

Rapport for oppdrag TB2024-45:

Arbeidet i og effekt av tilbudet i kommunale frisklivssentrales

- En gjennomgang av litteratur med data fra kommunale frisklivssentrales i Norge.



Sammendrag

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2024 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å *Evaluere effekten av frisklivstilbud i Norge. Evalueringen skal gi grunnlag for å utrede oppfølgingsmodeller for "Grønn resept" (TB2024-45)* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024b). Denne rapporten oppsummerer det samlede nåværende kunnskapsgrunnlaget om tilbudet i og resultater av arbeidet i kommunale frisklivssentraler i Norge, hvilke faktorer som har betydning for effekten, samt implikasjoner for praksis og videre forskning. Oppdraget inngår i arbeidet med oppfølging av anmodningsvedtak fra Stortinget i 2023 og i grunnlaget for arbeidet med oppdrag TB2024 – 45: *Utrede oppfølgingsmodeller for «grønn resept»*.

Resultatene i rapporten bygger på en utforskende litteraturstudie (scoping review) for å identifisere et bredt omfang av litteratur med ulike problemstillinger knyttet til kommunale frisklivssentraler i Norge. Det ble gjennomført litteratursøk i et bredt utvalg av databaser. I tillegg ble det inkludert dokumentasjon fra praksisfeltet i form av årsrapporter og søknader fra kommuner om å ha [utviklingssentral](#). Fagfellevurderte artikler, vitenskapelige rapporter og masteroppgaver ble inkludert. Studier utenfor Norge, bacheloroppgaver og publikasjoner av studier uten metodebeskrivelse ble ekskludert.

Resultatene i denne oppsummeringen viser at frisklivssentraler er etablert som en del av det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet i de fleste kommuner i Norge, men antall årsverk, antall deltakere og type tilbud varierer mellom kommunene. Funn fra både kvantitative og kvalitative studier viser at; frisklivssentralene når høyrisikogrupper, en stor andel av deltakerne har komplekse helseutfordringer, deltakerne får bedre livskvalitet etter deltakelse og positive endringer i fysisk og psykisk helse. Deltakere som får oppfølging ved frisklivssentraler opplever å få god støtte til endring av levevaner og positive endringer i form av bedre kondisjon, økt livskvalitet, redusert risiko for diabetes, og redusert KMI og midjemål. Deltakerne oppgir at å få sosial støtte og individuelt tilpasset oppfølging, er viktig for motivasjon til endring av levevaner. Det er ingen studier som viser negative endringer i noen av utfallsmålene etter deltakelse på frisklivssentral.

Noen effekter av tilbudet i frisklivssentraler har vi mangelfull kunnskap om. Det gjelder blant annet hva som skjer med deltakerne etter endt oppfølging ved frisklivssentral, effekter på arbeidsdeltakelse og samfunnsdeltakelse. Det gjelder også hva som er effektive metoder og tilnærminger for å guide deltakerne over i andre tilbud, effekten av digitale tilbud, samt flere samfunnsøkonomiske analyser.

Frisklivssentralene fremstår som et kostnadseffektivt virkemiddel for å redusere byrden av ikke-smittsomme sykdommer. Uten klare nasjonale krav til prioritering og organisering samt bedre finansieringsordninger, er det krevende for kommunene å satse langsiktig og systematisk på forebygging og frisklivssentraler og å oppnå likeverdig tilgang til tjenesten for alle innbyggere.

For å realisere potensialet i frisklivssentralene, bør det vurderes:

- å lovfeste helsetjenester som gir støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer for voksne og eldre.
- å tydeliggjøre minstekrav til innhold, ressurser og kompetanse
- å styrke samarbeid mellom frisklivssentraler, fastleger, NAV, spesialisthelsetjenesten og andre aktører
- å evaluere status og utvikle modeller for
 - interkommunalt samarbeid
 - digitale tilbud
 - arbeid med "utslusing" eller videreføring til andre lokale arenaer

- tilbakeføring til arbeidsdeltakelse eller annen samfunnsdeltakelse
- å styrke dokumentasjon og data fra tjenestene som grunnlag for tjenesteutvikling og forskning
- å utvikle løsninger for bedre tilgang til informasjon om tjenesten

Frisklivssentralene har potensial til å styrke den helsefremmende og forebyggende innsatsen i kommunehelsetjenesten, redusere sosial ulikhet i helse og bidra til mer bærekraftige helsetjenester. For å lykkes med dette trengs tydelige prioriteringer i tråd med politiske føringer og styrking av nasjonal støtte til kommunene, inkludert finansiering til videre utvikling av tilbudet.

Innhold

Sammendrag	2
1. BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR OPPDRAGET	7
1.2 Kunnskapsgrunnlag	9
1.3 Fremtidens helsetjeneste	11
2. BESKRIVELSE AV OPPDRAGET	11
2.1 Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet	11
2.2 Konkretisering av oppdraget	11
2.3. Rammer for oppdraget	12
2.4 Avhengigheter	12
3. MÅLSETTING	13
4. MÅLGRUPPER og INTERESSEENTER	13
5. METODE OG GJENNOMFØRING	13
5.1 Design	13
5.2 Litteratursøk i databaser	13
5.3 Innhenting av annen relevant dokumentasjon	14
6. LITTERATUR INKLUDERT I KUNNSKAPSOVERSIKTEN	14
6.1. Publikasjoner fra litteratursøk i databaser	14
6.2 KOSTRA - kommune-stat-rapportering	15
6.3 Årsrapporter fra utviklingssentraler	15
6.4 Søknader om tilskudd til utviklingssentral	15
7. RESULTATER	15
7.1 Hva kjennetegner deltakere ved frisklivssentralene?	15
7.2 Hvordan virker det strukturerte oppfølgingstilbudet ved kommunale frisklivssentraler for deltakerne?	17
7.2.1 Endringer hos deltakere etter oppfølging ved frisklivssentraler	17
7.2.2 Deltakernes egne opplevelser og erfaringer etter oppfølging ved frisklivssentraler	24
7.3. Hvordan virker spesifikke kurs gjennomført ved kommunale frisklivssentraler for deltakerne?	26
7.4 Hvordan erfarer deltakere ved FLS som lever med overvekt og fedme å søke hjelp til å endre levevaner	28
7.5 Hvordan opplever ansatte og deltakere brukervedvirkning ved frisklivssentraler?	29
7.6 Frisklivssentralenes tilgjengelighet, tilbud, organisering og kompetanse	30
7.6.1 Forventninger til etablering og tilbud ved frisklivssentraler	30
7.6.2 Tilgjengelighet	30
7.6.3 Tilbud ved frisklivssentralene	31
7.6.4 Studie av gruppe-aktiviteter ved frisklivssentralene	31
7.6.5 Digitale løsninger	31

7.6.7	Årsverk og kompetanse	33
7.7	Samarbeid.....	33
7.7.1	Aktører som henviser til frisklivssentraler.....	33
7.7.2	Legenes erfaringer med frisklivssentraler	33
7.7.3	Frisklivssentralens samarbeid med ulike aktører	34
7.8	Samfunnsøkonomiske beregninger av tilbudet ved frisklivssentraler	35
8.	HVA MANGLER VI FORSKNING OM	35
9.	DISKUSJON.....	35
9.1.	Datamateriale og kvalitet på studiene inkludert i oppsummeringen	35
9.2	Frisklivssentralens målgrupper.....	37
9.2.1	Høyrisikogrupper benytter tilbudet i frisklivssentraler	37
9.2.2	Deltakere med sammensatte helseutfordringer krever intensiv oppfølging.....	37
9.2.3	Kjønnsforskjeller i deltakelse.....	38
9.2.4	Jobbtilhørighet	38
9.2.5	Behov for dialog om målgruppe og frisklivssentralens rolle i helhetlige pasientforløp.....	38
9.3.	Effekter og virkninger av det helhetlige tilbudet i frisklivssentraler	39
9.3.1	Det helhetlige tilbudet ved frisklivssentralene.....	39
9.3.2	Studiedesign for å måle effekter av komplekse intervensjoner.....	39
9.3.3	Effekter og endring i levevaner, helse og livskvalitet	40
9.3.4	Uklare resultater om endring i fysisk aktivitetsnivå	40
9.3.5	Forbedringer i kondisjon	40
9.3.6	Positive endringer i kosthold	41
9.3.7	Reduksjon i kroppsvekt og midjemål.....	41
9.3.8	Forbedringer i livskvalitet og psykisk helse	41
9.3.9	Brukernes erfaringer med tilbudet i frisklivssentraler	42
9.4	Effekt av spesifikke tilbud ved frisklivssentralene.....	43
9.4.1	Søvn og psykisk helse	44
9.5	Brukermedvirkning.....	44
9.6	Tilgjengelighet	45
9.7	Interkommunalt samarbeid som løsning på utfordringer.....	46
9.8	Digitale løsninger som verktøy for bedre tilgjengelighet og samarbeid med brukere, og økt kvalitet i tjenesten.....	46
9.8.1	Muligheter og barrierer ved digitalisering	47
9.9	Frisklivssentralens innhold og samarbeid med andre aktører	48
9.10	Samfunnsøkonomiske betraktninger	49
10.	OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING OG PRAKSIS	50
	VEDLEGG.....	52

VEDLEGG 1: Tilbud og "utslusingstiltak" ved Frisklivssentraler.....	52
Tabell A. Oversikt over tilbud ved Frisklivssentralene	52
Tabell B. Utslusingstiltak" ved Frisklivssentraler	53
VEDLEGG 2: Historikk – Utvikling av frisklivssentraler	54
Bakgrunn	54
Utvikling av oppfølgingsmodeller i kommunen	54
Evalueringer.....	55
Veileder for kommunale frisklivssentraler	56
Samhandlingsreformen	56
Utviklingen i andel kommuner med frisklivssentral 2011 - 2023.....	56
Hva er en frisklivssentral	56
Tilskuddsordning	57
Utviklingsentraler.....	57
Fra grønn resept til takst for livsstilsintervensjon.....	57
VEDLEGG 3 TABELLER A – K.....	59
Tabell A: Endringer i fysisk aktivitetsnivå hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge.....	59
Tabell B: Endringer i kondisjon hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge.....	61
Tabell C: Endringer i kosthold hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge.	62
Tabell D: Endringer i antropometri og kroppssammensetning hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge.....	64
Tabell E: Endringer i risiko for diabetes type 2 hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge.....	66
Tabell F: Endringer livskvalitet, selvrapportert helse og funksjon hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge.....	67
Tabell G: Endringer psykiske belastninger hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge	68
Tabell H: Endringer i motivasjon for fysisk aktivitet hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge	68
Tabell I: Endringer i sosiale aktiviteter hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge	69
Tabell J: Effekt av deltakelse i ulike kurs i kommunale frisklivssentraler i Norge	69
Tabell K: Opplevelse av brukermedvirkning i kommunale frisklivssentraler i Norge.....	74
REFERANSER	76

1. BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR OPPDRAGET

I Norge preges sykdomsbildet av kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjerte- og karsykdom, kreft, muskel-skjelett- og psykiske plager og lidelser (Folkehelseinstituttet, 2021a, 2021b; Øverland et al., 2018). Overvekt og fedme, søvnvansker, sosial isolasjon, ensomhet og mangel på sosial støtte er også sentrale utfordringer som øker risiko for dårlig helse og livskvalitet. Antallet personer som er 67 år eller eldre er mer enn doblet de siste 50 år, og forventes å øke fra dagens drøye 900 000 til 1,4 millioner i 2050. Dette skjer parallelt med at antallet 0-19 åringer synker. I år 2075 vil Norge bestå av 1,5 ganger så mange eldre som unge under 20 år. Innvandring til Norge har allerede stor betydning for det samlede befolkningstallet og vil få større betydning for eldrebefolkningen framover (Aalandslid, 2024). Den demografiske utviklingen gjør at vi får flere eldre. Bedre behandling gjør at mange lever lengre med kroniske sykdommer.

De fire viktigste risikofaktorene for sykdommene som dominerer utfordringsbildet er felles: usunt kosthold, fysisk inaktivitet, tobakk og risikofylt alkoholbruk. Personer med psykiske lidelser har i større grad ugunstige levevaner og økt sykkelighet og dødelighet av somatiske sykdommer (Mykletun et al., 2009). Samtidig er somatisk sykdom, kroniske tilstander, smerter og søvnproblemer viktige risikofaktor for utvikling av psykiske helseproblemer. Et økende antall personer har sammensatte helseutfordringer, det vil si mer enn en fysisk eller psykisk helseplage. Derfor må vi ha en mer helhetlig tilnærming til dem helse- og omsorgstjenesten skal hjelpe.

Dagens helseutfordringer kan forebygges og mestres ved hjelp av støtte til endring av levevaner, styrking av sosiale nettverk og satsing på tiltak som fremmer sunne levevaner i befolkningen. For eksempel kan fysisk aktivitet bidra til bedring i fysisk og psykisk helse, at vi kan stå lenger i arbeid, at vi kan være selvhjulpne lengst mulig og til å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

[Strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen](#) vektlegger at helsepersonell må ha kunnskap om og praktiske ferdigheter i å bygge helsekompetanse for brukere og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Hvordan helse- og omsorgstjenestene organiseres kan også påvirke den enkeltes helsekompetanse og mulighetene brukere har til å finne frem til riktige tilbud.

[Forprosjektrapporten om læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten](#) avdekket utfordringer og forbedringsområder for læring og mestringsvirksomheten i kommuner og helseforetak, og for samhandlingen mellom dem. Rapporten påviser store variasjoner i tilgjengelighet, organisering og målgrupper, samt innhold og kvalitet av tilbud både i helseforetak og kommuner. Lærings- og mestringsvirksomhet¹ synes ikke tilstrekkelig integrert i arbeidet med pasientforløp.

Kunnskapen om at sykdomsutviklingen i den norske befolkningen i økende grad var knyttet til levevaner og helseatferd, og god dokumentasjon for at endring av levevaner var effektivt i forebygging og behandling av en rekke sykdommer, var viktige årsaker til innføring av taksten Grønn resept i 2003. Målet var å bidra til at fastlegene i større grad skulle motivere og vektlegge levevaner i forebygging og

¹ Lærings- og mestringsvirksomhet i helse- og omsorgstjenesten omfatter individuell og gruppebasert informasjon, veiledning, opplæring, undervisning, ferdighetstrening og erfaringsdeling, og foregår både i den løpende kontakten brukere, pasienter og pårørende har med helsepersonell, og gjennom egne tilbud og likepersonsarbeid. Virksomheten er tverrfaglig, skal være kunnskapsbasert, rette oppmerksomhet mot den enkeltes ressurser og understøtte brukerens egen læringsprosess. Dette pedagogiske arbeidet har betydning for pasientsikkerheten og skal inngå i helhetlige forløp i alle helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Lærings- og mestringsvirksomhet omfatter også arbeid med levevaner, og tilbudet i kommunale frisklivssentraler er en del av lærings- og mestringsvirksomheten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024a).

behandling og at pasienter med økt risiko for eller allerede etablert sykdom skulle få bedre hjelp og støtte til endring av levevaner.

Det var imidlertid mangel på tilbud i kommunen som legene kunne henvise pasienter til for hjelp til endring av levevaner, noe legene også etterlyste (Bringedal et al., 2006). Over statsbudsjettet ble det fra 2003 bevilget midler til utprøving av oppfølgingsmodeller i kommuner. Dette utviklingsarbeidet resulterte i anbefaling om å opprette kommunale lavterskeltilbud for endring av levevaner (fysisk aktivitet, kosthold og tobakk).

I Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) ble behovet for kommunale lavterskeltilbud ytterligere vektlagt, og det var et mål at alle kommuner skulle etablere et slikt tilbud, som fikk et felles nasjonalt navn: Frisklivssentral. I kjølvannet av samhandlingsreformen har stadig flere kommuner etablert frisklivssentraler. Se vedlegg 2.

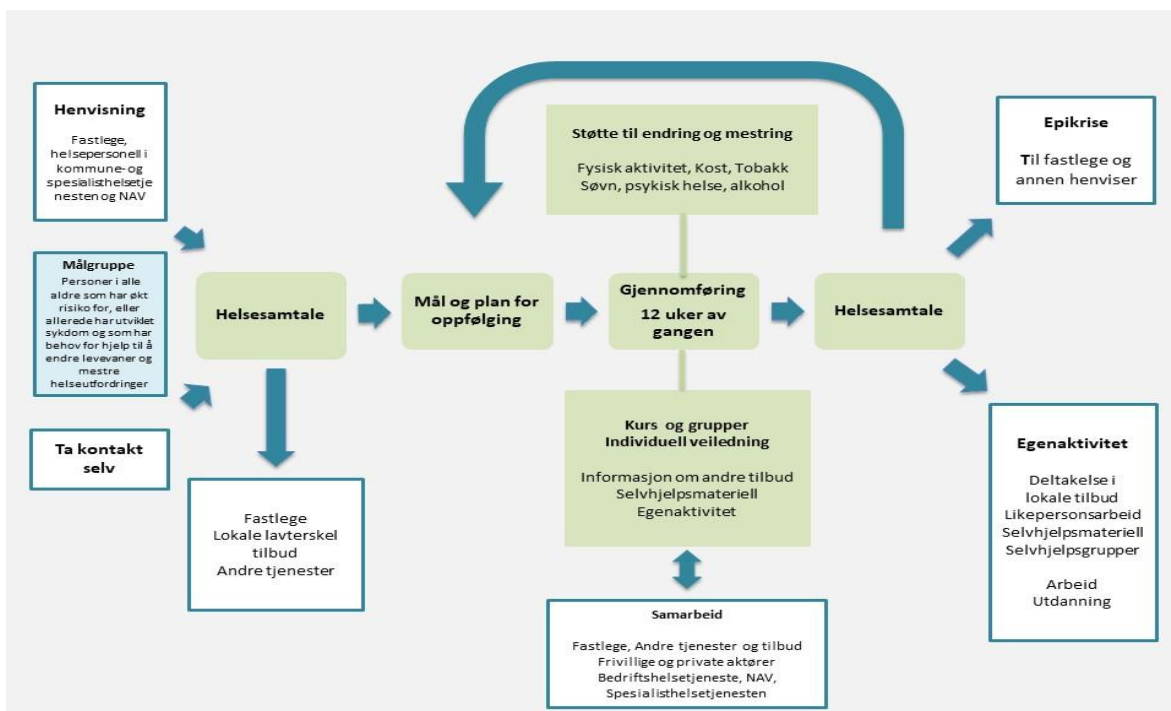
Alle kommuner har innbyggere med behov for helsetjenester som gir støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer og sykdom. Endringsprosesser tar tid, og å gi støtte til endring av levevaner krever ofte kompetanse og erfaring utover det helsepersonell får i sin grunnutdanning. Spesialisthelsetjenesten har mulighet til å få startet en prosess, men brukerne trenger også kommunale tilbud som kan gi kunnskapsbasert oppfølging over noe tid. Fastleger og andre kommunale helse- og omsorgstjenester har begrenset kapasitet til å gjøre dette.

1.1 Frisklivssentraler

Frisklivssentraler (FLS) er en kommunal helsetjeneste som gir støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer. Frisklivssentralens tilbud kan både benyttes for å forebygge eller begrense utvikling av sykdom, og være en del av behandling og rehabilitering i helhetlige forløp.

Frisklivssentralen skal ifølge [Veileder for kommunale frisklivssentraler](#) gi strukturert, tidsavgrenset, helhetlig og individuelt tilpasset oppfølging med individuell og grupperettet veiledning, informasjon og aktiviteter. Det strukturerte oppfølgingstilbudet utgjør basistilbudet ved frisklivssentralen og omfatter støtte til fysisk aktivitet, kosthold og tobakk (SSB, 2023). I mange kommuner tilbyr frisklivssentralene i tillegg hjelp til mestring av søvnvansker, psykiske helseutfordringer og risikofylt alkoholbruk. Oppfølgingen starter og avsluttes med en helsesamtale. Plan for individuelt tilpasset oppfølging lages av deltaker og veileder i fellesskap og tar utgangspunkt i brukerens funksjonsnivå og mål for deltakelse. Ved behov kan det gjennomføres kortere helsesamtaler underveis. Videre mål og plan vurderes etter 12 uker, og ved behov gis det tilbud om ytterligere oppfølging. Underveis skal deltakeren få informasjon om, og gjerne mulighet til å prøve ut, aktuelle lokale tilbud.

