

5.7 Informasjons- og kommunikasjonsarbeid

Målrettet og systematisk informasjons- og kommunikasjonsarbeid er viktig for forankring av tjenesten, og for at innbyggerne skal kjenne til kommunens tilbud. Det vil være ulike behov og mål for informasjon og kommunikasjon i en etablerings- og en driftsfase.

Informasjon til innbyggerne om frisklivssentralen bør være en del av kommunens helhetlige kommunikasjonsarbeid. Det anbefales å utarbeide en strategi for arbeidet og å lage en kommunikasjonsplan der mål for kommunikasjonen, målgrupper, tiltak, aktuelle tema, kanaler, ansvarsfordeling og tidsfrister er beskrevet. Planen må ivareta innbyggernes og de ulike målgruppenes behov for informasjon.

Frisklivssentralen bør rapportere årlig til politikere og administrasjon om drift og resultater. Det bør være jevnlig dialog med fastleger, øvrige kommunale tjenester, spesialisthelsetjeneste, frivillig sektor og private aktører.

Samarbeid med lokale medier er viktig for å synliggjøre frisklivssentralens tilbud og resultater. Mange frisklivssentraler har erfaring med digitale nyhetsbrev og å benytte seg av sosiale medier som en informasjons- og markedsføringskanal. Når det gjelder bruk av sosiale medier bør [Veileder i digital pasientkommunikasjon for helse- og omsorgssektoren](#) følges (227).

På HelseDirektoratets nettsider om frisklivssentraler finnes mer [informasjon og enkle verktøy](#) som kan være til hjelp i kommunikasjonsarbeidet. Se også [Idébank for frisklivssentraler](#).

5.7.1 Logo og profilprogram

Kommunens logo og profilprogram bør benyttes i profilering av kommunens frisklivssentral.

HelseDirektoratet har laget profilprogram, logo og materiell for friskliv som satsingsområde. Denne er til fri bruk for kommunene. Det finnes i tillegg en felles logo for friskliv, læring og mestring utarbeidet av HelseDirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Begge logoer kommer i flere formater. Se mer informasjon på [HelseDirektoratets nettsider](#).

5.8 Oppstart

Kommunen bør ved oppstart sende kontaktinformasjon til postmottak@helsedir.no slik at den nyetablerte frisklivssentralen kommer med i oversikten over kommuner med frisklivssentral. Informasjon om frisklivssentralen bør inngå i kommunens oversikt over tilbud til innbyggerne.

5.9 Dokumentasjon og journalføring

Kommunen skal legge til rette for at frisklivssentralen har relevante og effektive verktøy for dokumentasjon, journalføring, rapportering og meldingsutveksling. Tjenesten skal sikre nødvendig dokumentasjon og rapportere til kommunens ledelse.

5.9.1 Elektronisk journalsystem

Kommunen skal legge til rette for at helsepersonell kan ivareta sine lovpålagte oppgaver på en forsvarlig måte. Det følger av journalforskriften § 4 at en virksomhet som yter helsehjelp, har en selvstendig plikt til å opprette et journalsystem (228). Ny [forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger](#) (229) krever elektronisk journalføring av helseopplysninger (jf. § 3). Forskriften pålegger dermed frisklivssentralen å ta i bruk elektronisk pasientjournalsystem.

Kommunen er ansvarlig for at deres elektroniske fagsystem tilfredsstillers forskriftens krav. Det er opp til hver enkelt kommune å velge system. Det finnes flere typer elektroniske journalsystem. Det systemet som velges må oppfylle krav gitt i lov og forskrift, og herunder følge [norm for informasjonssikkerhet](#) (Normen) (230). Den sikrer også at personvernet blir ivaretatt. Se også [Veileder for elektronisk meldingsutveksling](#) (18).

Dersom det i enkelttilfeller ikke er mulig med elektronisk journalføring, må det lages rutiner som sikrer at helseopplysningene dokumenteres på annen måte inntil de kan registreres elektronisk. Obligatoriske og anbefalte IKT-standarder for offentlig sektor finnes på [Difi sine nettsider](#). Utfyllende informasjon om elektronisk pasientjournal finnes på [www.ehelse.no](#).

5.9.2 Journalføring

Den som yter helsehjelp, skal i henhold til [helsepersonelloven](#) § 39 (208), nedtegne, registrere og oppbevare opplysninger i en journal for den enkelte pasient. Siden helsepersonelloven gjelder for alle som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven (12), gjelder journalføringsplikten uavhengig av om det er autorisert helsepersonell eller ikke som utfører dette. Det avgjørende er om det ytes helsehjelp etter loven. Se også definisjonen i helsepersonellovens § 3 om hvem som omfattes av denne loven.

Helsesamtaler og individuell veiledning av brukere på frisklivssentraler anses som helsehjelp og skal journalføres. Dette avgrenses mot aktiviteter som ikke har et forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende formål. Opplysninger fra aktiviteter eller tiltak som i utgangspunktet ikke regnes som helsehjelp, slik som deltakelse i kurs, skal likevel journalføres dersom de er relevante og nødvendige og utføres som et ledd i helsehjelpen, eller har en klar effekt eller påvirkning på helsetilstanden. Journalføringen skal ikke omfatte mer informasjon enn det som er nødvendig for å dokumentere helsehjelpen (228).

Utdypende bestemmelser er gitt i [forskrift om pasientjournal](#) (228). Det er kun relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen som skal journalføres. Helseopplysninger skal behandles i samsvar med [pasientjournalloven](#) (231).

Frivillige hjelpere eller tidligere brukere mv., yter ikke helsehjelp, og de er derfor ikke omfattet av journalføringsplikten.

5.9.3 Taushetsplikt

Helsepersonell og annet personell som yter helsetjenester plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til pasientopplysninger (232). [Pasient- og brukerrettighetsloven](#) (64) § 3-6 gir brukeren tilsvarende rett til vern mot spredning av opplysninger. Personer som samarbeider med helsepersonell har samme taushetsplikt som helsepersonell jf. kapittel 5 i helsepersonelloven (208) og [veiledning til denne](#) (233). Alt annet personell i kommunen har taushetsplikt etter [forvaltningsloven](#) § 13 f (234), med mindre de er omfattet av annet lovverk som har særskilte bestemmelser om taushetsplikt.

5.9.4 Opplysningsplikt til helse- og omsorgstjenesten og barnevernet

Alt helsepersonell som arbeider med voksne, skal ha spesiell oppmerksomhet på barn og unge som pårørende for å sikre at de blir tidlig fanget opp av hjelpeapparatet ved behov. Helsepersonell må bidra til å sette i gang prosesser som gjør at hele familien bedre kan mestre situasjonen når en forelder er syk, slik at det blir mulig å forebygge problemer hos alle de involverte (235).

Helsepersonell plikter, uten hinder av taushetsplikt, å gi opplysninger til helse- og omsorgstjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade, jf. helsepersonelloven (208) § 32 og helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3.

Helsepersonell skal sende bekymringsmeldinger til barnevernstjenesten hvis de er bekymret for et barn eller en familie. Den som yter helsehjelp skal gi opplysninger til barnevernstjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. jf. helsepersonelloven § 33 (208). Se rundskriv IS17/2006 om helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten og merknad til helsepersonelloven § 33 i rundskriv IS8/2012 om helsepersonelloven (233). Barnevernet kan gi veiledning og rådgivning til annet personell gjennom anonymiserte konsultasjoner.

5.9.5 Oppbevaring og arkivering

Personopplysninger og journaler må oppbevares på en forsvarlig måte, og i samsvar med reglene for taushetsplikt, jf. [helsepersonelloven](#) (12) og [personopplysningsloven](#) (236). Oppbevaring og arkivering skal skje i tråd med gjeldene [Norsk Arkivstandard \(p.t. Noark 5\)](#) (237).

5.9.6 Epikrise

Epikrise er en skriftlig sammenfatning av brukerens journalopplysninger. Epikrise utarbeides etter at undersøkelse og behandling er ferdig og skal sendes til det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi brukeren forsvarlig oppfølging. Normalt kan helsepersonell sende epikrise uten brukerens samtykke, men brukeren har rett til å motsette seg at epikrise sendes (12;228). Frisklivssentralen skal sende epikrise til fastlege og til henviser, dersom dette ikke er fastlegen. For personer som har regelmessig kontakt med NAV, kan det være hensiktsmessig at epikrise sendes til veileder hos NAV.

I henhold til taushetsplikten anbefales det å innhente samtykke fra brukeren til å sende relevant informasjon til fastlege og annet helsepersonell. Dersom den som sender epikrisen har grunn til å tro at brukeren ikke ønsker opplysningene viderefremmet, skal brukeren spørres. Når det gjelder mindreårige er hovedregelen at foreldre, eller andre med foreldreansvar, har rett til å samtykke til helsehjelp for brukere under 16 år og mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse jf. [pasient- og brukerrettighetsloven](#) (64) § 4-4 og § 4-5. For mer informasjon om samtykke på vegne av barn og

ungdom, se rundskriv til [IS-8/2005](#) (238) eller [Veileder for helsestasjon- og skolehelsetjeneste](#) (223). Det eksisterer ikke noe formkrav til samtykke. Et muntlig samtykke er like bindende som et skriftlig.

5.10 Kvalitetssikring, evaluering og utviklingsarbeid

Registrering og evaluering er avgjørende for kvalitetssikring og videre utvikling av tilbudet ved frisklivssentralen. Dokumentasjon bidrar til å synliggjøre hvem som benytter tilbudet og er viktig for å vurdere effekt av tiltak på kort og lang sikt. Det bidrar også til å styrke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og forankre frisklivssentralen i kommunens ledelse.

Det anbefales å etablere samarbeid med høgskole og universitetsmiljøer for forsknings- og evalueringsarbeid, kompetansebygging og studentpraksis.

5.10.1 Innsamling og sammenstilling av data

Innsamling av data gjennom registrering av ulike indikatorer må gjennomføres i henhold til [personopplysningsloven](#) (236) og [helseregisterloven](#) (239). Dersom frisklivssentralen, kommunen eller fylket ønsker å samle inn data om personer for å få oversikt over tiltak og resultater, krever personopplysningsloven (236) at en må hente inn samtykke fra personen og melde fra til Datatilsynet. Et samtykke skal være en frivillig og informert erklæring fra den personen opplysningene gjelder, om at hun eller han samtykker til behandling av opplysninger om seg selv. Personen skal også få vite hva opplysningene skal brukes til. Det er viktig å være klar over at individbasert informasjon er underlagt strenge personvernregler og ikke uten videre kan trekkes ut og legges til grunn for kommunens helseprofiler. Opplysninger som samles inn anonymiseres før de eventuelt presenteres eller leveres videre.

Når det gjelder statistikk på individnivå, så kan dette føres i anonym form uten at det er nødvendig med samtykke fra den registrerte. Det er da viktig at alle personidentifiserbare kjennetegn fjernes fra statistikken, slik at det ikke er mulig å gjenkjenne eller spore enkeltpersoner. Et utgangspunkt kan være at det skal finnes minst fem personer med tilsvarende opplysninger/karakteristika for at det skal kunne regnes som anonymt. Etiske retningslinjer og veiledninger relevante for medisinsk og helsefaglig forskning finnes på [etikkom.no](#).

5.10.2 Anbefalte kvalitetsindikatorer for dokumentasjon av drift

Det anbefales at tjenestens drift og tilbud dokumenteres grundig og at resultatene fra dokumentasjonen synliggjøres for beslutningstakere. Det er opptil den enkelte kommune å velge hvilke indikatorer som er viktig for dokumentasjon av drift. Nedenfor er en oversikt over anbefalte indikatorer. Listen er ikke uttømmende.