Frisklivssentralen samarbeider med et bredt spekter av aktører i og utenfor helse- og omsorgstjenesten for at deltakerne skal finne aktiviteter og tilbud de kan fortsette med etter oppfølgingsperioden. Målet er at deltakeren styrker sin helsekompetanse og lærer verktøy og metoder som setter dem i stand til å opprettholde endringer og mestre hverdagen med helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2022b). Se figur 1.



Figur 1: Det strukturerte oppfølgingstilbudet i kommunale frisklivssentraler. Ved behov kan det gjennomføres flere helsesamtaler i løpet av oppfølgingsperioden. Gjengitt fra Helsedirektoratet (2022e).

Anbefalingene i [Veileder for kommunale frisklivssentraler](#) for organisering av tjenesten og det strukturerte oppfølgingstilbudet, er utviklet i kommunene og bygger på modellforsøk og evaluering i flere kommuner og regioner (Helsedirektoratet, 2022b). Modellen gir kommunene fleksibilitet når det gjelder organisering og innhold. Tjenesten kan også organiseres som et interkommunalt samarbeid. Organisering, tittel på tjenesten og hvilke tilbud som legges til denne, tilpasses lokalt med utgangspunkt i innbyggernes behov for tjenester og eksisterende tilbud. Formålet med lokalt selvstyre er at tjenester skal kunne utformes og tilpasses lokale forhold for best mulig å møte befolkningens behov. Det lokale selvstyret kan derigjennom bidra til uønskede variasjoner i tilgjengelighet og kvalitet, og til at slike tjenester kan bli nedprioritert. Mange kommuner etterspør tydeligere føringer for plikten til kommunale frisklivssentraler (Helse Midt-Norge RHF et al., 2021; Helsedirektoratet, 2023).

Ved utgangen av 2023 hadde 66 prosent av kommuner og bydeler (236 av 370) tilbud om frisklivssentral til sine innbyggere. 87 prosent av befolkningen bor i disse kommunene (Ekorrud et al., 2025; Helsedirektoratet, 2024b). Det betyr at 13 prosent av befolkningen (34 prosent av kommunene) ikke har tilgang til slike helsetjenester. Helsetilbud om støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer i kommuner uten frisklivssentral ser ut til å være begrenset eller mangle helt. I 2022 var det 27 kommuner som ikke rapporterte om noen frisklivs-, lærings- og mestringstilbud (Thonstad et al., 2020). Tilgjengelighet er fortsatt avhengig av bosted og det er et stykke igjen før befolkningen har likeverdig tilgang på kommunale frisklivssentraler og andre lærings- og mestringstilbud (Thonstad et al., 2020).

1.2 Kunnskapsgrunnlag

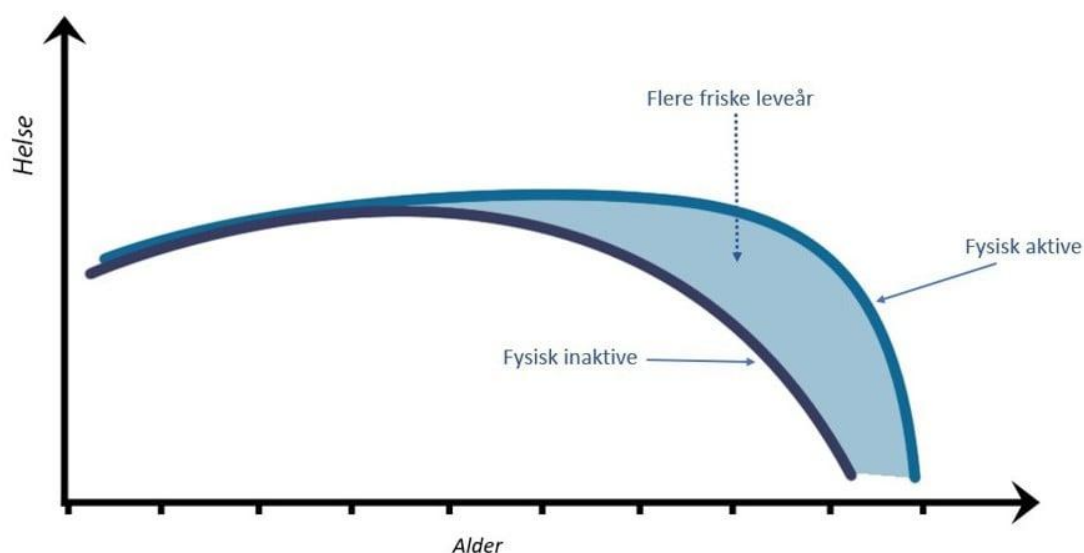
Siden modellforsøket, evaluering av dette og utgivelse av den første utgaven av Veileder for kommunale frisklivssentraler i 2011, er det gjennomført en rekke studier og publisert mye litteratur som bygger på data fra denne helsetjenesten. Det gir verdifull kunnskap om tilbudet og resultater av arbeidet. Se kapittel 7. Resultater.

Det er tidligere gjennomført kunnskapsoppsummeringer av lignende tilbud internasjonalt. Disse viser umiddelbar positiv effekt på utfall som sier noe om levevaner, hvordan man fungerer i hverdagen og mestrer helseutfordringer (Denison et al., 2012; Fønhus et al., 2022). Fysisk aktivitet og funksjon, sosial fungering, mestringsstro, smerter og livskvalitet er blant utfallene som bedres. Den norske modellen, kommunale frisklivssentraler, er en helsetjeneste som har en annen organisering og forankring enn liknende tilbud i andre land. Det mangler en samlet kunnskapsoversikt basert på data fra frisklivssentraler i Norge. Et samlet kunnskapsgrunnlag om tjenesten og effekten av det strukturerte oppfølgingstilbudet er viktig med tanke på videre utvikling av rammer for tjenesten og anbefalinger for innhold og organisering.

De som får støtte til å endre levevaner har større sjanse for å lykkes med varig endring enn de som prøver på egenhånd (Denison et al., 2012; Ivarsson, 2014; Lindström et al., 2006; Stead et al., 2013). Kostnadene til rådgivning er forholdsvis lave sammenliknet med kostnader til annen behandling (SBU, 2003). Befolkningen har høy tillit til helsepersonell når det gjelder informasjon og råd om levevaner (Ommundsen et al., 2009)

Å slutte å røyke gir raskt redusert risiko for sykdomsutvikling (Helsedirektoratet, 2021). De som slutter før 40 års-alder har ikke økt risiko for tidlig død på grunn av røyking (Doll et al., 2004). 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 (Stead et al., 2013). Det er også dokumentert at kostholdsveiledning kan forebygge helseutfordringer som har sammenheng med både overvekt, vekttao og kronisk sykdom (Beck et al., 2015; Holme et al., 2016; Knowler et al., 2009; Lindström et al., 2003).

Forskning på fysisk aktivitet og helse viser at helsetilstanden gjennom livet vil være langt bedre for de som er fysisk aktive enn for de som er fysisk inaktive. Fysisk aktivitet forebygger sykdom og plager, gir bedre fysisk funksjon, flere friske leveår og forebygger for tidlig død (Figur 2).



Figur 2: Illustrasjon viser hvordan fysisk aktivitet kan påvirke aldringsprosessen, gi økt levealder med god fysisk funksjon blant fysisk aktive sammenliknet med fysisk inaktive. Gjengitt fra Dalene et al. (2019). I offentlig eie.

1.3 Fremtidens helsetjeneste

Sykdomsbildet og samfunnsutviklingen medfører behov for å øke den helsefremmende og forebyggende innsatsen herunder arbeidet med levevaner, mestring og rehabilitering i hele helse- og omsorgstjenesten. Dagens helseutfordringer, demografisk utvikling og det økende presset på helsetjenesten gjør at tjenestene må rigges og utvikles slik at de håndterer fremtidens utfordringer der flere må ivareta egen helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). For å oppnå en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste må helsetjenesten endre arbeidsmåter og i større grad prioritere innsats som bidrar til å styrke den enkeltes ressurser for helse og livskvalitet, gi tidlig hjelp til å forebygge og utsette sykdom samt unngå forverring og komplikasjoner, og hjelp til å mestre helseutfordringer. For å få det til, vil det være nødvendig med tverrsektorielt samarbeid og å benytte ulike virkemidler både på individ-, tjeneste- og systemnivå.

Norge har sluttet seg til Verdens Helseorganisasjon sitt hovedmål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer med 33 prosent i perioden 2015 til 2030. I tillegg er det åtte delmål - hvorav fire av målene handler om å redusere de fire viktigste risikofaktorene tobakksbruk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og skadelig bruk av alkohol. De øvrige målene gjelder blant annet blodtrykk, fedme og diabetes type 2. I Norge har det vært en positiv utvikling for fire av de ni målene, men når det gjelder reduksjon i fysisk inaktivitet, nedgang i saltinntak og målet om å stanse økningen i fedme og diabetes har vi ikke klart å snu utviklingen (Folkehelseinstituttet, 2024).

Å styrke frisklivs-, lærings- og mestringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten kan bidra til økt helsekompetanse i befolkningen, endring av levevaner, mestring av egen helse og til å utsette og begrense behov for mer ressurskrevende tjenester. Likeverdig tilgang på frisklivs-, lærings- og mestringsstilbud for innbyggere i alle kommuner er nødvendig for å få det til og for å bidra til å redusere sosiale ulikheter i helsekompetanse og helse. Det er også en forutsetning for samhandling mellom helseforetak og kommuner i helhetlige forløp.

På denne bakgrunn har Helsedirektoratet fått følgende oppdrag:

2. BESKRIVELSE AV OPPDRAGET

2.1 Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2024 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024b) i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å:

Evaluere effekten av frisklivstilbud i Norge. Evalueringen skal gi grunnlag for å utrede oppfølgingsmodeller for "Grønn resept".