- Budsjett
- Ansattressurser (timeverk)
- Ansattes kompetanse og profesjoner
- Tilbud
- Organisering
- Lokaler og beliggenhet
- Forankring i kommunale planer
- Alders- og målgrupper i befolkningen som benytter tilbud
- Antall som benytter tilbud ved frisklivssentralen med henvisning

- Antall som benytter tilbud ved frisklivssentralen uten henvisning
- Brukermedvirkning
- Samarbeidspartnere (frivillige, private og andre offentlige aktører)
- Formelle samarbeidsavtaler
- Samarbeid med andre kommuner
- Bruk av tolk

5.10.3 Anbefalte kvalitetsindikatorer for dokumentasjon av tilbud

- Henvisningsinstanser
- Antall henvisninger
- Alder
- Kjønn
- Utdanningsnivå
- Henvisningsårsaker
- Arbeidstilknytning
- Antall personer som ledes direkte videre til andre tilbud etter første samtale
- Antall barn og unge under 18 år og deres familier som har fått oppfølging ved frisklivssentralen
- Antall personer over 67 år som har fått oppfølging ved frisklivssentralen
- Antall personer med annen kulturell og språklig bakgrunn enn norsk som har fått oppfølging ved frisklivssentralen
- Antall oppfølgingsperioder pr person
- Antall personer som har deltatt i fysisk aktivitetsgrupper
- Antall personer som har fått snus- og røykesluttveiledning (individuell eller i gruppe/kurs)
- Antall personer som har deltatt på Bra mat kurs
- Antall personer som har deltatt på kurs i mestring av psykiske plager som Hverdagsglede, KiD og KiB
- Antall personer som har deltatt på søvnkurs
- Antall personer som har deltatt på andre kurs i mestring av helseutfordringer og sykdom
- Antall personer som ledes videre til andre lokale tilbud etter avsluttet oppfølgingsperiode
- Endringer i skole- eller arbeidsdeltakelse
- Endringer i fysisk form
- Endringer i fysisk aktivitetsnivå
- Endringer i stillesitting eller tid i ro
- Endringer i snus- og røykevaner
- Endringer i kostholdet
- Endringer i selvopplevd helse og livskvalitet
- Endringer i medisinerbruk
- Endringer i bruk av og behov for andre helsetjenester

Helsedirektoratet har utarbeidet kartleggingskjemaer for bruk ved frisklivssentralen. Disse er tilgjengelig på helsedirektoratet.no. Frisklivssentralens tilbud og kravene til kvalitet og innhold er beskrevet i [kapittel 3](#).

Utviklingssentraler

For å styrke kompetanse, kvalitets- og utviklingsarbeid i frisklivssentralene, etablerte Helsedirektoratet i 2014 en ordning der ti kommuner har utviklingssentraler. De er samarbeidspartnere for Helsedirektoratet, Statsforvalter og fylkeskommunene. De bidrar blant annet til nettverksbygging og erfaringsutveksling og tilbyr hospitering.

Utviklingssentralene kan være en viktig ressurs for kommuner som er i ferd med å etablere frisklivssentraler, og har i felleskap ansvar for driften av [Idébank for frisklivssentraler](#). Mer informasjon om utviklingssentralene finnes på helsedirektoratet.no.

Idébanken for frisklivssentraler

Dette er et supplement til informasjonen på Helsedirektoratets nettsider. I Idébanken publiseres tiltak og metoder som kan være nyttig for arbeidet med friskliv, læring og mestring. Her kan kommunene finne, gjenbruke og dele gode eksempler på god praksis fra arbeidet i frisklivssentralene. Idébanken inneholder også oversikt over publisert forskning og annet relevant fagstoff. Hensikten er å bidra til kvalitets- og utviklingsarbeid i tråd med anbefalingene i Veileder for kommunale frisklivssentraler (<https://idebank.Frisklivssentralen.no/>).

6 LOVERK OG STYRINGSDOKUMENTER

Kommunens helsefremmende og forebyggende ansvar og oppgaver er hjemlet i lovverk og sentrale styringsdokumenter. I dette kapittelet presenteres de mest sentrale og relevante føringene for etablering og drift av frisklivssentraler.

6.1 Lover og forskrifter

6.1.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenesten er regulert i [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) (12). I ytelsen av helse og omsorgstjenester skal kommunen fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer (jf. § 3-3). Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. For å oppfylle dette ansvaret har kommunene plikt til å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester (§ 3-1). Kommunen kan, innenfor de rammer lov og forskrift setter, selv velge hvordan den vil organisere tjenesten ut fra lokale behov. Frisklivssentraler er en anbefalt måte å organisere slike helsetjenester på.

6.1.2 Spesialisthelsetjenesteloven

En av sykehusenes lovpålagte oppgaver er opplæring av pasienter og pårørende. Spesialisthelsetjenesten har også veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. [spesialisthelsetjenesteloven](#) § 6-3 (240).

Veiledningsplikten kan bidra til å sikre at nødvendig kunnskap og informasjon blir overført til ansatte ved frisklivssentralene. De lovpålagte samarbeidsavtalene (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e) er viktige verktøy for å avklare behov og hvordan veiledningsplikten bør gjennomføres.

6.1.3 Folkehelseloven

Kommunen er iht. § 5 i [folkehelseloven](#) (5) pålagt å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet være basert på kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer (jf. § 7) og legge til rette for samarbeid med frivillig sektor (jf. § 4). Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobaksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk. Videre skal kommunen gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom (jf. § 7).

Det er rådmannen som har overordnet ansvar for kommunens folkehelsearbeid. Systematisk folkehelsearbeid er kjennetegnet av et bredt, tverrsektorielt arbeid som er forankret i politiske vedtak og planverk. Kommunene anbefales å ha folkehelsekoordinator som er organisatorisk forankret på sektorovergripende nivå og som kan koordinere det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Kommuner med en slik organisering ser ut til å lykkes bedre med forankring av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet (65).

Hensikten er å sikre systematikk og kontinuitet i folkehelsearbeidet på tvers av sektorer, i kommuneorganisasjonen generelt og i lokalsamfunnet for øvrig.

Det anbefales å etablere strukturer for samarbeid mellom frisklivssentralen og folkehelsekoordinator. Helsetjenesten har på lik linje med andre sektorer ansvar for å bidra i det tverrsektorielle arbeidet.

Frisklivssentralen er en helsetjeneste som bidrar til å oppfylle kommunens plikter når det gjelder over- siktsarbeid, samarbeid med frivillig sektor, tiltak overfor risikogrupper samt informasjon og veiledning til befolkningen. Den er dermed en viktig aktør i kommunens folkehelsearbeid. Se også [kapittel 5.4](#).

6.1.4 Plan og bygningsloven

[Plan- og bygningsloven](#) (7) er kommunens verktøy for en samlet og helhetlig samfunnsplanlegging og er en viktig lov i folkehelsearbeidet. Kommunen skal fastsette overordnede mål og strategier som er egnet til å møte de utfordringene kommunen står ovenfor. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5 er derfor et viktig grunnlag for planlegging. Det er nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging (241). Frisklivssentralens kunnskap om risikofaktorer, målgrupper og lokale tilbud er viktige bidrag i kommunalt planarbeid.

6.2 Styringsdokumenter

6.2.1 Samhandlingsreformen og Nasjonal helse og omsorgsplan

[St.meld. nr. 47 \(2008–2009\) Samhandlingsreformen](#) (17) har som mål å styrke det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, øke den helsefremmende og forebyggende innsatsen og styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen.

Samhandlingsreformen (17) trekker fram tre hovedutfordringer for helse- og omsorgstjenesten:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester dekkes ikke godt nok.
- Det gjøres for lite for å begrense og forebygge sykdom.
- Den demografiske utviklingen og endringene i sykdomsbildet vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Frisklivssentraler møter disse utfordringene og beskrives i [Meld. St. 16 \(2010–2011\) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015](#) (66) som et viktig tiltak for å nå målene om å forebygge mer og bedre.

6.2.2 Morgendagens omsorg

I [St.meld. nr. 29 Morgendagens omsorg \(2013\)](#) (88) er ett av hovedmålene å utvikle en ny kommune- rolle, slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet. Meldingen vektlegger økt støtte til pasienters egenmestring, økt satsing på forebyggende og helsefremmende tiltak, samt utbygging av lavterskeltilbud og nye kommunale tilbud både før, istedenfor og etter sykehusinnleggelse. Det innebærer at tjenestene i større grad må legge vekt på aktiv omsorg, forebygging og rehabilitering, økt brukerinnflytelse, koordinerte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus.

6.2.3 NCD-strategien

[NCD-strategiens \(2013–2017\)](#) (95) mål er reduksjon i forekomst og for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer. Det største potensialet for å nå dette målet ligger i forebyggende tiltak. Både tiltak som tar

sikte på å nå alle uavhengig av risiko, og tiltak som retter seg mot personer som allerede er i risiko for eller har utviklet sykdom, vil være nødvendig. Tiltak rettet mot tobakksbruk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og skadelig alkoholbruk defineres av WHO som spesielt virkningsfulle og kostnadseffektive. Strategien viser til behovet for god tilgang til lavterskeltilbud og støtte til endring av levevaner til risikogruppene.

6.2.4 Nasjonal kreftstrategi

Et av hovedmålene i [Nasjonal kreftstrategi 2018–2022](#) er at Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging. Å stimulere til etablering av frisklivssentraler og å sikre god kompetanse både hos helsepersonell og i befolkningen om forebygging og levevaner, er viktige delmål (242).

6.2.5 Nasjonal strategi for tobakksforebygging

Norge har forpliktet seg til det internasjonale NCD-målet om å redusere tobakksbruk med 30 prosent frem mot 2025 og bærekraftsmålene om å redusere NCD dødsfall med en tredjedel innen 2030. Regjeringens tobakkstrategi i 2019–2021 i Meldt St. 19 Folkehelsemeldinga Gode liv i eitt trygt samfunn har som overordnet mål en tobakksfri ungdomsgenerasjon. Samtidig understreker den viktigheten av å hjelpe flere voksne til å slutte å røyke for å redusere sykdomsbyrden. Et [pilotprosjekt med offentlig finansiering av legemidler til røykeslutt i kombinasjon med veiledning på frisklivssentralen \(2020–2023\)](#) (243) er omtalt i strategien.

6.2.6 Nasjonal helse- og sykehusplan

[Nasjonal helse- og sykehusplan \(2020–2023\)](#) (244) er en del av regjeringens arbeid for å skape pasientens helsetjeneste. Planen skal sikre at pasienten får den beste behandlingen av kompetent personell uavhengig av bosted. Forebyggende og helsefremmende helsetilbud skal være en integrert del av behandlingsopplegget for den enkelte pasient. Frisklivssentralen har spesiell kompetanse når det gjelder levevaner og endring. Samarbeid og kompetanseutveksling kan styrke helhetlige tjenester og forløp og bidra til å oppfylle planen.

6.2.7 Folkehelsemeldingene

[Meld. St. 34 Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar \(2012–2013\)](#) (86) viser til økende levealder, endringer i sykdomsbildet og sosiale forskjeller i helse som de store helseutfordringene i det 21. århundre. I meldingen understrekes behovet for tilgang på gode helsetjenester, og at disse skal være likeverdige og rettferdig fordelt. Frisklivssentralens tilbud trekkes fram som et viktig element i utviklingen av framtidens helsetjeneste i tråd med samhandlingsreformens mål om mer forebygging og tidlig innsats.

[Meld. St. 19 Folkehelsemeldingen, Mestring og muligheter \(2015–2016\)](#) (65) bygger videre på stortingsmeldingen fra 2013. Psykisk helse skal integreres bedre i folkehelsearbeidet, arbeidet med livsstilsendring skal få en ny og mer positiv vinkling og det skal utvikles en moderne eldrepolitikk med vekt på aktivitet og deltakelse. Meldingen peker på behovet for å styrke helsefremmende og forebyggende arbeid på tvers av sektorer og behovet for mer vekt på psykisk helse og forebygging i helse- og omsorgstjenesten.

6.2.8 Primærhelsemeldingen

[Primærhelsemeldingen Fremtidens helsetjeneste – nærhet og helhet](#) (87) vektlegger behovet for økt fokus på forebygging og tidlig innsats. Intensjonene i samhandlingsreformen videreføres, med mål om koordinerte og helhetlige tjenester og pasientforløp, økt brukermedvirkning og flere tjenester der brukerne bor. Det understrekes at de kommunale helse- og omsorgstjenestene i fremtiden må være tilgjengelige, slik at problemer kan forebygges og avklares før de vokser seg større. Målet er å bidra til mestring, god opplæring og systematisk oppfølging i samråd med brukerne. Tjenesten skal fungere godt, for de med god helse og behov for enkle konsultasjoner, for de med kroniske helseutfordringer og behov for mer oppfølging over tid, og for de med sammensatte behov, nedsatt funksjonsevne og behov for spesielt tilrettelagte tjenester.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må innrettes slik at målene kan nås gjennom mer vekt på teamarbeid i forebyggende tjenester, opplæring, aktiv oppfølging og gode pasientforløp. I meldingen framheves det at god sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelige kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål. Imidlertid er dagens kommunale tilbud mangelfullt.

Frisklivssentralene trekkes fram som et godt, lett tilgjengelig helsefremmende og forebyggende tiltak som kan virke sosialt utjevne. Frisklivssentralen samarbeider med og utfyller andre tjenester.

Deltakelse kan bidra til at voksne bevarer tilknytning til arbeidslivet lenger. Det egner seg også for personer med sammensatte helseutfordringer, eldre, innvandrere og mennesker med lettere psykiske plager. Frisklivssentraler er en aktuell form for brukeropplæring.

6.2.9 Likeverdige helse- og omsorgstjenester

[Likeverdige helsetjenester – Nasjonal strategi om innvandreres helse](#) (107) legger til rette for økt kompetanse om innvandrers grupper spesielle helseutfordringer, og om kulturelle og språklige utfordringer som opptrer i møtet mellom pasienter med innvandrerbakgrunn og helse- og omsorgstjenesten.

Innvandrergrupper er overrepresentert i lavinntektsgrupper og har statistisk sett lavere sysselsetting enn befolkningen for øvrig. Dette kan slå negativt ut for innvandrernes helse. I enkelte innvandrergupper er det påvist større forekomst av sykdommer som type 2-diabetes, overvekt og hjertekarsykdommer. Fysisk aktivitet, et sunt kosthold og tobakksfrihet har en positiv effekt på disse sykdommene (107).

Mange frisklivssentraler har tilpasset og tilrettelagt sine tilbud slik at det blir enklere for brukere med innvandrerbakgrunn å delta.

6.2.10 Friluftsliv – natur som kilde til helse og livskvalitet

Et hovedmål i [Stortingsmeldingen om friluftsliv](#) (245) er å få flere til å bruke naturen oftere, samt at nye grupper skal få naturopplevelser og delta i friluftslivsaktiviteter. Frisklivssentralene benytter i stor grad uteområder i gjennomføring av gruppetilbud og fysisk aktivitet, og samarbeider med ulike friluftsansjoner lokalt. Friluftsliv kan praktiseres av alle aldersgrupper, uansett sosial og kulturell bakgrunn, og kan være særlig aktuelt etter avsluttet tilbud ved frisklivssentralen (245).

6.2.11 Strategi for økt helsekompetanse i befolkningen

Formålet med [Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023](#) (16) er å legge til rette for å øke helsekompetansen i befolkningen. Den retter seg primært mot helse- og omsorgspersonell, beslutningstagere og ledere i helse- og omsorgstjenesten, samt pasient- og brukerorganisasjoner. Tilstrekkelig helsekompetanse er en forutsetning for å realisere pasientens helsetjeneste. Frisklivssentraler omtales som eksempel på hvordan helse- og omsorgstjeneste bidrar til å øke helsekompetanse i befolkningen. Strategien beskriver også hvordan helsemyndighetene vil arbeide for å øke helsekompetansen i hele og deler av befolkningen (16). Se også: www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse.

6.2.12 Kvalitetsreformen Leve hele livet

[Meld. St. 15 \(2017–2018\) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre](#) skal bidra til å bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten til eldre og skape et mer aldersvennlig samfunn. Målet er at eldre kan mestre livet lenger og ha en trygg, aktiv og verdig alderdom. Reformen legger opp til at kommuner, gjennom politiske vedtak, skal ta stilling til hvordan tiltakene i Leve hele livet kan utformes og gjennomføres lokalt, og deretter innarbeide dem i sitt planverk og sette reformen ut i livet. Frisklivssentralen kan ha en rolle i planlegging og gjennomføring av reformen.

6.2.13 Sammen om aktive liv – Handlingsplan for fysisk aktivitet (2020–2029)

[Regjeringens handlingsplan Sammen om aktive liv](#) (34) har to hovedmål:

1. Et mer aktivitetsvennlig samfunn der alle uavhengig av alder, kjønn, funksjonsnivå og sosial bakgrunn gis mulighet til bevegelse og fysisk aktivitet.
2. Andelen i befolkningen som oppfyller helsemessige anbefalinger om fysisk aktivitet er økt med 10 prosentpoeng innen 2025 og 15 prosentpoeng innen 2030

Planen følger opp norske forpliktelser overfor Verdens helseorganisasjon (WHO) og FNs bærekraftsmål. Helse- og omsorgstjenestene er et av 5 innsatsområder. Frisklivssentraler bidrar til å oppnå målet om at helse- og omsorgspersonell har nødvendig kunnskap om fysisk aktivitet, og at bruk av fysisk aktivitet benyttes som tiltak for å forebygge og behandle sykdom i helse- og omsorgstjenestene (34).

6.2.14 Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)

Tiltakene i [Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold](#) (246) skal bidra til sunt kosthold og måltids glede for å fremme helse og forebygge kostholdsrelaterte sykdommer. Handlingsplanen inneholder en kombinasjon av strukturelle/befolkningsrettede tiltak og tiltak som retter seg mot den enkelte, gjennom tilrettelegging for gode og enkle valg. I planen legges det vekt på at helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å ernæringshensyn og sørge for at de som trenger det, får god oppfølging. Det gjelder både forebygging, rehabilitering, habilitering og behandling samt gode mat- og måltidsopplevelser i hverdagen. Forebygging, avdekking, veiledning og opplæring for å unngå sykdom eller mestre sykdom skjer i stor grad i regi av kommunene. Sentralt i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid er frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Et av oppfølgingspunktene i handlingsplanen er å videreføre arbeidet med Bra mat-kurs og bidra til å implementere relevante nasjonale faglige retningslinjer i frisklivs-, lærings og mestringsarbeidet.

6.2.15 Strategi for fagfeltet arbeid og helse

Arbeidsdeltakelse kan gi positive helsemessige effekter for mange mennesker. En felles forståelse av hvordan arbeidstaker, arbeidsgiver, helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren bør jobbe, med utgangspunkt i denne kunnskapen, er nødvendig for å få ønsket effekt. I ny strategi for fagfeltet arbeid og helse (247) gjøres overordnede valg om retning for fagområdet arbeid og helse. Strategien skal også treffe tjenester som ytes av NAV og helsetjenesten generelt, og bidra til grunnleggende forståelsen om hvilken betydning aktivitet og arbeidsdeltakelse kan ha for god helse og gode liv. I utviklingen av fremtidige tjenestetilbud er det et mål at systemet ikke bidrar til sykeliggjøring ved å stimulere til at det settes en diagnose for å utløse hjelp eller støtte fra felleskapet. Implementering av strategien må i hovedsak følges opp i tjenestene. Se: [Nasjonal strategi for fagfeltet arbeid og helse](#).

6.3 Aktuelle retningslinjer og veiledere

Det er gitt ut flere nasjonale veiledere og faglige retningslinjer for helsepersonell som omfatter forebygging av sykdom gjennom endring av levevaner. Frisklivssentralen skal følge aktuelle faglige retningslinjer og veiledere og kan bidra til å gjennomføre flere av de anbefalte forebyggende tiltakene. Oversikten er ikke uttømmende.

- [Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning](#) (248)
- [Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne](#) (36)
- [Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge](#) (39)
- [Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#) (38)
- [Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten](#) (41)
- [Nasjonal faglig retningslinje for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer](#) (42)
- [Nasjonal faglig retningslinje – diabetes](#) (40)
- [Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av personer med kols](#) (37)
- [Nasjonal plan for selvhjelp 2014–2018](#) (249)
- [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#) (4)
- [Fra bekymring til handling – En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet](#) (250)
- [Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten](#) (53)
- [Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling](#) (33)
- [Veileder til Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#) (223)
- [Barn og unge med habiliteringsbehov – Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand](#) (251)
- [Retningslinjer for mat og måltider i barnehagen](#) (252)
- [Nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i skolen](#) (253)
- [Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, innvandrere og familiegitte](#)
- [Veileder i digital pasientkommunikasjon for helse- og omsorgssektoren](#) (227)

- [Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne](#) (254)
- [Veileder for elektronisk meldingsutveksling](#) (18)
- [Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#) (85)
- [Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak](#) (224)
- Pårørendeveileder: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paorendeveileder>
- [Veileder for vanedannende legemidler, kapittel 2 om alternativer til vanedannende legemidler](#) (255)
- Helsedirektoratets [Koronaveileder](#) (256)

7 SENTRALE BEGREPER

Brukermedvirkning

Brukere er personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenestene indirekte som pårørende eller barn. Brukermedvirkning innebærer «*aktiv deltagelse fra brukere, brukerrepresentanter eller potensielle brukere, i planlegging, overvåkning og utvikling av helsetilbud og deltakelse i avgjørelser som gjelder egen behandling og oppfølging*» (257;258).

Brukermedvirkning omfatter den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke og få reell innflytelse på sitt tilbud (215). Det innebærer at brukere og potensielle brukere inviteres til å bidra i:

1. beslutninger om egen helse (individnivå)
2. utforming av tjenester og tilbud (tjenestenivå)
3. prioriterings-, styrings-, kvalitets-, forsknings- og utviklingsarbeid som har allmenn betydning (216) (systemnivå)

Ved medvirkning på tjeneste- og systemnivå skal brukere/brukerorganisasjoner representere brukerperspektivet, utover sin egen sak (215;216).

Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeider for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helse (5). Folkehelsearbeid innebærer både helsefremmende og forebyggende innsats (259).

Folkehelseprofil

Folkehelseinstituttet har utarbeidet verktøy, [Folkehelseprofil](#) og [Kommunehelse statistikkbank](#), som bidrar til oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunen. Disse oversiktene er et viktig grunnlag for prioritering og utvikling av kommunale tjenester og tilbud. Se også Helsedirektoratets [veivisere til lokalt folkehelsearbeid](#).

Forebyggende arbeid

Forebyggende arbeid kan beskrives ut fra hvor mange og hvem tiltakene retter seg mot (164):

- *Universell forebygging* er tiltak rettet mot alle. Dette innebærer at man konsentrerer innsatsen om å fremme en positiv utvikling som kan gi alle maksimal beskyttelse. Både det helsefremmende og det sykdomsforebyggende arbeidet kan inngå som en del av det universelle forebyggende arbeidet.
- *Selektiv forebygging* er tiltak som bare rettes mot risikogrupper i befolkningen. Ett av hovedmålene med selektiv forebygging er å hindre negativ utvikling i grupper med antatt høy eksponering for én eller flere risikofaktorer.
- Ved *indikativ forebygging* er intervensjonene rettet mot personer som viser tegn til å utvikle en sykdom/lidelse, men som ikke oppfyller diagnostiske kriterier for en lidelse (164).

Frisklivssentraler konsentrerer seg i hovedsak om selektiv og indikativ forebygging, men bidrar også til universell forebygging. Universell forebygging skjer blant annet gjennom frisklivssentralenes bidrag til oversiktsarbeid, informasjon om hva den enkelte og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom og ved å avdekke behov for, samt stimulere til tiltak, i andre sektorer.