2.2 Konkretisering av oppdraget

Etter avtale med oppdragsgiver skal evalueringsrapporten oppsummere det samlede nåværende kunnskapsgrunnlaget om tilbudet i og resultater av arbeidet i kommunale frisklivssentraler, hvilke faktorer har betydning for effekten, samt peke på implikasjoner for praksis og videre forskning.

Helsedirektoratet skulle

1. utføre litteratursøk og gjennomgå relevant litteratur/dokumenter med data fra kommunale frisklivssentraler i Norge, herunder et utvalg av frisklivssentralenes årlige rapporter til kommunal ledelse
2. undersøke og beskrive hva som er studert, type publikasjoner, hvilke effektmål som er benyttet, samt hovedfunn/resultater
3. identifisere kunnskapsbehov, implikasjoner for praksis og for videre forskning og utvikling av fag og tjenester som grunnlag for å vurdere behovet for utfyllende kunnskap og starte planlegging av hvordan ytterligere innsikt kan innhentes som grunnlag for leveranse på oppdraget om oppfølgingsmodeller for takst 101; livsstilsintervensjon (tidligere takst for grønn resept og takst for røykeslutt)

2.3. Rammer for oppdraget

Oppdraget omfatter tilbudet i kommunale frisklivssentraler i Norge.

- Oppdraget omfatter kun kommunale frisklivssentraler og ikke andre tjenester og tilbud.
- Prosjektet skal kun se på litteratur basert på data fra kommunale frisklivssentraler i Norge.
- Prosjektet skal ikke omfatte litteratur om liknende tilbud basert på data fra andre aktører i Norge eller utenlands, eller andre lokale frisklivstilbud, i spesialisthelsetjenesten og andre sektorer.

Oppdraget inngår i arbeidet med oppfølging av anmodningsvedtak fra stortinget i 2023:

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for økt bruk av grønn resept og ber regjeringen utrede nye oppfølgingsmodeller til grønn resept, for eksempel med mer veiledet aktivitet og kosthold. Stortinget ber regjeringen komme tilbake på egnet måte» (Helse- og omsorgskomiteen, 2024), og i grunnlaget for arbeidet med oppdrag TB2024 – 45: *Utrede oppfølgingsmodeller for «grønn resept»*. Det vil også være viktig grunnlag for videre arbeid med andre oppdrag (se pkt. 3.2), som Helsedirektoratet har fått og for å sikre at helse- og omsorgstjenesten i større grad jobber forebyggende og integrerer arbeid med levevaner i oppfølging og behandling.

2.4 Avhengigheter

Oppdraget ses i sammenheng med annet pågående arbeid, blant annet:

(Listen er ikke uttømmende)

- Oppdrag TB2024-45 Oppfølgingsmodeller for Grønn resept/takst for livsstilsintervensjon
- Oppdrag TTB2024-07 En mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste
- Oppdrag TB2022-31 og TB2023-62 Læring og mestring i helse og omsorgstjenesten
- Oppdrag TB2024-46 Bedre tilgang til informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud
- Oppfølging av Strategi for økt helsekompetanse i befolkningen (2019–2023)
- Oppfølging av Strategi for arbeid og helse
- Oppfølging av opptrappingsplan for psykisk helse
- Andre oppdrag knyttet til oppfølging av Nasjonal helse og samhandlingsplan (2024-2027)

3. MÅLSETTING

Målsetting for oppdraget er:

- å oppdatere kunnskapsgrunnlag om tilbudet i og resultater av arbeidet i kommunale frisklivssentraler
- å identifisere kunnskapsbehov, implikasjoner for praksis og for videre forskning og utvikling av fag og tjenester

4. MÅLGRUPPER og INTERESSENER

Målgruppen for leveransen er sentral helseforvaltning; Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Andre interessenter er blant annet helsepersonell, ledere og ansatte i kommunale frisklivssentraler, andre helse- og omsorgstjenester og samarbeidspartnere i andre sektorer, innbyggere, brukere, pasienter og pårørende. Disse blir berørt av resultatet og videre utvikling av tjenestene på grunnlag av funnene.

5. METODE OG GJENNOMFØRING

Arbeidet er ledet og gjennomført av Helsedirektoratet i samarbeid med biblioteket ved Folkehelseinstituttet (FHI) og eksterne forskere fra praksisfeltet (frisklivssentralen i Bydel Grorud og fra Høgskulen på Vestlandet).

5.1 Design

Oppdraget er å innhente kunnskap om tilbudet i og resultatet av arbeidet i kommunale frisklivssentraler. Denne brede problemstillingen har ingen spesifikke forskningsspørsmål og krever en vid inngang i søk av litteratur. Derfor ble det utført en utforskende litteraturstudie (scoping review) for å identifisere et bredt omfang av litteratur med ulike problemstillinger knyttet til kommunale frisklivssentraler i Norge. Det ble gjennomført et litteratursøk i databaser, innhentet skriftlige dokumenter fra [utviklingssentralene](#) og frisklivssentralene i Oslo kommune og inkludert publikasjoner kjent fra fagfeltet.

5.2 Litteratursøk i databaser

Det ble gjennomført litteratursøk i databasene Medline (via Ovid), Embase (via Ovid), APA PsycInfo (via Ovid), Web of Science Core Collection (SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI og ESCI), Scopus, Coronavirus Research Database (via Proquest), ERIC (via Proquest), PTSDpubs (via Proquest), Publicly Available Content Database (via Proquest), Sociological Abstracts (via Proquest), Cinahl, Epistemonikos, Cochrane og Oria. Søkene ble gjennomført i januar 2024, og en oppdatering av samme søk ble gjennomført august 2024. Det ble søkt etter alle typer publikasjoner (som artikler, rapporter og masteroppgaver) uten tidsavgrensning på publikasjonene. Søkene ble gjennomført av henholdsvis Marita Heintz, hovedbibliotekar, og Ragnhild A. Tornes, hovedbibliotekar ved Bibliotek for helseforvaltningen, FHI. Søkeordene som ble benyttet var: "Healthy life cent*" or "Healthy living cent*" or friskliv*. I de internasjonale databasene ble disse kombinert med søkeordene: Norway or Norwegian or Norge.

Ved søket i januar 2024 ble det etter dublettkontroll identifisert 240 treff, og ved det oppdaterte søket i august 2024 ytterligere 23 treff. Det ble i tillegg inkludert fire artikler kjent fra fagfeltet. Alle titler og tilgjengelige abstract ble gjennomgått av to forskere med følgende utvalgsriterier:

Inklusjonskriterier:

- Må omhandle frisklivssentraler i Norge
- Tilgjengelig full tekst
- Publikasjonstyper: Fagfelleverderte artikler, vitenskapelige rapporter og masteroppgaver
- Må inneholde beskrivelse av metode for datainnsamling

Ekskluderte dokumenter:

- Bacheloroppgaver
- Nyhetsbrev
- Studier utenfor Norge

Kvalitetsvurderinger

Det er på grunn av oppdragets bredde, omfang og heterogenitet i inkluderte dokumenter, ikke gjennomført systematisk metodisk vurdering av de inkluderte studiene. Studier med lavere nivå enn masteroppgaver ble ekskludert.

5.3 Innhenting av annen relevant dokumentasjon

I tillegg til litteratur identifisert i bibliotekets søk har vi innhentet dokumentasjon fra praksisfeltet i form av årsrapporter for 2023 og søknader om tilskudd til utviklingssentral fra 18 kommuner (2022-2024), samt kartlegginger om bruk av teknologiske løsninger (2024) og Statistisk Sentralbyrås kommune-stat rapportering (KOSTRA) fra 2022-2023 (2024). I drøftingen har vi trukket inn erfaringsbasert kunnskap fra frisklivssentraler formidlet gjennom nettverk, møter og henvendelser herunder spørsmål og innspill til Helsedirektoratet fra brukere og pasienter, helsepersonell, statsforvalter, fylkeskommuner m.fl.

6. LITTERATUR INKLUDERT I KUNNSKAPSOVERSIKTEN

I denne oversikten er det inkludert vitenskapelige artikler og rapporter, masteroppgaver, statistikk fra kommune-stat-rapportering (KOSTRA), informasjon fra årsrapporter og søknader fra utviklingssentraler, samt data fra rapporteringer om digitale løsninger.

6.1. Publikasjoner fra litteratursøk i databaser

Det ble inkludert totalt 92 publikasjoner fra vitenskapelige databaser (se tabell 1). Publikasjonene som inneholder en vitenskapelig tilnærming med beskrivelse av metode for datainnsamling blir omtalt som vitenskapelige publikasjoner.

Tabell 1 Antall og type vitenskapelige publikasjoner inkludert

Type publikasjon	Antall	Kvantitativ	Kvalitativ	Mixed Method
Fagfelleverderte artikler	32	14	17	1
Fagartikler (ikke fagfelleverdert)	3			

Vitenskapelig rapporter	9			
Ph.d.-avhandlinger	5			
Masteroppgaver	43	12	30	1
Totalt	92	26	47	2

Blant de fagfellevurderte artiklene var det 17 kvalitative studier med intervju av deltakere og/eller ansatte ved frisklivssentraler og 14 kvantitative studier. I tillegg er det inkludert 43 masteroppgaver med empiri fra frisklivssentraler i Norge.

6.2 KOSTRA - kommune-stat-rapportering

Kommunene gjennomfører årlige rapporteringer til Statistisk sentralbyrå fra sine tjenesteområder, herunder spørsmål om deres innbyggere har tilgang til frisklivssentral, og om de har dette som en tjeneste i egen kommune, eller om de samarbeider med andre kommuner om å gi tilbudet til sine innbyggere. Hvert 3. år, siste gang i 2023 (med data for 2022) gjøres det en utvidet undersøkelse om tilbudet i frisklivssentraler, se: [Kommunale frisklivssentraler 2022-2023 - Helsedirektoratet](#). Vi har inkludert den siste rapporten i denne oversikten.

6.3 Årsrapporter fra utviklingssentraler

Alle 18 utviklingssentraler og Oslo kommune (15 bydeler) ble invitert til å dele sine årsrapporter eller annen dokumentasjon fra drift i 2023. Vi fikk tilsendt dokumenter for 2023 fra 14 av utviklingssentralene og en samlet rapport fra Oslo kommune. Dokumentene var av ulikt omfang og format.