En annen måte å beskrive forebyggende arbeid på er i ulike nivåer (260):

- *Primærforebygging* innebærer å styrke helsen og hindre at det oppstår sykdom, skade eller lyte.
- *Sekundærforebygging* handler om å stanse sykdomsutvikling og/eller hindre tilbakefall.
- *Tertiærforebygging* innebærer å hindre forverring og sikre best mulig mestring og liv med den helsesvikten som foreligger (260).

Frisklivssentraler arbeider med alle disse tre formene for forebygging, og deltakelse i frisklivssentralens tilbud kan ha forebyggende effekt på flere nivåer. For eksempel kan tilbud som i utgangspunktet har som mål å hindre forverring av funksjonssvikt, samtidig bidra til å forebygge sykdomsutvikling og tilbakefall, og forebygge andre helseplager og lidelser.

Frisklivssentral

Frisklivssentralen er en kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste med tilbud om hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Basistilbudet omfatter støtte til fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt. Frisklivssentralen kan også gi veiledning og tilbud ved utfordringer knyttet til psykiske belastninger og søvn, samt risikofylt alkoholbruk. Frisklivssentralen skal være en samarbeidspartner i kommunens folkehelsearbeid.

Målgruppen for frisklivssentralen er personer i alle aldre som har økt risiko for, eller allerede har utviklet sykdom og som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer.

Habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuellplan og koordinator (261) kapittel 2, § 3.

Tilbud ved frisklivssentralen kan for mange pasienter og brukere være sentrale elementer i habiliterings- og rehabiliteringsprosesser (209).

Helhetlige, koordinerte helsetjenester og pasientforløp

Tilbud i helseforetak og kommuner skal til sammen utfylle hverandre slik at brukeren opplever helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester. Samhandling og koordinering må binde tjenestene sammen (4). Helhetlige pasientforløp beskriver forløpet fra en person får behov for helsehjelp, og til vedkommende er tilbake i en avklart og stabilisert situasjon med nødvendig oppfølging (262). Formålet med pasientforløp er særlig å forhindre uønskede tidsavbrudd mellom ulike aktørers oppgave- og ansvarsområder i tjenestekjeden.

Helse og livskvalitet

Helse og livskvalitet er komplementære begrep som overlapper hverandre. Livskvalitet omfatter mer enn helse og kan forstås som folks subjektive vurderinger av tilfredshet med livet, at grunnleggende behov er tilfredsstillt og at man har mulighet for vekst, utvikling og selvrealisering (259). Helse er viktig

for livskvalitet, og livskvalitet påvirker helse (259;263). Well-being er et begrep som brukes om livskvalitet og livstilfredshet (264).

Helse kan betraktes både som fravær av sykdom, som ressurs og som velbefinnende. Den folkelige oppfatningen av hva helse er, ser ut til å ha i seg alle disse forståelsene og har med hele livet å gjøre. Helsen er individuell, skapt i samspill med andre (265). Det folkelige helsebegrepet ligger nært forståelsen av livskvalitet.

I et helsefremmende perspektiv betraktes helse som noe positivt og en ressurs for dagliglivet (108). Helse innebærer en balanse mellom mentale, sosiale og fysiske ressurser. Både individet selv, samfunnet og spillet mellom dem påvirker denne balansen. Sykdom kan betraktes som en naturlig del av livet, og vi har ressurser i oss til å fremme helse og takle stress på tross av sykdom, sorg og smerte (266;267). Helse er relativt og kan forstås som et kontinuum der man kan bevege seg i retning av mer eller mindre helse og velvære eller uhelse og lidelse. Dette er en helseforståelse som gjør at mennesker kan oppleve å ha god helse til tross for sykdom (267). Helse definert som overskudd i forhold hverdagens krav, og styrke og motstandskraft i møte med påkjenninger (259;266;268), er i tråd med denne helseforståelsen. Det gir muligheter til både å ha fokus på å fremme ressurser for helse, forebygge sykdom og plager, behandle sykdom og å lære å leve med helseutfordringer (268).

Helsefremmende arbeid

World Health Organisation (WHO) definerer helsefremmende arbeid som en prosess som setter folk i stand til å øke kontroll over og bedre sin helse (108;263). Ottawacharteret (108) inneholder fem strategiske innsatsområder for helsefremmende arbeid både på individ-, organisasjons- og samfunnsnivå:

1. Bygge en helsefremmende politikk
2. Skape støttende miljøer for helse og utvikling
3. Styrke lokalsamfunns muligheter for kontroll over egen fremtid
4. Reorientere helsetjenesten mot helsefremmende arbeid
5. Utvikle personlige ferdigheter, kunnskap og ressurser som setter folk i stand til å gjøre valg som fremmer helsen.

Å gi støtte til å endre vaner og mestre sykdom og funksjonssvikt er sentralt i helsefremmende arbeid (266).

Helsekompetanse

Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten (16).

Helsepedagogikk

Helsepedagogikk handler om å forstå hva som fremmer læring og hva som kan være til hinder for læring hos pasienter, brukere og pårørende og å anvende pedagogiske prinsipper og verktøy for å fremme læring, mestring og helse (269).

Helsesamtale

Helsesamtalen er en strukturert, individuell samtale om levevaner og helse. Hensikten er å hjelpe brukeren til å beskrive egne grunner til å endre atferd, sette realistiske mål og reflektere over egen situasjon og erfaringer underveis i endringsprosessen. Helsesamtalen bygger på prinsipper fra motive-rende intervju (MI). Oppmerksomheten rettes mot brukerens ressurser og hva som fremmer god mestring og helse.

Ikke-smittsomme sykdommer (NCD)

WHO (95) har definert ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer og diabetes. De viktigste felles underliggende risikofaktorer er bruk av tobakk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og skadelig bruk av alkohol.

Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi er en psykologisk behandlingsmetode som retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser. Man er særlig opptatt av hvordan tanker kan påvirke hva vi kjenner i kroppen, hvordan vi føler oss og hvilke handlinger vi foretar oss. Et viktig mål i terapien er å bryte selvforsterkende onde sirkler som opprettholder psykiske helseproblemer. Det gjøres ved kartlegging av vanskelige situasjoner, utforming av aktiviteter som gir selvtillit og energi, utforskning og eventuelt endring av negative tankemønstre, stimulering til økt sosial kontakt og forebygging av tilbakefall (32;270).

Kognitiv tilnærming kan med fordel brukes i kombinasjon med MI. Det kan være et nyttig supplement i samtaler om endring. Refleksjoner og kunnskap om hvordan tanker påvirker følelser og atferd, kan hjelpe brukeren til å bli oppmerksom på hvilke mentale forhold som påvirker mulighetene for endring. Atferdsendring kan også påvirke tanker, følelser og holdninger. Bevisstgjøring av automatiske, negative eller selvsaboterende tanker kan, sammen med positive selvinstruksjoner og aksept av egne tanker, bidra til økt innsikt og motstandskraft i møte med utfordringer underveis i endringsprosessen.

Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap fra praksis og brukernes kunnskap, ønsker og behov i en gitt situasjon. Kunnskapsbasert praksis skal styrke beslutningsgrunnlaget til dem som jobber i helse- og sosialsektoren, og bevisstgjøre dem på hvor de henter sin kunnskap fra (271). Målet er å bedre kvaliteten på tjenestene og yte en best mulig helsetjeneste til brukerne. Se også

www.kunnskapsbasertpraksis.no.



Levevaner

Med levevaner menes i denne sammenheng vaner som har betydning for den enkeltes helse, hovedsakelig fysisk aktivitet, kosthold, søvn og bruk av tobakk og alkohol.

Likepersonsarbeid

Med likepersonsarbeid menes samhandling mellom personer som opplever å være i samme livssituasjon, og hvor selve samhandlingen har som mål å være til støtte i veiledning partene imellom (272).

Likeverdige helsetjenester

Likeverdige helsetjenester betyr at alle skal ha lik tilgang til gode offentlige tjenester. Kvaliteten på tjenestene skal være like bra for alle uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, fødeland, etnisitet og den enkeltes livssituasjon, og sluttresultatet like godt for alle (273). Et likeverdig tilbud innebærer at hver enkelt må behandles ut fra sine behov. Dette gjelder både i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten (274). Noen vil ha behov for, og rett til tolk, for å få et likeverdig tilbud med resten av befolkningen.

Lærings -og mestringstilbud

Helseforetak og kommuner skal sikre tilbud som bidrar til læring og mestring (3). Opplæring av pasienter og pårørende er en lovpålagt oppgave for helseforetakene jf. spesialisthelsetjenesteloven (240) § 3-8, pkt. 4, og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (261) § 13, pkt. c. Kommunale lærings- og mestringstilbud, herunder tilbud i frisklivssentraler, er en del av sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Læring og mestring omfatter alt fra individuell pasient- og pårørendeopplæring til gruppetilbud og likemannsarbeid (3).

Formålet med lærings- og mestringstilbud er at pasienter, brukere og pårørende skal:

- Få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere sykdom og helseforandringer.
- Forebygge eller hindre utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse.
- Gi støtte til endring av levevaner for å fremme fysisk og psykisk helse.
- Understøtte pasient og brukers egen læringsprosess (3).

Motiverende intervju (MI)

MI er en målrettet, empatisk og personsentrert samtalemetode. Metoden kan benyttes i alle samtaler om endring, individuelt og i grupper, uavhengig av tema. Målet er å øke deltakerens bevissthet om egen situasjon og motivasjon for å endre atferd. Veileder styrer samtalen ved å stille spørsmål som utforsker og styrker personens ønske om endring. Empati og respekt for deltakerens selvbestemmelse og egne valg er sentrale verdier. Endring skal skje på deltakerens vilkår. Metoden har vist seg å ha god effekt i arbeidet med å endre levevaner, og som mer effektiv enn tradisjonell rådgivning (28–30).

Muskel-skjelettplager

Muskel-skjelettplager er skade, sykdom og smerter i kroppens bevegelsesapparat. Ofte er det ikke mulig å stille spesifikke diagnoser på slike plager. De fleste som har plager fra muskel- og skjelettsystemet har plager fra flere områder og ofte mange symptomer fra andre organer og kroppsdeler (187).

Psykiske plager og lidelser

Psykiske plager er tilstander som oppleves som belastende, men som ikke tilfredsstillende diagnosekriterier. De vanligste er lettere angst- og depresjonsplager. Plagene vil, avhengig av type og omfang av symptomer, i ulik grad påvirke daglig fungering i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker.

Psykiske lidelser brukes når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Psykiske lidelser omfatter alt fra enkle fobier og lettere angst- og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Ofte, men ikke alltid, medfører psykiske lidelser høyere belastning enn psykiske plager (164;275).

Sammensatte helseutfordringer

Med sammensatte helseutfordringer menes at en person har mer enn en fysisk eller psykisk helseplage eller lidelse samtidig.

Selvorganisert selvhjelp

Selvorganisert selvhjelp handler om å ta aktivt ansvar for egen livssituasjon. Arbeidet drives på initiativ fra menneskene det gjelder, og selvorganiserte selvhjelpsgrupper drives av mennesker som har et problem. En selvhjelpsgruppe er et verksted der mennesker kan aktivere sine iboende ressurser sammen med andre innenfor trygge rammer. Selvorganisert selvhjelp handler om å styrke enkeltmenneskers evne og mulighet til å delta i sin egen endringsprosess. Selvorganisert selvhjelp er et verktøy for å oppnå økt mestring, slik at mennesker kan håndtere livet på en bedre måte (249).

Sosiale helseforskjeller

Sosiale helseforskjeller er forskjeller i helse som varierer systematisk med utdanningsnivå, yrkesgruppe eller inntektsnivå (276).

Tilbudet ved frisklivssentralen

Tilbudet ved frisklivssentralen er et strukturert og tidsavgrenset, individ- og grupperettet helsetilbud til personer som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre det å leve med sykdom og helseutfordringer. Tilbudet er generelt og diagnoseuavhengig. Det tilrettelegges individuelt og kan tilpasses ulike alders-, risiko- og pasientgrupper.

Tverrfaglig arbeid

Tverrfaglig arbeid innebærer at flere yrkesgrupper med ulik faglig bakgrunn arbeider sammen mot et felles mål basert på egen og felles fagkunnskap. Tverrfaglig samarbeid er kompetansedeling for å løse felles oppgave som man ikke klarer å løse alene, og nødvendig for å ivareta helheten i oppfølging av brukere (277).

Tverrsektorielt arbeid

Med tverrsektorielt arbeid menes samarbeid på tvers av ulike sektorer eller etater (slik som miljø, helse, utdanning, samferdsel osv.), og samarbeid mellom frivillig, privat og offentlig sektor.

REFERANSER

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Prop. 91 L (2010–2011). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/6aaaa5e4b6b34d9581e4c0e34d8eabeb/no/pdfs/prp201020110091000dddpdfs.pdf>
- 2 Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Meld. St. 7 (2019–2020). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- 3 Om læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten. Kapittel 6.1. I: Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 03.12.2018; lest 11.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/laering-og-mestring-i-helse-og-omsorgstjenesten/om-laering-og-mestring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- 4 Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 02.12.2020; lest 04.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- 5 Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). LOV-2011-06-24 nr 29. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- 6 Innbyggenes medvirkning i planprosesser [nettdokument]. Oslo: Regjeringen [oppdatert 30.6.015; lest 21.4.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/Verktoy/lokaldemokrati/kommunen-og-innbyggerne/innbyggenes-medvirkning-i-planprosesser/id2425535/>
- 7 Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven). LOV-2008-06-27-71. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- 8 Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011. NOU 2011:11. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
- 9 Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen: nasjonale faglige råd [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 23.11.2021; lest 04.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen>
- 10 Folkehelse i kommunene (folkehelseprofiler for kommuner og fylker) [nettside]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 31.08.2020; lest 12.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/>
- 11 Kommunehelsa statistikkbank [database]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 2015; lest 21.4.2016]. Tilgjengelig fra: <http://khs.fhi.no/webview/>
- 12 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24 nr 30. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

- 13 Følling IS, Solbjør M, Midthjell K, Kulseng B, Helvik AS. Exploring lifestyle and risk in preventing type 2 diabetes—a nested qualitative study of older participants in a lifestyle intervention program (VEND-RISK). *BMC public health* 2016;16(1):876.
- 14 Helse- og omsorgsdepartementet. Perspektiver i folkehelsearbeid og folkehelsepolitikk. Kap 4.2. I: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) Prop 90 L (2010–2011). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20102011/id638503/?q=&ch=1%20-%20KAP4-2#KAP4-2>
- 15 Tveiten S, Boge K, red. Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk: nye perspektiver. Oslo: Gyldendal; 2014.
- 16 Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>
- 17 Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- 18 Veileder for elektronisk meldingsutveksling [nettdokument]. Oslo: Norsk helsenett [oppdatert 2020; lest 03.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.nhn.no/samhandlingsplattform/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling>
- 19 Motiverende intervju (MI) [nettside]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 25.01.2018; lest 05.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>
- 20 Helsesamtale med motiverende intervju. I: Tilbud ved frisklivssentraler og veilederkurs [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 07.01.2019; lest 08.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler-og-veilederkurs#helsesamtalemedmotiverendeintervju>
- 21 Stroebe W. *Social psychology and health*. 3 utg. Maidenhead: Open University Press; 2011.
- 22 Følling IS, Solbjør M, Helvik AS. Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change – a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Fam Pract* 2015;16:73.
- 23 Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14(4):245–58.
- 24 Wester A, Wahlgren L, Wedman I, Ommundsen Y. Å bli fysisk aktiv. I: Bahr R, red. *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. s. 84–102. IS-1550. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf>
- 25 Prescott P, Børtveit T. *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2004.
- 26 Espnes GA, Smedslund G. *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
- 27 The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study [nettdokument]. Atlanta, GA: Centers for disease control and prevention [oppdatert 13.5.2014; lest 25.1.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/>

- 28 Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tob Control* 2010;19(5):410–6.
- 29 Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(5):843–61.
- 30 Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;55(513):305–12.
- 31 Samdal GB, Eide GE, Barth T, Williams G, Meland E. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2017;14(1):42.
- 32 Barth T, Børtveit T, Prescott P. *Motiverende intervju: samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013.
- 33 Bahr R, red. *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1550. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf>
- 34 *Sammen om aktive liv: handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-aktive-liv/id2704955/>
- 35 *Fysisk aktivitet: nasjonale faglige råd [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 2022; lest 09.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet>
- 36 *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne: nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1735. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf>
- 37 *Kols: nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-2029. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols/Kols%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf>
- 38 *Hjerneslag: nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 27.04.2020; lest 17.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- 39 *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten: forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1734. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge/Forebygging,%20utredning%20og%20behandling%20av%20overvekt%20og%20fedme%20hos%20barn%20og%20unge%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf>
- 40 *Diabetes: nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 16.03.2021; lest 17.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>

- 41 Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1561. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf>
- 42 Forebygging av hjerte- og karsykdom: nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 05.13.2018; lest 17.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom>
- 43 Gode aktivitetsvaner: veileder for helsepersonell. Oslo: Helsedirektoratet. IS-2766. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler-og-veilederkurs/Gode%20aktivitetsvaner%20%E2%80%93%20veileder%20for%20helsepersonell.pdf>
- 44 Gode aktivitetsvaner [lysbildepresentasjon – pdf]. Oslo: Helsedirektoratet; [s.a.]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler-og-veilederkurs/Gode%20aktivitetsvaner%20-%20oversikt%20-%2012%20tema.pdf>
- 45 Gode aktivitetsvaner [lysbildepresentasjon – ppt]. Oslo: Helsedirektoratet; [s.a.]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler-og-veilederkurs/Gode%20aktivitetsvaner%20presentasjon.ppt?download=true>
- 46 Aktivitetsdagbok – for deg som vil komme i bedre form. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-0464. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/693/Aktivitetsdagbok-for-deg-som-vil-komme-i-bedre-form-IS-0464.pdf>
- 47 Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2170. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalinger-om-kosthold-ernaering-og-fysisk-aktivitet/Anbefalinger%20om%20kosthold%20ern%C3%A6ring%20og%20fysisk%20aktivitet.pdf>
- 48 Smart mosjon i arbeidslivet [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 03.11.2021; lest 10.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/smart-mosjon-i-arbeidslivet>
- 49 Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 17.06.2016; lest 10.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>
- 50 Strategier og tiltak for å øke fysisk aktivitet i samfunnet [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 15.11.2018; lest 10.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/strategier-og-tiltak-for-a-oke-fysisk-aktivitet-i-samfunnet>
- 51 Tilbud ved frisklivssentraler og veilederkurs [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 07.01.2019; lest 08.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler-og-veilederkurs>
- 52 Mortensen KH. Effektevaluering av «Bra mat for bedre helse»: en kvasiekperimentell intervensjonsstudie [mastergrad]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2012.

- 53 Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1972. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosth%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf>
- 54 Kostrådene og næringsstoffer: nasjonale faglige råd [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 24.10.2016; lest 08.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer>
- 55 Kostholdsplanleggeren: et kostholdsverktøy fra Helsedirektoratet og Mattilsynet [nettside]. Oslo: Mattilsynet [oppdatert 2016; lest 1.9.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.kostholdsplanleggeren.no/>
- 56 Matvaretabellen [nettside]. Oslo: Mattilsynet [oppdatert 12.5.2016; lest 1.9.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.matvaretabellen.no/>
- 57 Matportalen.no [nettside]. Oslo: Mattilsynet [oppdatert 30.8.2016; lest 1.9.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.matportalen.no/>
- 58 Kroppsmasseindeks (KMI) og helse [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 1.3.2015; lest 1.9.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>
- 59 A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. Am J Prev Med 2008;35(2):158–76.
- 60 How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioural basis for smoking-attributable disease. a report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of health and human services; 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>
- 61 Brunnhuber K, Cummings KM, Feit S, Sherman S, Woodcock J. Putting evidence into practice: smoking cessation. [s.l.]: BMJ Publishing Group; 2007.
- 62 Snakk om snus- og røykeslutt: samtaleguide om individuell slutteveiledning for deg som jobber ved Frisklivssentralen. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-0406. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/315/Snakk-om-snus-og-roykeslutt-samtaleguide-for-individuell-slutteveiledning-IS-0406.pdf>
- 63 Tobakksfri: mal for snus- og røykesluttkurs for deg som jobber på Frisklivssentralen Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-0477. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/tobakksfri-mal-for-snus-og-roykesluttkurs-for-deg-som-jobber-pa-Frisklivssentralen>
- 64 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- 65 Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen: mestring og muligheter. Meld.St. 19 (2014–2015). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- 66 Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011–2015. Meld. St. 16 (2010–2011). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>
- 67 Bratland-Sanda S, Lislevatn F, Lerdal A. Frisklivsresept: en tverrsnittsundersøkelse fra Frisklivssentralen i Modum kommune. Fysioterapeuten 2014;81(3):18–24.

- 68 Evalueringsrapport av pilotkurset Hverdagsglede. Oslo: Rådet for psykisk helse; 2018. Tilgjengelig fra: <https://damnett.no/internal/rest/public/attachments/81062928> (s. 25–35)
- 69 Sælid GA, Czajkowski NO, Holte A, Tambs K, Aarø LE. Coping With Strain (CWS) course – its effects on depressive symptoms: A four-year longitudinal randomized controlled trial. *Scand J Psychol* 2016;57(4):321–7.
- 70 Dalgard OS. Kurs i mestring av depresjon – en randomisert, kontrollert studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2004;124(23):3043–6.
- 71 Major EF. Bedre føre var-: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2011. Rapport 2011:1. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20111-bedre-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>
- 72 Kühner C. Das Gruppenprogramm «Depression bewältigen» und seine Varianten – eine aktualisierte Metaanalyse. *Verhaltenstherapie* 2003;13(4):254–62.
- 73 Dalgard OS, Bøen H. Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2007. Rapport 2008:1. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20081-forebygging-av-depresjon-med-hovedvekt-pa-individrettede-metoder.pdf>
- 74 Enkle råd når livet er vanskelig. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-0250. Tilgjengelig fra: <https://kyber.blob.core.windows.net/krisepsykologi-umbraco/1146/enkle-rad-nar-livet-er-vanskelig.pdf>
- 75 Yang CM, Lin SC, Hsu SC, Cheng CP. Maladaptive sleep hygiene practices in good sleepers and patients with insomnia. *J Health Psychol* 2010;15(1):147–55.
- 76 Bjorvatn B. Behandling av langvarige søvnproblemer uten medisiner [nettdokument]. Bergen: Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus [oppdatert 10.09.2021; lest 08.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/behandling-av-langvarige-sovnproblemer-uten-medisiner>
- 77 Søvn og søvnevansker [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 16.01.2017; lest 08.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sovn/sovn-og-sovnevansker>
- 78 Nasjonal alkoholstrategi: en helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk 2021–2025. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-alkoholstrategi-20212025/id2838096/>
- 79 Avstandsoppfølging og bruk av digitale verktøy i kommunale frisklivssentraler [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 19.11.2020; lest 10.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/avstandsoppfolging-og-bruk-av-digitale-verktoy-i-kommunale-frisklivssentraler>
- 80 Le C, Finbråaten HS, Pettersen KS, Gutttersrud Ø, Joranger P. Befolkningens helsekompetanse, del I: The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHIL. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. IS-2959. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/>