6.4 Søknader om tilskudd til utviklingssentral

Atten kommuner har sendt inn søknad om tilskudd til å bli utviklingssentral for 2023-2025. Vi har gjennomgått alle disse for å sammenstille kunnskap om frisklivssentralenes organisering, samarbeid og egne rapporteringer på karakteristika av deltakere.

6.5 Rapportering på teknologiske løsninger og tjenester

Her har vi benyttet både en publisert rapport fra 2022 (Helsedirektoratet, 2020), samt upubliserte rapporteringer fra elleve frisklivssentraler på hvilke teknologiske løsninger og tjenester de har benyttet i 2024. (Se kapittel 7.6.5).

7. RESULTATER

7.1 Hva kjennetegner deltakere ved frisklivssentralene?

I tabell 2 er det sammenstilt karakteristika av deltakerne beskrevet i både studier, i søknader fra kommuner om å ha utviklingssentral, i årsrapportene fra Oslo kommune og utviklingssentralene. Dette er demografiske og helsemessige faktorer som kan bidra til en bedre forståelse av hvem som benytter frisklivssentralene.

Deltakerne har en gjennomsnittsalder på 44-56 år, med et aldersspenn fra 13 til 90 år. De fleste er kvinner (55-85 prosent). 49-55 prosent er sykemeldte eller mottar ulike NAV-stønader, mens en mindre andel er

pensjonister (3-15 prosent), studenter (2-11 prosent), eller i full jobb (20-26 prosent). Vanlige henvisningsårsaker inkluderer overvekt, muskel- og skjelettplager, fysisk inaktivitet, psykiske plager og behov for kostholdsendringer. Det rapporteres videre om en rekke andre tilstander, som høyt blodtrykk, tobakksbruk, ensomhet, søvnproblemer, alkoholbruk og diagnoser som diabetes, hjerte- og karsykdommer, kreft og lungesykdom. Ca. 30 prosent har flere enn en diagnose og elleve prosent har over fire ulike tilstander samtidig. 17-18 prosent er dagligrøykere, og 2/3 hadde en kroppsmasseindeks (KMI) \geq 30. Se Tabell 1 for referanser og Tabell 2 mer informasjon om karakteristika av deltakere i studier fra frisklivssentraler. En av studiene viser at forekomsten av psykisk stress er syv ganger høyere enn i det nasjonale utvalget (Sevild et al., 2020a).

En betydelig andel (38-74 prosent) har grunnskole eller videregående som høyeste utdanningsnivå. Etnisk bakgrunn varierer, i flere av studiene er 85-91 prosent av deltakerne norske (Blom et al., 2019; Sevild et al., 2020a), men opplysninger fra Drammen kommune viser en høyere andel minoritetsspråklige.

Tabell 2 Karakteristika av deltakere ved frisklivssentraler

Bakgrunnsfaktor	Resultater sammenstilt fra studier	Publikasjoner	Resultater fra utviklingsentraler og Oslo
Alder	Gjennomsnitt 44-50 år. Variasjon: 24-85 år	Bjurholt (2014) Sevild et al. (2020a) Skrove et al. (2013) Samdal et al. (2018) Blom et al. (2019)	Gjennomsnittsalder 47-56 år. Variasjon: 13-90 år
Kjønn	73-85 % kvinner	Bjurholt (2014) Bratland-Sanda et al. (2014) Sevild et al. (2020a) Skrove et al. (2013) Samdal et al. (2018) Blom et al. (2019)	55 % - 75 % er kvinner
Utdanningsnivå	Andel med grunnskole eller videregående som høyeste utdanningsnivå: 38*-74 % *I bare en studie (Samdal 2018) hadde 38 % VGS som høyeste utdanningsnivå, mens tre andre studier hadde 62-74 % VGS som høyeste utdanningsnivå	Bjurholt (2014) Sevild et al. (2020a) Samdal et al. (2018) Blom et al. (2019)	Andel med grunnskole eller videregående som høyeste utdanningsnivå: 65-70 %.
Henvisningsårsak /diagnose	Overvekt, muskel/skjelettplager, fysisk inaktivitet, psykiske plager og kostholdsendringer er de mest vanlige henvisningsårsaker/diagnoser i studier. 29 % rapporterer to tilstander, 22 % 3 og 11 % fire eller flere tilstander	Bjurholt (2014) Bratland-Sanda et al. (2014) Skrove et al. (2013) Samdal et al. (2018) Blom et al. (2019)	Overvekt, fysisk inaktiv, psykiske plager, kosthold, muskel/skjelett problemer, høyt blodtrykk tobakk, ensomhet, søvn, alkohol, samt ulike diagnoser (diabetes, hjerte-karsykdom kreft, lungesykdom, covid, svangerskapsdiabetes kolesterol og annet)
Arbeidsstatus	49-55 % sykemeldt eller mottok ulike NAV-stønader 3-15 % pensjonister, 2-11 % studenter, 20-26 % i full jobb	Bjurholt (2014) Sevild et al. (2020a) Skrove et al. (2013) Blom et al. (2019)	Ikke rapportert

Etnisitet	85-91 % norsk bakgrunn,	Sevild et al. (2020a) Blom et al. (2019)	Drammen: "høy andel minoritetsspråklige". Stavanger: 80 % norsk.
Fysisk aktivitetsnivå ved oppstart	Selvrapportert: 65 % imøtekom anbefaling om ≥ 150 minutter moderat fysisk aktivitetuke Aktivitetsmåler: 23-45 min MVPA/dag. 16-79 % oppfylte anbefalingene om moderat FA i 10 min bolker minst 150 min/uke	Bjurholt (2014) Sevild et al. (2020a) Samdal et al. (2018) Blom et al. (2019)	Solør kommune: Mer enn 50 % trener ikke styrke, ca. 50 % trener kondisjon slik at de blir svette og andpustne 0-1 gang per uke. De fleste sier at de sitter 6 timer eller mindre per dag, og har 30 min hverdagsaktivitet 4 dager i uka
Røyking	18 % røyker daglig	Blom et al. (2019)	Solør kommune: 17 % røyker daglig
Kroppsmasseindeks ved oppstart	2/3 hadde KMI ≥ 30 . Gjennomsnitt: 32-34,5	Bjurholt (2014) Sevild et al. (2020a) Blom et al. (2019)	Ikke rapportert
Henvisningsinstans	Fastlege 90 %, NAV 0,5 %, sykehus/spesialisthelsetjeneste 0,5 %, fysioterapeut 3 %, bedriftshelsetjeneste 2 % og andre 4 %	Bratland-Sanda et al. (2014)	Flest henvisninger fra fastleger i alle kommunene. I tillegg: fra NAV, fysioterapeuter, andre avd. i kommunen, fra ledere som henviser ansatte som er sykemeldte el. som står i fare for å bli sykemeldt. Liten grad av henvisninger fra spesialisthelsetjenesten. Andelen som selv tar kontakt har økt.
Psykisk stress og Helsereelatert livskvalitet	Forekomsten av psykisk stress var syv ganger høyere sammenlignet med et utvalg fra den generelle norske voksne befolkningen og fem ganger høyere enn et utvalg av overvektige fra den generelle norske voksne befolkningen.	Sevild et al. (2020a)	

7.2 Hvordan virker det strukturerte oppfølgingstilbudet ved kommunale frisklivssentraler for deltakerne?

I det følgende oppsummeres signifikante resultater fra studier som har undersøkt endringer og erfaringer hos deltakere etter deltakelse i et strukturert, tidsavgrenset og individuelt tilpasset oppfølgingstilbud ved frisklivssentralen. Dette tilbudet, også kalt "basistilbudet", eller "det ordinære tilbudet", består av individuelle helsesamtaler, individuell veiledning og/eller gruppetilbud for fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. I det videre vil dette omtales som oppfølgingstilbudet.

7.2.1 Endringer hos deltakere etter oppfølging ved frisklivssentraler

En rekke kvantitative studier med ulike studiedesign har målt endring hos deltakerne ved frisklivssentralens oppfølgingstilbud. Studiene har ulike utfallsmål og ulike måletidspunkt. Retning på signifikante resultater i form av positiv, ingen, eller negativ retning er markert med fjesikon. Positiv endring er vist med 😊, ingen endring er vist med 😐 og negativ endring er vist med 😞. Dersom studien

ikke har to eller flere måletidspunkt er ikke retning på endring markert. Dersom det er en kvalitativ studie, er det markert i.a. (ikke aktuelt).

I det følgende blir det presentert oppsummerte, signifikante resultater for endringer i fysisk aktivitet, kondisjon, kosthold, antropometri og kroppssammensetning, diabetesrisiko, livskvalitet, helse og funksjon, psykiske belastninger, motivasjon og deltakelse i sosiale aktiviteter.

7.2.1.1 Fysisk aktivitet

Sju publikasjoner (seks fagfelleverderte artikler og en masteroppgave fra totalt fem ulike studier) har rapportert endringer i fysisk aktivitetsnivå hos deltakere ved frisklivssentraler på kort sikt (3-3,5 mnd etter oppstart og lang sikt (12-24 mnd etter oppstart). I studiene som har benyttet aktivitetsmålere som metode for å måle endring (tre av fem studier) var det små positive endringer i aktivitetsnivå etter 3 mnd, men ingen endringer etter 6, 12,15 og 24 mnd (Blom et al., 2020b; Blom et al., 2020c; Gryte et al., 2024; Samdal et al., 2019; Sevidl et al., 2022). I studiene som har benyttet selvrapportert fysisk aktivitet (spørreskjema) fant man økt fysisk aktivitetsnivå etter deltakelse (Bjurholt, 2014; Bratland-Sanda et al., 2014). Se tabell 3 og vedlegg 3 - tabell A.

Tabell 3: Endringer i fysisk aktivitetsnivå (FA) etter oppfølging ved kommunale frisklivssentraler i Norge.