- 81 Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. IS-2810. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-redusere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen/Ti%20tiltak%20for%20C3%A5%20redusere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20\(NCD\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-redusere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen/Ti%20tiltak%20for%20C3%A5%20redusere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20(NCD).pdf)
- 82 Huseby BM. Personer med flere kroniske sykdommer [lysbildepresentasjon – ppt]. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefellesskapene/Vedlegg%20kroniske%20sykdommer.pdf>
- 83 Sevild CH. The complexity of lifestyle change, motivation, and health among participants in a Healthy Life Centre [Doktoravhandling]. Stavanger: University of Stavanger; 2021. PhD thesis UiS, no. 591. Tilgjengelig fra: <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/2757479>
- 84 Blom EE, Aadland E, Skrove GK, Solbraa AK, Oldervoll LM. Health-related quality of life and intensity-specific physical activity in high-risk adults attending a behavior change service within primary care. PLoS One 2019;14(12):e0226613.
- 85 Oppfølging av personer med store og sammensatte behov: nasjonal veileder [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 11.02.2019; lest 11.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- 86 Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen: god helse – felles ansvar. Meld.St. 34 (2012–2013). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>
- 87 Helse- og omsorgsdepartementet. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Meld. St. 26 (2014–2015). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- 88 Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. Meld.St. 29 (2012–2013). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- 89 Omsorg 2020: regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf
- 90 Helse- og omsorgsdepartementet. Leve hele livet: en kvalitetsreform for eldre. Meld. St. 15 (2017–2018). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- 91 Hansen BH, Steene-Johannessen J, Kolle E, Anderssen SA. Fysisk aktivitet blant eldre i Norge: kartleggingsundersøkelsen Kan2. [s.l.]: [s.n.]; 2015.
- 92 Narum I, Bergland A. Forskningsbasert fallforebyggende arbeid i kommunene: en litteraturstudie. Oslo: Høgskolen i Oslo; 2010.
- 93 Demensplan 2020: et mer demensvennlig samfunn. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- 94 Folkehelse rapporten: helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 20.12.2021; lest 11.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>

- 95 NCD-strategi (2013–2017): for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf
- 96 Svangerskapsomsorgen: nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 26.01.2022; lest 08.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- 97 Tidlig samtale om alkohol og levevaner: veiviser for helsepersonell i svangerskapsomsorgen. rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. IS-2065. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tidlig-samtale-om-alkohol-og-levevaner/Tidlig%20samtale%20om%20alkohol%20og%20levevaner%20E2%80%93%20Veiviser%20for%20helsepersonell%20i%20svangerskapsomsorgen.pdf>
- 98 Levevaner hos gravide: tidlig samtale og rådgiving. Kapittel 3. I: Svangerskapsomsorgen: nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 26.01.2022; lest 08.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/levevaner-hos-gravide-tidlig-samtale-og-radgivning>
- 99 Josefsson A, Bø K. Graviditet. I: Bahr R, red. Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. s. 154–61. IS-1550. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%3%A5ndboken%20E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf>
- 100 Gode levevaner før og i svangerskapet. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. IS-2455. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/gode-levevaner-for-og-i-svangerskapet>
- 101 Idébanken for frisklivssentraler [nettside]. [s.l.]: Utviklingsentralene i samarbeid med Helsedirektoratet [oppdatert 2016; lest 10.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://idebank.Frisklivs-sentralen.no/>
- 102 Severinsen JE. Ny nasjonal handlingsplan for samiske helsetjenester [nettdokument]. Bodø: Helse Nord RHF [oppdatert 26.08.2020; lest 11.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/nyheter/ny-nasjonal-handlingsplan-for-samiske-helsetjenester>
- 103 Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Bådåddjo: Helse Nord RHF; 2020. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Rapporter%20og%20dokumenter/Spesialisthelsetjenester%20til%20den%20samiske%20befolkningen/Strategidokumentet%20norsk.pdf>
- 104 Frantzen JF. SAMINOR tar tempen på folkehelse i nord [nettdokument]. Tromsø: Universitetssykehuset Nord-Norge HF [oppdatert 13.06.2019; lest 11.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://unn.no/om-oss/nyheter/saminor-tar-tempen-pa-folkehelse-i-nord>
- 105 Hjertespråket: forslag til lovverk, tiltak og ordninger for samiske språk. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning; 2016. NOU 2016:18. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-18/id2515222/>
- 106 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1995. NOU 1995:6. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1995-6/id139873/>

- 107 Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle: nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
- 108 The Ottawa charter for health promotion: first international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986. Geneva: World Health Organization; 1986. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- 109 Le C, Finbråaten HS, Pettersen KS, Guttersrud Ø, Joranger P. Helsekompetansen i fem utvalgte innvanderpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam: Befolkningens helsekompetanse, del II. Oslo: HelseDirektoratet; 2021. IS-2988. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20del%20II%20-%20Helsekompetansen%20i%20fem%20utvalgte%20innvanderpopulasjoner%20i%20Norge.pdf>
- 110 Veileder om kommunikasjon via tolk: for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Oslo: HelseDirektoratet. IS-1924. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenestene%20fullversjon%20IS-1924.pdf>
- 111 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten: nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]. Oslo: HelseDirektoratet [oppdatert 24.09.2021; lest 08.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- 112 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten: nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]. Oslo: HelseDirektoratet [oppdatert 01.09.2022; lest 03.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- 113 Barnevernsreformen: en oppvekstreform [nettdokument]. Oslo: Bufdir [oppdatert 01.01.2022; lest 11.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://ny.bufdir.no/barnevernsreformen>
- 114 Thonstad M, Ekornrud T, Stølan SBC. Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019: analyse av tilbud for livsstilsendringer og mestring av sykdom. Oslo: SSB; 2020. Rapporter 2020/54. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/441034?ts=17674b5b0a8>
- 115 Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene: utfordringer og forbedringsområder for tilbud i helseforetak og kommuner og samhandlingen mellom tjenestenivåene: forprosjekt. Oslo: De regionale helseforetakene og HelseDirektoratet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/laering-og-mestring-i-helse-og-omsorgstjenestene/L%C3%A6ring-%20og%20mestring%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20-%20rapport.pdf>
- 116 Lovgrunnlaget for koordinerende enhet i kommunene. Kapittel 12.2. I: Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: nasjonal veileder [nettdokument]. Oslo: HelseDirektoratet [oppdatert 03.12.2018; lest 17.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/koordinerende-enhet-for-habilitering-og-rehabilitering-i-kommunen-og-i-spesialisthelsetjenesten/lovgrunnlaget-for-koordinerende-enhet-i-kommunene>
- 117 Abildsnes E, Meland E, Samdal GB, Stea TH, Mildestvedt T. Stakeholders' expectations of Healthy Life Centers: A focus group study. Scand J Public Health 2016;44(7):709–17.

- 118 Selvhjelp Norge: nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp [nettdokument]. Oslo: Selvhjelp Norge [oppdatert 2013; lest 19.3.2013]. Tilgjengelig fra: <http://selvhjelp.no/>
- 119 Øverland S, Knudsen AK, Vollset SE, Kinge JM, Skirbekk V, Tollånes MC. Sykdomsbyrden i Norge i 2016: Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016). Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016/>
- 120 Fylkesvise resultater om sykdomsbyrde [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 11.06.2021; lest 11.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/fylkesvise-resultater-om-sykdomsbyrde/>
- 121 Båtevik FO, Tønnesen A, Barstad J, Aarflot U. Ein resept å gå for?: evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald. Volda: Møreforskning Volda; 2008. Arbeidsrapport nr. 225. Tilgjengelig fra: http://www.moreforsk.no/download.aspx?object_id=9DD098C8705E4D2FB4B51865F180D745
- 122 Helgerud J, Eithun G. Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune. Hokksund: Hokksund rehabiliteringssenter; 2010.
- 123 Bjørnerud AM, Holm I. Fysisk aktivitet på resept: tre års oppfølging av aktivitetsnivå og helse relatert livskvalitet [mastergrad]. Göteborg: Nordic School of Public Health NHV; 2014. Tilgjengelig fra: <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:778969/FULLTEXT01.pdf>
- 124 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 [mastergrad]. Oslo: Norges idrettshøgskole; 2008.
- 125 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. J Phys Act Health 2013;10(7):1016–23.
- 126 Loland M. Endring i helse relatert livskvalitet gjennom et ettårig kommunalt livsstilsendringstiltak. Fysioterapeuten 2014;81(2):20–5.
- 127 Bjurholt KF. Evaluering av norske frisklivssentraler: en prospektiv intervensjonsstudie. Trondheim: NTNU; 2014. Tilgjengelig fra: <http://Frisklivssentralen.no/wp-content/uploads/2012/05/Bjurholt-Kristin1-2014.pdf>
- 128 Dybdahl C. Selvrapportert funksjonsevne hos deltakere på fysisk aktivitet på resept: en studie med spesiell referanse til Oppland fylke i perioden 2006 til 2009 [mastergrad]. Ås: Universitetet i Ås; 2014. Tilgjengelig fra: <https://nmbu.brage.unit.no/nmbu-xmlui/handle/11250/217516>
- 129 Blom EE. Physical activity level and health-related quality of life among participants attending Healthy Life Centers: A prospective observational study with a 15-month follow-up [Doktoravhandling]. Trondheim: NTNU; 2020. Doctoral theses at NTNU;2020:348.
- 130 Blom EE, Aadland E, Skrove GK, Solbraa AK, Oldervoll LM. Health-related quality of life and physical activity level after a behavior change program at Norwegian healthy life centers: a 15-month follow-up. Qual Life Res 2020;29(11):3031–41.
- 131 Hauge HCU. Faktorer som bidrar til fortsatt fysisk aktivitet etter deltagelse i Frisklivssentral: en kvalitativ studie [mastergrad]. Göteborg: Nordic Council of Ministers, Nordic School of Public Health NHV; 2014. MPH 2014:10. Tilgjengelig fra: <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:756949/FULLTEXT01.pdf>

- 132 Lie SS. Stor og sterk – evaluering av fysiologiske effekter av et livsstilsendingsprogram [mastergrad]. Stavanger: Universitetet i Stavanger; 2012.
- 133 Eliassen M. Frisklivssentralen som utgangspunkt for varige livsstilsendringer – en kvalitativ studie [mastergrad]. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://munin.uit.no/handle/10037/6568>
- 134 Anderberg GO. Ett år etter frisklivsresept: en kvalitativ studie om deltakerens opplevelse av endring [mastergrad]. Ås: Norwegian University of Life Sciences; 2014. Tilgjengelig fra: <https://nmbu.brage.unit.no/nmbu-xmlui/handle/11250/217514>
- 135 Andersen SL. Deltakeres opplevelser og erfaringer i tilknytning til røykesluttkurs i regi av frisklivssentraler [mastergrad]. Elverum: Høgskolen i Hedmark; 2014.
- 136 Dahl A-M. «Bra mat for bedre helse» kurs: en undersøkelse av deltakeres erfaringer [mastergrad]. Elverum: Høgskolen i Hedmark 2013. Tilgjengelig fra: <https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/132266>
- 137 Kaurstad G, Oterhals G, Bachmann K. Gir deltagelse i Frisklivssentralen i Molde et friskere liv? Deltagernes opplevelse av tilbudet, endring i fysiske parametere og helseatferd etter 3 måneder. Molde: Møreforskning Molde; 2013. Rapport 1308. Tilgjengelig fra: http://www.moreforsk.no/download.aspx?object_id=109CAA72CCA445AAB012780DAB90E68B
- 138 Lauvang M. Frisklivsresept som virkemiddel for atferdsendring [mastergrad]. Ås: Norwegian University of Life Sciences; 2014.
- 139 Sand NB. Et helhetlig blikk på en helhetlig sentral: en kvalitativ studie av Frisklivssentralen i Moss = A comprehensive view of a holistic center : a qualitative study of the healthy living center in Moss [mastergrad]. Ås: Universitetet for miljø- og biovitenskap Institutt for landskapsplanlegging; 2013. Tilgjengelig fra: <https://nmbu.brage.unit.no/nmbu-xmlui/handle/11250/188451>
- 140 Selø B. Deltakeres opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en frisklivssentral [mastergrad]. Elverum: Høgskolen i Hedmark; 2013. Master folkehelsevitenskap. Tilgjengelig fra: <https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/132258>
- 141 Denison E, Vist GE, Underland V, Berg R. Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2012. Rapport fra kunnskapssenteret nr 12-2012. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2012/effekter-av-organisert-oppfolging-pa-atferd-som-oket-risiko-for-sykdom-hos-/>
- 142 Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013;(5):CD000165.
- 143 Ivarsson BH. Sjukdomsförebyggande metoder: samtal om levnadsvanor i vården. Stockholm: Natur Kultur Akademisk; 2014.
- 144 Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemiö K, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. Lancet 2006;368(9548):1673–9.
- 145 Metoder för rökavvänjning: sammanfattning och slutsatser. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2003. Tilgjengelig fra: http://www.sbu.se/contentassets/17b2876d91ef446097835d827cbefca8/rokrapporten_slutsatser.pdf

- 146 Ommundsen Y, Aadland A. Fysisk inaktive voksne i Norge: hvem er inaktive – og hva motiverer til økt fysisk aktivitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1740. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20inaktive%20voksne%20i%20Norge%20%E2%80%93%20hvem%20er%20inaktive%20og%20hva%20motiverer%20til%20%C3%B8kt%20fysisk%20aktivitet.pdf>
- 147 Olsson SJ, Borjesson M, Ekblom-Bak E, Hemmingsson E, Hellenius ML, Kallings LV. Effects of the Swedish physical activity on prescription model on health-related quality of life in overweight older adults: a randomised controlled trial. BMC public health 2015;15:687.
- 148 Kallings LV. Fysisk aktivitet på recept i Norden: erfaringer og anbefalinger. [s.l.]: Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet; 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:734094/FULLTEXT01.pdf>
- 149 Oldervoll LM, Lillefjell M. Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling: Innherredsmodellen – trinn 1 : kunnskapsoversikt. Trondheim: Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU; 2011. Rapportserie fra Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU 2011/2. Tilgjengelig fra: https://www.levanger.kommune.no/Global/Tjenester/helse/frisklivssentral/kunnskapsoversikt_2011.pdf
- 150 Metoder för att främja fysisk aktivitet: en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2007. Tilgjengelig fra: http://www.sbu.se/contentassets/c2cb6581355047b48367f19e1c9e3700/fysisk_aktivitet.pdf
- 151 Denison E, Underland V, Berg R, Vist GE. Effekter av mer enn tre måneders organisert oppfølging på fysisk aktivitet og kosthold hos personer med økt risiko for livsstilsrelatert sykdom. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten; 2014. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 16–2014. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2014/effekter-av-mer-enn-tre-maneders-organisert-oppfolging-pa-fysisk-aktivitet/>
- 152 Fordeler ved å slutte å røyke [nettdokument]. Oslo: helsenorge.no [oppdatert 14.12.2021; lest 08.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/snus-og-roykeslutt/fordeler-ved-a-slutte-a-royke/>
- 153 Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328(7455):1519.
- 154 Tobak och avvänjning: en faktaskrift om behovet av prioritering av tobaksavvänjning. rev utg. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2009. R 2009:17.
- 155 Metoder för rökavvänjning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 1998. SBU-rapport 138.
- 156 Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Morgan L, Lohr KN. Tobacco use: prevention, cessation, and control. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006. Evidence report/technology assessment 140 / Report No.: 06-E015. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38122/>
- 157 Ivarsson BH, red. Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården: en kunnskapssammanställning med praktiske råd och verktyg för hälso- och sjukvårdspersonal 2007. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Socialstyrelsen; 2007. Statens folkhälsoinstitut 2007:16.
- 158 Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, Christophi CA, Hoffman HJ, Brenneman AT, et al. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. Lancet 2009;374(9702):1677–86.

- 159 Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 2003;26(12):3230–6.
- 160 Holme I, Retterstøl K, Norum KR, Hjermann I. Lifelong benefits on myocardial infarction mortality: 40-year follow-up of the randomized Oslo diet and antismoking study. *J Intern Med* 2016;280(2):221–7.
- 161 Beck AM, Stenbæk Hansen B, Stage Hansen G, Holst M, Hejgaard T, Sode V, et al. Notat til anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til pasienter med kroniske sykdomme i forhold til en ernæringsinnsats. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
- 162 Økonomisk evaluering av helsetiltak: en veileder. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1958. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/okonomisk-evaluering-av-helsetiltak/%C3%98konomisk%20evaluering%20av%20helsetiltak%E2%80%93%20Veileder.pdf>
- 163 Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker: helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2264. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202010.pdf>
- 164 Klepp KI, red. Folkehelsearbeidet: veien til god helse for alle. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1846. (Utviklingstrekkrapporten 2010).
- 165 Samfunnsøkonomiske beregninger av tiltak innen kosthold og fysisk aktivitet: oversikt og forslag til beregninger. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2273. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsokonomiske-beregninger-av-tiltak-innen-kosthold-og-fysisk-aktivitet/Samfunns%C3%B8konomiske%20beregninger%20av%20tiltak%20innen%20kosthold%20og%20fysisk%20aktivitet.pdf>
- 166 Sælensminde K, Torkilseng E. Samfunnsøkonomiske kostnader av røyking: en vurdering av metodikk og kostnadenes størrelsesorden. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1825. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsokonomiske-kostnader-av-royking-en-vurdering-av-metodikk-og-kostnadenes-storrelsesorden/Samfunns%C3%B8konomiske%20kostnader%20av%20r%C3%B8yking%E2%80%93%20en%20vurdering%20av%20metodikk%20og%20kostnadenes%20st%C3%B8rrelsesorden.pdf/>
- 167 Nasjonalt råd for ernæring. Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer: metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer-metodologi-og-vitenskapelig-kunnskapsgrunnlag/Kostr%C3%A5d%20for%20%C3%A5%20fremme%20folkehelsen%20og%20forebygge%20kroniske%20sykdommer%20%E2%80%93%20metodologi%20og%20vitenskapelig%20kunnskapsgrunnlag.pdf>
- 168 Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens institut for folkesundhed; 2006. Tilgjengelig fra: http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf
- 169 Estimering af niveauet for de samfundsmæssige omkostninger i 2012 på baggrund af resultater fra rapporten «Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark» (Sundhedsstyrelsen 2006) [internt notat]. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2012.

- 170 Eriksson MK, Hagberg L, Lindholm L, Malmgren-Olsson EB, Osterlind J, Eliasson M. Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. *Arch Intern Med* 2010;170(16):1470–9.
- 171 Diabetes Prevention Program (DPP). Bethesda, MD: Clearinghouse NDI; 2008. NIH Publication No. 09-5099.
- 172 Pan X-R, Li G-W, Hu Y-H, Wang J-X, Yang W-Y, An Z-X, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance: The Da Qing IGT and diabetes study. *Diabetes Care* 1997;20(4):537–44.
- 173 Lindgren P, Lindstrom J, Tuomilehto J, Uusitupa M, Peltonen M, Jonsson B, et al. Lifestyle intervention to prevent diabetes in men and women with impaired glucose tolerance is cost-effective. *Int J Technol Assess Health Care* 2007;23(2):177–83.
- 174 Delahanty LM. Nutritional considerations in type 2 diabetes mellitus. UpToDate [database]. Waltham, MA: UpToDate, Inc [opdatert 06042020; lest 17.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/nutritional-considerations-in-type-2-diabetes-mellitus>
- 175 Aas AM. Lifestyle intervention and insulin in the treatment of type 2 diabetes: the effect of different treatment modalities on body weight and cardiovascular risk [doktorgrad]. Oslo: Unipub; 2008.
- 176 Herman WH, Hoerger TJ, Brandle M, Hicks K, Sorensen S, Zhang P, et al. The cost-effectiveness of lifestyle modification or metformin in preventing type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance. *Ann Intern Med* 2005;142(5):323–32.
- 177 Pavlovich WD, Waters H, Weller W, Bass EB. Systematic review of literature on the cost-effectiveness of nutrition services. *J Am Diet Assoc* 2004;104(2):226–32.
- 178 Dalziel K, Segal L. Time to give nutrition interventions a higher profile: cost-effectiveness of 10 nutrition interventions. *Health Promot Int* 2007;22(4):271–83.
- 179 Appel LJ, Anderson CA. Compelling evidence for public health action to reduce salt intake. *N Engl J Med* 2010;362(7):650–2.
- 180 Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, Moran A, Lightwood JM, Pletcher MJ, et al. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2010;362(7):590–9.
- 181 Cerqueira C, Jørgensen T, Helms Andreasen A, Siganos G, Toft U. Konsekvensberegninger for reduktion af danskernes saltindtag. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.frederiksberghospital.dk/ckff/pnw/Documents/Konsekvensberegninger%20for%20reduktion%20af%20danskernes%20saltindtag.pdf>
- 182 Sælensminde K, Torkilseng E. Vunne kvalitetsjusterte leveår (QALYs) ved fysisk aktivitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1794. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/vunne-kvalitetsjusterte-levear-qalys-ved-fysisk-aktivitet/Vunne%20kvalitetsjusterte%20leve%C3%A5r%20QALYS%20ved%20fysisk%20aktivitet.pdf>
- 183 Helsedirektoratet, Avdeling finansiering og DRG, Innspill til ny oppdatering av reduserte helsekostnader for gående og syklende, samt konsistensvurderinger av verdsetting av liv og helse anvendt i ulike sammenhenger i Statens vegvesens Håndbok 140. Notat til: Statens vegvesen, Vegdirektoratet, Oslo, 29. januar 2014.

- 184 Ekornrud T, Thonstad M. Frisklivssentraler i kommunane: kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod. Oslo: SSB; 2016. Rapport 2016/07. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/256787?ts=15308376750>
- 185 Hovengen R, Strand BH. Barns vekst i Norge – resultat 2010. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2011. Barnevekststudien: Høyde, vekt og livvidde målt blant 3.-klassinger.
- 186 Overvekt og fedme i Noreg. I: Folkehelse rapporten [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 04.10.2017; lest 08.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
- 187 Lærum E, Brage S, Ihlebæk C, Johnsen K, Natvig B, Aas E. Et muskel- og skjelettregnskap: Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet. Oslo: FORMI, Klinik for kirurgi og nevrofag; 2013. MST-rapport 1/2013. Tilgjengelig fra: https://fysio.no/content/download/6177/146623/version/1/file/rapport_musssp_online.pdf
- 188 Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2015;386(9995):743–800.
- 189 Bjorvatn B. Bedre søvn: en håndbok for deg som sover dårlig. Bergen: Vigmostad & Bjørke; 2007.
- 190 Irwin MR, Cole JC, Nicassio PM. Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. Health Psychol 2006;25(1):3–14.
- 191 Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. J Consult Clin Psychol 1995;63(1):79–89.
- 192 Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. Am J Psychiatry 1994;151(8):1172–80.
- 193 2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2008. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf
- 194 Major EF. Hvordan påvirker levevaner vår psykiske helse? forebygging.no [nettdokument]. Narvik: KoRus-Nord [oppdatert 2015; lest 21.1.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.forebygging.no/Artikler/-2015/Hvordan-pavirker-levevaner-var-psykiske-helse/>
- 195 Gradientutfordringen: Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS-1229. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gradientutfordringen/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf>
- 196 Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. Rapport 2009:8.
- 197 Ochner CN, Tsai AG, Kushner RF, Wadden TA. Treating obesity seriously: when recommendations for lifestyle change confront biological adaptations. Lancet Diabetes Endocrinol 2015;3(4):232–4.
- 198 Strand BH, Madsen C. Sosiale helseforskjeller i Norge. I: Folkehelse rapporten: helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 14.05.2018; lest 11.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
- 199 Sykefravær, 4. kvartal 2012 [nettdokument]. Oslo: SSB [oppdatert 14.3.2013; lest 8.2.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/sykefratot/kvartal/2013-03-14>