Forfatter, år	Publikasjonstype	Studiedesign	Resultat - Endring	Retning
Gryte et al. (2024)	Artikkel, fagfelleverdert	Kvantitativ Longitudinell kohort Baseline n = 82, 24 mnd n = 33	Ingen endring i FA-nivå målt med aktivitetsmåler fra baseline til 24 mnd måling.	😊
Sevidl et al. (2022)	Artikkel, fagfelleverdert	Kvantitativ. Longitudinell. Baseline n = 120 6 mnd n = 66 12 mnd n = 50	Ingen endring i FA-nivå målt med aktivitetsmåler fra baseline til 12 mnd måling.	😊
Samdal et al. (2019)	Artikkel, fagfelleverdert	Kvantitativ. RCT. Baseline: n = 188 6 mnd: n = 115	Ingen forskjell mellom gruppene i endring i FA-nivå og sedat tid målt med aktivitetsmåler fra baseline til 6 mnd.	😊
Blom et al. (2020c)	Artikkel, fagfelleverdert	Kvantitativ, longitudinell Baseline: n = 1022 3 mnd: n = 713	Det var ingen endring i moderat til hard FA etter 3 måneder. Deltakerne hadde forbedret lett FA, økt antall skritt og redusert stillesittende tid.	😊
Blom et al. (2020b)	Artikkel, fagfelleverdert	Kvantitativ, Longitudinell Baseline: n=1022 3 mnd: n = 600 15 mnd: n = 524	Ingen endring i FA-nivå målt med aktivitetsmåler fra baseline til 15 mnd.	😊
Bratland-Sanda et al. (2014)	Artikkel, fagfelleverdert	Kvantitativt, Retrospektivt tverrsnitt, n = 169 Svarprosent: 34	55 % selvrapporterte økt FA-nivå to-fire år etter deltakelse. Aktivitet sammen med andre var hyppigste årsak til økt egenaktivitet. Tiltagende helseplager var største barriere for egenaktivitet. Flest rapporterte om økt FA-nivå i fbm. sosial aktivitet og/eller turgåing og daglige gjøremål	Ett måle-tidspunkt

Bjurholt (2014)	Master-oppgave	Kvantitativ, longitudinell. Baseline: n = 194 3,5 mnd: n = 132	Selvrapportert FA-nivå med moderat intensitet økte med 45 minutter/uke. Andel med 150min/uke moderat FA økte fra 65 % til 83 %.	😊
------------------------	----------------	--	--	---

Positiv endring er vist med 😊, ingen endring er vist med 😐 og negativ endring er vist med 😞.

7.2.1.2 Kondisjon

Fem publikasjoner (to fagfelleverderte artikler, to masteroppgaver og en vitenskapelig rapport) har rapportert om endringer i kondisjon. Tre av studiene har målt kondisjon ved Vo2max, to har testet submaksimal fysisk form. Alle testene er gjennomført på tredemølle. En studie fant ingen forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppe i VO2max etter tre måneder, men de deltakerne som trente to eller flere ganger i uka fikk signifikant positiv endring i VO2max sammenliknet med kontrollgruppa (Lorentzen, 2023). En liten studie (N=7) fant ingen endring i VO2peak etter tre måneder (Skrove et al., 2013), mens de andre tre studiene fant en bedring i kondisjon fra baseline og etter tre måneder (Berge, 2021; Blom et al., 2020c; Skrove et al., 2013), og etter 12 måneder (Følling et al., 2022), og kondisjon var opprettholdt etter 36 og 60 måneder (Følling et al., 2022) og etter 15 måneder (Berge, 2021). Se tabell 4 og vedlegg 3-tabell B.

Tabell 4: Endringer i kondisjon etter oppfølging ved kommunale frisklivssentraler i Norge

Forfatter, år	Publikasjonstype	Studiedesign	Resultat - Endring	Retning
Lorentzen (2023)	Master-oppgave	Ikke-randomisert kontrollert studie. I: n = 16 K: n = 22	Ingen forskjell mellom intervensjon og kontrollgruppe i VO2max etter 3mnd. Deltakerne som trente 2 eller flere ganger pr uke fikk signifikant positiv endring i VO2max sammenliknet med kontrollgruppen. Ingen forskjell i arbeidsøkonomi, maksimal styrke og kroppssammensetning mellom gruppene.	😊
Skrove et al. (2013)	Vitenskapelig rapport.	Longitudinell. Baseline: n = 11 3 mnd: n = 7	Ingen signifikante endringer i VO2peak etter 3 mnd. Deltakere som har deltatt på andre tilbud i frisklivssentralen i tillegg til en oppstartssamtale har gjennomsnittlig en fremgang på 2 ml/kg/min etter 3 måneder	😊
Følling et al. (2022)	Artikkel	Longitudinell. Baseline: n = 189 60 mnd: n = 135	Forbedringer i deltakernes FA-nivå målt ved VO2-max etter intervensjonen (12 måneder) ble opprettholdt ved 36 og 60 mnd. oppfølging. + 0.3 (menn) og + 5.3 (kvinner) mL/kg/min.	😊
Blom et al. (2020c)	Artikkel	Longitudinell. Baseline: n = 1022 3 mnd: n = 713	Forbedret kondisjon etter 3 mnd. (0,8, 95 % KI 0,6 til 1,0).	😊
Berge (2021)	Masteroppgave	Longitudinell Baseline: n = 932 3 mnd: n = 710 15 mnd: n = 307	Forbedring i kardiorespiratorisk fitness med 42 sekund fra oppstart til 3 mnd. Signifikant forbedring for alle utfallsmål fra oppstart til 15 mnd.	😊

Positiv endring er vist med 😊, ingen endring er vist med 😐 og negativ endring er vist med 😞.

7.2.1.3 Kosthold

Fire publikasjoner (to fagfellevurderte artikler og to masteroppgaver) har undersøkt endringer i kosthold ved bruk av spørreskjema. Tre av studiene fant positive endringer over tid (Samdal et al., 2022; Sevild et al., 2022; Ystgaard, 2013). Samdal et al. (2022) (RCT) fant signifikant forbedring i "sunt kosthold" hos gruppen som mottok Bra-Mat-kurs sammenliknet med kontrollgruppen (fra baseline og til 6 mnd). Sevild et al. (2022), fant forbedring i opplevd kostholdskompetanse, samt økt frukt og grønnsaksinntak etter 12 måneder, og (Ystgaard, 2013) fant at blant de som benyttet kostholdsveiledning da de deltok ved frisklivssentralen (for inntil fire år tilbake) spiste 92,7 prosent mer frukt, og 96,4 prosent spiste mindre sukker. Bjurholt (2014) fant ingen betydelige endringer for grønnsaksinntak fra baseline og til 3,5 måneder. Se tabell 5 og vedlegg 3 – tabell C.

Tabell 5: Endringer i kosthold etter oppfølging ved kommunale frisklivssentraler i Norge

Forfatter, år	Publikasjonstype	Studiedesign	Resultat - Endring	Retning
Sevild et al. (2022)	Artikkel	Longitudinell Intervensjon: FLS basistilbud med fysisk aktivitet og kosthold n = 120	Forbedring i opplevd kompetanse for kosthold, økt inntak av frukt og grønnsaker fruktinntak ved 12 mnd.	😊
Samdal et al. (2022)	Artikkel	RCT Intervensjon: Deltakelse i Bra Mat kurs Kontroll: De som ikke deltok på Bra Mat kurs. n = 86	Forbedring i sunt kosthold for intervensjons-gruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Intervensjonen reduserte ikke usunt kosthold sammenlignet med kontrollgruppen.	😊
(Ystgaard, 2013)@author-year}	Masteroppgave	Tverrsnitt, retrospektiv n = 43	45,2 % av kvinnene og 25 % av mennene har benyttet kostholdsveiledning. 92,7 % spiser mer frukt og grønt 96,4 % spiser mindre sukker	😊
Bjurholt (2014)	Masteroppgave	Longitudinell n = 194	Ingen betydelige endringer i inntak av grønnsaker eller tobakksslutt.	😐

Positiv endring er vist med 😊, ingen endring er vist med 😐 og negativ endring er vist med 😞.

7.2.1.4 Antropometri og kroppssammensetning

Fem publikasjoner (fire fagfellevurderte artikler og en masteroppgave) har sett på endringer i antropometri og kroppssammensetning på kort (3 mnd.) og lengre sikt (12-60 mnd.) etter deltakelse ved frisklivssentral. Tre av studiene fant forbedring i henholdsvis kroppsmasseindeks (KMI) (Blom et al., 2020c; Følling et al., 2022; Sevild et al., 2022), fettprosent (Sevild et al., 2022) og midjeomkrets (Blom et al., 2020c; Følling et al., 2022) fra baseline og etter 3, 12 og 36 mnd. To studier fant ingen effekt av intervensjon på KMI (Samdal et al., 2021) eller visceralt fett (Breili, 2023). Se tabell 6 og vedlegg 3 – tabell D.

Tabell 6: Endringer i antropometri og kroppssammensetning etter oppfølging ved kommunale frisklivssentraler i Norge

Forfatter, år	Publikasjonstype	Studiedesign	Resultat - Endring	Retning
Sevild et al. (2022)	Artikkel	Longitudinell n = 120 12 mnd: n = 50	Reduksjon i KMI og kroppsfett-prosent og økt styrke i nedre del av kroppen etter 12 mnd. Uendret fettfri masse og alle former for fysisk aktivitet.	😊
Følling et al. (2022)	Artikkel	Longitudinell n = 189 60 mnd: n = 135	Betydelig reduksjon i kroppsvekt, KMI og midjeomkrets. Forbedringer opprettholdt ved 36 måneder.	😊
Blom et al. (2020c)	Artikkel	Longitudinell 32 FLS n =1022 3 mnd: n =713	Redusert KMI og redusert livvidde etter 3 mnd.	😊
Samdal et al. (2021)	Artikkel	RCT n = 118 I: n = 57 K: n = 61 6 mnd: n = 86	Intervensjon: Ordinært oppfølgingstilbud ved FLS (helsesamtaler og gruppetilbud for fysisk aktivitet, kosthold og tobakk). Kontroll: venteliste. Ingen signifikant forskjell i KMI mellom de to gruppene etter 6 mnd.	😊
Breili (2023)	Masteroppgave	Ikke-randomisert kontrollert studie I: n=12 K: n= 19 12 uker	Ingen forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i endringer i visceralt fett, triglyserider, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol og fastende blodglukose eller arteriell stivhet fra pre-til posttest etter 12 uker.	😊

Positiv endring er vist med 😊, ingen endring er vist med 😐 og negativ endring er vist med 😞.

7.2.1.5 Diabetesrisiko

En fagfellevurdert artikkel har studert endring i risiko for diabetes type 2 hos deltakere som deltok i tre frisklivsperioder og totalt 12 måneder med oppfølging. De ble testet etter 12, 36 og 60 mnd. Diabetesrisiko, målt ved HbA1c, FINDRISK score, kroppsvekt, KMI og livvidde var signifikant redusert etter 12 mnd oppfølging (-0.2 mmol/L i HbA1c, -1.0 poeng i FINDRISK, -3.4 kg (menn)/-1.6 kg (kvinner) kroppsvekt, -0.7 kg/m² KMI og -3.9 cm (menn)/-1.7 cm (kvinner) i livvidde. Forbedringene i alle mål var vedlikeholdt etter 36 og 60 mnd. Også Vo₂max var signifikant forbedret etter 60 mnd. Av 65 deltakere klassifisert med høy risiko for diabetes type 2 ved baseline, endret 27 (42 prosent) til moderat risiko ved 60 måneders oppfølging. Ni av deltakerne hadde etablert diabetes type 2 ved oppstart, remisjon av diabetes type 2 ble observert hos seks av disse ni deltakere (Følling et al., 2022). Se tabell 7 og vedlegg 3 – tabell E.

Tabell 7: Endringer i risiko for diabetes 2

Forfatter, år	Publikasjonstype	Studiedesign	Resultat - Endring	Retning
Følling et al. (2022)	Artikkel	Longitudinell Baseline: n = 189 60 mnd: n = 135 4 FLS	Risiko for diabetes type 2 redusert etter 60 mnd 42 % endret fra høy risiko for diabetes type 2 ved baseline til moderat risiko ved 60 måneders oppfølging. Remisjon av diabetes type 2 ble observert hos seks av ni deltakere.	😊

Positiv endring er vist med 😊, ingen endring er vist med 😐 og negativ endring er vist med 😞.

7.2.1.6 Livskvalitet, helse og funksjon

Alle de fire publikasjonene som har undersøkt endring i selvrapportert livskvalitet, helse og funksjon inntil 15 mnd etter baseline, viser positive endringer (Bjurholt, 2014; Blom et al., 2020b; Dybdahl, 2014; Skrove et al., 2013). Det er benyttet spørreskjema (VAS-skala, EQ-5D-5L, SF-36 og COOP WONCA), som måler flere dimensjoner av helserelatert livskvalitet (HRQoL) i alle de fire kvantitative undersøkelsene. Se tabell 8 og vedlegg 3 – tabell F.

Tabell 8: Endring i livskvalitet, selvrapportert helse og funksjon etter oppfølging ved kommunale frisklivssentraler i Norge

Forfatter, år	Publikasjonstype	Studiedesign	Resultat-Endring	Retning
Bjurholt (2014)	Masteroppgave	Longitudinell n = 194 14 FLS	Selvrapportert helse hadde økt fra 49.9 til 59.3 på VAS-skala. (p<0.001). Helserelatert livskvalitet økte fra 0.72 til 0.75 (p<0.006)	😊
Blom et al. (2020b)	Artikkel	Longitudinell n = 524 32 FLS	Alle dimensjoner forbedret seg fra baseline til 3 mnd. Forbedringene vedvarte ved 15 mnd. Gjennomsnittlig 3,1–13,1 poeng, p<0,001)	😊
Dybdahl (2014)	Masteroppgave	Longitudinell n = 1018, 16 FLS	Totalt viste deltakerne en forbedring i funksjonsevne etter 12 uker ved fysiotekene (gjennomsnitt = 0,38, KI: 0,34– 0,41, p < 0,01)	😊
Skrove et al. (2013)	Vitenskapelig rapport	Longitudinell n = 5 1 FLS	Forbedring etter 3 måneder på spørsmålet: "Hvorledes vil du bedømme helsen din i dag, fysisk og psykisk, sammenlignet med for 2 uker siden?" Og en positiv trend i alle de andre spørsmålene om egenopplevd helse.	😊

Positiv endring er vist med 😊, ingen endring er vist med 😐 og negativ endring er vist med 😞.

7.2.1.7 Psykiske belastninger

En fagfellevurdert artikkel har sett på endringer i psykisk belastning etter deltakelse ved frisklivssentral, og denne viser betydelige forbedringer i psykiske belastninger fra baseline til 12 mnd (Sevild et al., 2022). Hopkins Symptom Checklist-10 (HSCL-10) ble brukt til å vurdere opplevelser av psykisk stress /belastning. Se tabell 9 og vedlegg 3 – tabell G.

Tabell 9: Endring i psykiske belastninger etter oppfølging ved kommunale frisklivssentraler i Norge

Forfatter, år	Publikasjonstype	Studiedesign	Resultat - Endring	Retning
Sevild et al. (2022)	Artikkel	Longitudinell, n = 120 1 FLS	Betydelige forbedringer i psykisk belastning.	😊

Positiv endring er vist med 😊.

7.2.1.8 Motivasjon

To studier, en fagfellevurdert artikkel (Sevild et al., 2022) og en masteroppgave (Våge, 2018), har undersøkt motivasjon for endring av levevaner. Begge studiene viser positive endringer i motivasjon for fysisk aktivitet over tid (Sevild et al 2022: baseline til 12 mnd. og Våge 2018 baseline til 3 mnd) og Sevild et al. (2022) viser i tillegg forbedring i opplevd kompetanse for aktivitet fra baseline og opp til 12 mnd. De to studiene har brukt ulike spørreskjema for å undersøke motivasjon for endring. Se tabell 10 og vedlegg 3 – tabell H.

Tabell 10: Endringer i motivasjon for fysisk aktivitet hos deltakere i kommunale frisklivssentraler

Forfatter, år	Publikasjonstype	Studiedesign	Resultat - Endring	Retning
Sevild et al. (2022)	Artikkel	Longitudinell, n = 120 1 FLS	Betydelige forbedringer i autonom motivasjon for fysisk aktivitet og opplevd kompetanse for fysisk aktivitet.	😊
Våge (2018)	Masteroppgave	Longitudinell, n = 271 32 FLS	Positive endringer i type motivasjon for fysisk aktivitet i hht. selvbestemmelsesteori etter 3 mnd. deltakelse.	😊

Positiv endring er vist med 😊

7.2.1.9 Deltakelse i sosiale aktiviteter

En masteroppgave som har inkludert 284 deltakere fra 32 frisklivssentraler viste at det var flere som deltok i foreningsvirksomhet etter tre måneders deltakelse ved frisklivssentral. Undersøkelsen viste også en signifikant forbedring i sosial funksjon fra pre-til-posttest (Haugland, 2018). Se tabell 11 og vedlegg 3 – tabell I.

Tabell 11: Endringer i deltakelse i sosiale aktiviteter etter oppfølging ved kommunale frisklivssentraler i Norge

Forfatter, år	Publikasjonstype	Studiedesign	Resultat - Endring	Retning
Haugland (2018)	Masteroppgave	Longitudinell n = 284 32 FLS	Etter 3 mnd deltakelse var det signifikant flere som deltok i foreningsvirksomhet. Skalaen for sosial funksjon viste signifikant forbedring fra pre-til-posttest	😊

Positiv endring er vist med 😊

7.2.2 Deltakernes egne opplevelser og erfaringer etter oppfølging ved frisklivssentraler

Det ble identifisert totalt 26 kvalitative studier som har undersøkt frisklivsdeltakere sine opplevelser og erfaringer med å få oppfølging ved frisklivssentraler. De fleste av disse studiene er publisert som masteroppgaver (20 stk.), men også tre artikler i vitenskapelige tidsskrift og tre rapporter fra vitenskapelige studier. Gjennom en tematisk analyse av resultatene i alle de inkluderte studiene kom vi fram til seks hovedtema som går igjen i mange av studiene. Hovedtemaer, referanser på studiene som belyser hvert av temaene og antall studier er presentert i tabell 12. Deretter blir en nærmere beskrivelse av hovedfunn for hvert av temaene presentert i kap.7.2.2.1 - 7.2.2.6.

Tabell 12: Deltakernes erfaringer med å få oppfølging fra kommunale frisklivssentraler i Norge

Tema	Studier	Antall studier
Gruppens betydning	Anderberg (2014); Andersen (2014); Bolstad (2015); Bostad (2021); Baardsen (2024); Dahl (2013); Eines (2019); Eliassen (2014); Hauge (2014); Heggøy (2016); Hotvedt (2022); Hurrød (2016); Kolltveit et al. (2021); Kristensen (2020); Lauvang (2014); Moum (2022); Rønningen (2023); Salemonsens et al. (2018); Selø (2013); Sevild et al. (2020b); Skrove et al. (2013); Solås (2021); Strand (2016); Sæle (2016); Aasheim (2019)	25
De ansattes betydning	Anderberg (2014); Andersen (2014); Bolstad (2015); Hauge (2014); Heggøy (2016); Hotvedt (2022); Kolltveit et al. (2021); Lauvang (2014); Moum (2022); Rønningen (2023); Selø (2013); Sevild et al. (2020b); Skrove et al. (2013); Sæle (2016)	14
Opplevelse av mestring av aktivitet og bedring i fysisk form	Anderberg (2014); Andersen (2014); Bolstad (2015); Hauge (2014); Heggøy (2016); Hotvedt (2022); Kolltveit et al. (2021); Kristensen (2020); Lauvang (2014); Moum (2022); Rønningen (2023); Selø (2013); Sevild et al. (2020b); Skrove et al. (2013); Sæle (2016); Aasheim (2019)	16
Struktur og forpliktelse	Anderberg (2014); Bolstad (2015); Bostad (2021); Heggøy (2016); Hotvedt (2022); Kristensen (2020); Lauvang (2014); Rønningen (2023); Salemonsens et al. (2020); Skrove et al. (2013); Solås (2021)	11
Barrierer for endring	Anderberg (2014); Bolstad (2015); Bostad (2021); Baardsen (2024); Hauge (2014); Heggøy (2016); Hurrød (2016); Rønningen (2023); Skrove et al. (2013); Solås (2021); Strand (2016)	11
Individuell tilpasning og trening som passer	Anderberg (2014); Bolstad (2015); Baardsen (2024); Eines (2019); Hauge (2014); Heggøy (2016); Hotvedt (2022); Kolltveit et al. (2021); Salemonsens et al. (2020); Solås (2021); Aasheim (2019)	11

7.2.2.1 Gruppens betydning

Totalt 25 kvalitative studier har undersøkt deltakeres egne erfaringer og opplevelser ved å delta ved basistilbudet i frisklivssentralen. Den enkeltfaktoren som peker seg tydeligst ut, er betydningen *gruppa* har for deltakerne. Alle undersøkelsene viser at gruppa har betydning for opplevelse av tilhørighet, sosial støtte og mestring – som igjen påvirker motivasjon for endring i levevaner. Det rapporteres blant annet om at gruppetilhørighet gir struktur, trygghet og en følelse av fellesskap. Gjennom samspill med fagfolk og likestilte, blir deltakerne mer bevisste på, og utvikler, egne ressurser for å fremme egen helse. Dette bidrar igjen til å opprettholde motivasjon for, og til endring av levevaner over tid.