- 200 Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge: oppdaterte analyser basert på nye nasjonale anbefalinger i 2014. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2183. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitetsniv%C3%A5%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge%20%E2%80%93%20oppdaterte%20analyser%20basert%20p%C3%A5%20nye%20nasjonale%20anbefalinger%20i%202014.pdf>
- 201 Totland TH, Melnæs BK, Lundberg-Hallén N, Helland-Kigen KM, Lund-Blix NA, Myhre JB, et al. Norkost 3: en landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i Norge i alderen 18–70 år, 2010–11. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-2000. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/301/Norkost-3-en-landsomfattende-kostholdsundersokelse-blant-menn-og-kvinner-i-norge-i-alderen-18-70-ar-2010-11-IS-2000.pdf>
- 202 Thorsen K, Clausen S-E. Hvem er de ensomme? Samfunnsspeilet 2009;23(1):74–8.
- 203 Tønnessen M. Befolkningsframskrivinger 2014–2100: hovedresultater. Økonomiske analyser 2014;33(4):30–6.
- 204 Christiansen STG. Befolkningen i Norge. I: Folkehelse rapporten: helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 13.09.2021; lest 11.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/befolkningen/>
- 205 Straiton ML, Arnesen TM, Reneflot A. Helse i innvandrerbefolkningen. I: Folkehelse rapporten: helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 14.05.2018; lest 11.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>
- 206 Barstad A. Levekår og livskvalitet: vitenskapen om hvordan vi har det. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2014.
- 207 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250 Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> .
- 208 Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- 209 Organisering av læring og mestring i kommuner og helseforetak. Kapittel 6.3. I: Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: nasjonal veileder [nettdokument]. rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 03.12.2018; lest 17.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/laering-og-mestring-i-helse-og-omsorgstjenesten/organisering-av-laering-og-mestring-i-kommuner-og-helseforetak>
- 210 Hverdagsglede [nettdokument]. Oslo: Rådet for psykisk helse [oppdatert 15.11.2021; lest 12.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://psykiskhelse.no/hverdagsglede>
- 211 Fem råd for økt livskvalitet og sterkere psykisk helse [nettdokument]. Oslo: helsenorge.no [oppdatert 05.12.2019; lest 12.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/fem-rad-for-sterkere-psykisk-helse>
- 212 Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven). LOV-2001-06-15 nr 53. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53>
- 213 Helsefellesskap [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 2022; lest 12.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap>

- 214 Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten: veileder til lov og forskrift [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 29.10.2018; lest 04.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- 215 Andreassen TA. Brukermedvirkning i helsetjenesten: arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser. Oslo: Gyldendal akademisk; 2005.
- 216 Jamtvedt G, Hagen KB. Brukermedvirkning i kunnskapsbasert fysioterapi. Fysioterapeuten 2015;82(2):30.
- 217 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- 218 Pårørendeveileder: nasjonal veileder [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 28.01.2019; lest 12.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paorendeveileder>
- 219 Helse- og omsorgspersonell har ansvar for å bruke tolk når pasienten har begrensede norskkunnskaper [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 15.03.2021; lest 04.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/allmennlegetjenesten/helse-og-omsorgspersonell-har-ansvar-for-a-bruke-tolk-nar-pasienten-har-begrensede-norskkunnskaper>
- 220 Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR 2012-08-29 nr 842. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- 221 mestrings.no [nettside]. Oslo: Oslo universitetssykehus HF [oppdatert 20.1.2016; lest 25.1.2016]. Tilgjengelig fra: <http://mestrings.no/>
- 222 Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. FOR-2003-04-03-450. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>
- 223 Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004. IS-1154. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter20fha/is-1154_2619a.pdf
- 224 Samhandlingsreformen: lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak: nasjonal veileder. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- 225 Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i pasientforløp. rev. utg. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2021. HITS 80806:2012. Tilgjengelig fra: <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/bruk-av-pleie-og-omsorgsmeldinger-i-pasientforlop>
- 226 Lærings- og mestringsaktivitet: organisering av aktivitet [nettdokument]. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse [oppdatert 07.12.2018; lest 04.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://mestrings.no/laerings-og-mestringsaktivitet/organisering/>
- 227 Veileder i digital pasientkommunikasjon for helse- og omsorgssektoren. 3. utg. Oslo: Normen; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.ehelse.no/normen/veiledere/veileder-digital-pasientkommunikasjon>

- 228 Forskrift om pasientjournal. FOR 2000-12-21 nr 1385. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>
- 229 Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2015-07-01-853. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-07-01-853>
- 230 Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren. Versjon 6.0. Oslo: Styringsgruppen for Normen; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.ehelse.no/normen/normen-for-informasjonssikkerhet-og-personvern-i-helse-og-omsorgssektoren>
- 231 Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven). LOV-2014-06-20-42. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42>
- 232 Taushetsplikt og opplysningsrett. Kapittel 5 I: Lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven) LOV-1999-07-02-64. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5
- 233 Helsepersonelloven med kommentarer [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 28.06.2018; lest 17.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>
- 234 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). LOV-1967-02-10. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>
- 235 Informasjon og støtte til barn som pårørende. Kapittel 5. I: Pårørendeveileder [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 28.01.2019; lest 11.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder/informasjon-og-stotte-til-barn-som-parende>
- 236 Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven). LOV-2000-04-14 nr 31. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- 237 Noark 5: Norsk arkivstandard. Versjon 5.0. Oslo: Arkivverket; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.arkivverket.no/forvaltning-og-utvikling/noark-standarder/noark-5/noark5-standarder>
- 238 Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 20.12.2021; lest 17.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- 239 Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven). LOV-2014-06-20-43. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43>
- 240 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02 nr 61. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- 241 Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging: vedtatt ved kongelig resolusjon 12. juni 2015. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/2f826bdf1ef342d5a917699e8432ca11/nasjonale_forventninger_bm_ny.pdf
- 242 Sammen – mot kreft: nasjonal kreftstrategi 2013–2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

- 243 Gratis hjelp til røykeslutt – pilotprosjekt i opptaksområdet til Vestre Viken helseforetak [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 21.01.2022; lest 04.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/gratis-hjelp-til-roykeslutt-pilotprosjekt-vestre-viken-hf>
- 244 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023: Kortversjon av Meld. St. 7 (2019–2020). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>
- 245 Klima- og miljødepartementet. Friluftsliv: natur som kilde til helse og livskvalitet. Meld. St. 18 (2015–2016). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/9147361515a74ec8822c8dac5f43a95a/no/pdfs/stm201520160018000dddpdfs.pdf>
- 246 Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021): sunt kosthold, måltids glede og god helse for alle! Oslo: Departementene; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf
- 247 Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet; 2021. IS-3023. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/Strategi%202021%20%E2%80%93%20Strategi%20for%20fagfeltet%20arbeid%20og%20helse.pdf>
- 248 Røykeavvenning: nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 13.12.2016; lest 12.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/roykeavvenning>
- 249 Nasjonal plan for selvhjelp 2014–2018. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2168. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-plan-for-selvhjelp-2014-2018/Nasjonal%20plan%20for%20selvhjelp%202014-2018.pdf>
- 250 Bäcklund S, Enstad F, Frøyland K, Gimse AØ, Hoel I, Ingerslev H. Fra bekymring til handling: en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. 4. oppl. [i.e. ny utg.]. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1742.
- 251 Barn og unge med habiliteringsbehov: samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2396. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1121/Barn-og-unge-med-habiliteringsbehov-samarbeid-mellom-helse-og-omsorgssektoren-og-utdanningssektoren.pdf>
- 252 Mat og måltider i barnehagen: nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 04.05.2021; lest 17.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/mat-og-maltider-i-barnehagen>
- 253 Mat og måltider i skolen: nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i skolen [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 29.09.2015; lest 17.01.2022]. rev.: [Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/mat-og-maltider-i-skolen>
- 254 Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2076. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf>

- 255 Alternativer til vanedannende legemidler. Kapittel 2. I: Vanedannende legemidler: nasjonal veileder [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 19.10.2021; lest 11.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/alternativer-til-vanedannende-legemidler>
- 256 Koronavirus – beslutninger og anbefalinger nasjonal veileder [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 11.01.2022; lest 12.01.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus>
- 257 Brukermedvirkning [nettdokument]. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet [oppdatert 1.3.2012; lest 25.1.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/krd/tema-og-redaksjonelt-innhold/kampanjesider/2007/kvalitetskommune-programmet/verktoykasse/brukermedvirkning/brukermedvirkning/id582859/>
- 258 Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 2002;325(7375):1263.
- 259 Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis. 3. utg. Oslo: Universitetsforl.; 2010.
- 260 Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Prop. 90 L (2010–2011). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/156cc635411248bda507c9411bdf4cd0/no/pdfs/prp201020110090000dddpdfs.pdf>
- 261 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR-2011-12-16-1256. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- 262 Iversen SM, Bremnes O, Sæter T. Helhetlig pasientforløp for brukere med behov for koordinerte tjenester. Stjørdal: Helse midt-Norge RHF; 2013. Tilgjengelig fra: <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Sakspapirer/Sak%2021-13%20Vedlegg%20Tjenesteavtale%202%20Vedlegg%201%20Helhetlig%20pasientforl%C3%B8p%20for%20brukere%20med%20behov%20for%20koordinerte%20tjenester.PDF>
- 263 Health promotion glossary. Geneva: World health organization; 1998. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- 264 Well-being på norsk. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2344. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/971/Well-being%20på%20norsk%20IS-2344.pdf>
- 265 Fugelli P, Ingstad B. Helse på norsk: god helse slik folk ser det. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
- 266 Tones K, Green J. Health promotion: planning and strategies. London: Sage Publications; 2004.
- 267 Antonovsky A. Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask. København: Hans Reitzel Forlag; 2000.
- 268 Hjort PF. Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I: Lorentzen PE, Åker J, Berge T, red. Helsepolitikk og helseadministrasjon. Oslo: Tanum-Norli; 1982. s. 11–31.
- 269 Helsepedagogikk [nettdokument]. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse [oppdatert 6.1.2016; lest 1.9.2016]. Tilgjengelig fra: <http://mestring.no/helsepedagogikk/>
- 270 Kognitiv terapi [nettdokument]. Hønefoss: Norsk forening for kognitiv terapi [oppdatert 2016; lest 25.1.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/>

- 271 Kunnskapsbasert praksis [nettside]. Bergen og Oslo: Folkehelseinstituttet, Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Oslo [oppdatert 2018; lest 12.01.2022]. Tilgjengelig fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/>
- 272 Likepersonsarbeid i PTØ Norge [nettdokument]. [s.l.]: PTØ Norge [oppdatert 2015; lest 25.1.2016]. Tilgjengelig fra: http://www.pto-norge.no/pto_norge_1/likepersonsarbeid/likepersonsarbeid_i_pto_norge
- 273 Djuve AB, Kavli HC, Hagelund A. Kvinner i kvalifisering: introduksjonsprogram for nyankomne flyktninger med liten utdanning og store omsorgsoppgaver. Oslo: Fafo; 2011. Fafo-rapport 2011:02. Tilgjengelig fra: http://www.fafo.no/media/com_netsukii/20193.pdf
- 274 Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. En helhetlig integreringspolitikk. Meld.St. 6 (2012–2013). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-6-20122013/id705945/>
- 275 Psykisk helse i Norge: psykiske plager og lidelser hos voksne – faktaark med helsestatistikk [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 11.5.2015; lest 14.1.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>
- 276 Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. St.meld. nr. 20 (2006–2007). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>
- 277 Glavin K, Erdal B. Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i kommune-Norge. Oslo: Kommuneforlaget; 2013.