7.2.2.2 De ansattes betydning

I 14 av undersøkelsene har deltakerne trukket fram at de ansatte har betydning for deres opplevelse av å delta på frisklivssentralen og endre levevaner. Det å bli tatt imot på en empatisk, ikke-dømmende måte og bli møtt med anerkjennelse og opplevelsen av å bli sett, beskrives som positivt for motivasjon og videre deltakelse. Det gir trygghet at de ansatte er helsepersonell med kompetanse innenfor trening, helse og adferdsendring. Ansatte som skaper glede, trivsel og latter bidrar til økt motivasjon og lyst til å fortsette. Mange deltakere opplever ansatte som ser hver enkelt, gir individuell og tilpasset veiledning både i og utenfor gruppe, og som tar hensyn til den enkeltes ønsker og behov.

7.2.2.3 Opplevelse av mestring av aktivitet og bedring i fysisk form

I 16 av undersøkelsene sier deltakerne noe om opplevelsen av mestring av aktivitet og bedring av fysisk form. Deltakere ble motivert til å fullføre oppfølgingstilbudet ved frisklivssentralen når de kjente fremgang i fysisk form eller psykisk helse. Det å oppleve at *egen innsats* gav resultater i form av bedre kondisjon, økt bevegelse, reduserte smerter, mer overskudd og bedre humør gav motivasjon og inspirasjon til å vedlikeholde endringene. Noen deltakere beskriver at endring i styrke og kondisjon gjorde dem mer sosialt aktive, som igjen førte til en følelse av håp, mestring og velvære og styrket motivasjon for videre endring i levevaner. Noen opplevde mestring av å bare komme seg ut, mens andre opplevde at de orket å gå lengre turer.

7.2.2.4 Struktur og forpliktelse

I 12 av undersøkelsene forteller deltakerne om hvordan "struktur og forpliktelse" påvirker dem og deres endring av levevaner. Trening i gruppe og faste avtaler gir struktur i hverdagen og blir verdsatt av flere. Det nevnes at både formelle og uformelle forpliktelser er positivt for motivasjon til deltakelse og for endring av vaner. Enkelte ønsker seg strengere krav og flere forpliktelser. Andre uttrykker at "friskliv er jobben min" og at det er positivt med en plass å gå til, et fast holdepunkt i livet. Det å være proaktiv og legge planer for aktivitet oppleves som viktig for å mestre egen situasjon. Faste avtaler, både eksplisitte og implisitte, forpliktet og motiverte deltakerne.

7.2.2.5 Barrierer

I 11 av studiene trekker deltakerne fram faktorer som hindrer, eller vanskeliggjør deltakelse ved frisklivssentral og endring av levevaner:

- Skuffelse over tilbud og oppfølging som ikke sto til forventningen reduserte motivasjonen.
- Kurs og aktiviteter på tidspunkter som ikke passet med jobb eller andre forpliktelser.
- Helseplager kan forhindre det å opprettholde fysisk aktivitet og livsstilsendringer.
- Det å endre vaner er krevende i seg selv.

7.2.2.6 Individuell tilpasning og tilpasset trening

I elleve av studiene uttrykker deltakerne at det å ha et tilpasset treningstilbud er viktig for deltakelse, motivasjon og endring av levevaner. Individuell tilpasning, både i å utforme mål og i selve opplegget var viktig for dem. Eksempler er individuelt tilpasset tempo på treningen, lite press på klær og utstyr, et gratis tilbud, mål på egne premisser, at de fant aktivitet som de trivdes med, individuell støtte, at treningen var i nærheten og at det var fokus på hver enkelt sine ressurser og muligheter til å gjøre endringer.

7.3. Hvordan virker spesifikke kurs gjennomført ved kommunale frisklivssentraler for deltakerne?

Noen studier har undersøkt effekter eller virkninger av spesifikke kurs og oppfølgingstilbud gjennomført ved frisklivssentraler. Dette gjelder gruppebaserte søvnkurs basert på kognitiv terapi (Hjetland, 2023; Hrozanova et al., 2025), oppfølging av røykeslutt ved spesialisthelsetjenesten og henvisning til frisklivssentral med gratis røykesluttmedikamenter (Bergsvik et al., 2022; Pleym et al., 2024; Pleym et al., 2022), gruppebasert behandling av spiseforstyrrelser (Mathisen et al., 2023; Mathisen et al., 2024), smertemestringskurs (Grønning et al., 2018; Nøst et al., 2018a, 2018b), livsstyrketrening (Haugen, 2020), kreftrehabiliteringsprogram (Løken et al., 2022), tilbud for familier med barn med overvekt og fedme (Stea et al., 2023), og tilbud for unge (Auglend, 2016). Seks av disse studiene var kvalitative og alle fant at deltakerne var positive til tilbudene/kursene. I de kvantitative studiene fant Hrozanova et al (2025) positive effekter av søvnkurs basert på kognitiv atferdsterapi, Pleym et al. (2022), Pleym et al 2024) og Bergsvik et al 2022) fant positive effekter av røykesluttbehandling, Mathisen et al (2024) fant reduserte symptom og færre med spiseforstyrrelser etter gruppebaserte kurs for personer med spiseforstyrrelser, og Nøst et al (2018b) fant ingen forskjell mellom gruppen som fikk smertemestringskurs og de som deltok på lavterskel utendørs fysisk aktivitet i grupper. Stea et al (2023) fant positive effekter av individuell rådgiving og gruppebasert kostholdskurs og fysisk aktivitet for familier med barn med overvekt og fedme. Se tabell 13 og vedlegg 3 – tabell J.

Tabell 123: Effekt av deltakelse i ulike kurs i kommunale frisklivssentraler i Norge

Forfatter, år	Publikasjons-type	Kurs/ intervensjon	Studie-design og utvalg	Resultat	Retning
Hrozanova et al. (2025)	Artikkel	Gruppebasert søvnkurs basert på kognitiv atferdsterapi gjennomført ved FLS	RCT n = 308 Voksne med betydelig insomni sympt.	Etter 3 mnd rapporterte intervensjonsgruppen signifikant større reduksjon i symptom på insomni enn kontrollgruppen. Signifikant flere i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen rapporterte om klinisk relevant forbedring i insomni alvorlighet.	😊
Ingul et al. (2025)	Artikkel	I: Intensiv oppfølging der deltaker kunne velge to av fem ulike diabetes-spesifikke intervensjoner utført ved FLS K: "Vanlig oppfølging" informasjon fra FLS.	RCT n =110 personer med diabetes type 2 24 uker I: n = 57 K: n =53	Ingen forskjell i endring i HbA1c mellom gruppene. HbA1c var signifikant redusert i begge grupper (I: 3,8 (2,1-5,5) vs K: 2,6 (0,7-4,4))	😊
Hjetland (2023)	Master-oppgave	Gruppebasert søvnkurs	Kvalitativ n = 3	Ulike erfaringer vedrørende resultat for deltakernes insomni. Alle beskrev deltakelse på søvnkurs som en positiv opplevelse. De erfarte en følelse av fellesskap som bidro til økt mestringstro for håndtering av egen situasjon.	i.a.

Pleym et al. (2024); Pleym et al. (2022)	2 x Artikler	MI-basert veiledning om røykeslutt, medikament og henvisning til FLS for digital oppfølging av røykeslutt og gratis legemidler.	RCT n = 59 Akutte CVD pasienter	v/ 6 mnd hadde intervensjonsgruppen større sannsynlighet for å delta i røykesluttbehandling og brukte røykesluttmedikamenter oftere. Betydelige forskjeller mellom gruppene i selvrapportert slutttrate (48 % vs. 25 %).	😊
Bergsvik et al. (2022)	Vitenskapelig rapport	Røykeslutt ved frisklivssentraler i Vestre Viken	Pre-post Oppstart: n = 756 9 mnd: n = 403	53,6 % av de som svarte på post-test rapporterte at de hadde sluttet helt å røyke.	😊
Mathisen et al. (2024)	Artikkel	PED-t: Gruppebasert behandling av spiseforstyrrelser basert på veiledet trening og diett-terapi.	Kvalitativt n = 10 deltakere n = 10 veiledere ved FLS	Sterk motivasjon for behandling og en positiv oppfatning av både PED-t, den nye behandlingssettingen og veilederens kompetanse. Veilederne følte seg trygge på sine evner til å behandle spiseforstyrrelser og tilby PED-t.	i.a
Mathisen et al. (2023)	Artikkel	PED-t: Gruppebasert behandling av bulimi overspising basert på veiledet trening og diett-terapi.	Mixed Method kvantitativ del pre-post intervensjo n: n = 16. Intervju: n = 8	Signifikant reduksjon i symptomer på spiseforstyrrelse. Ni av de som fullførte intervensjonen mistet sin bulimia nervosa (BN) eller binge-eating disorder (BED)-diagnose etter behandlingen.	😊
Grønning et al. (2018)	Artikkel	Kurs i smertemestring med opplæring i mestringsteknikker	Kvalitativ n = 7	Deltakerne vurderte intervensjonen som verdifull. De brukte mestringsteknikker for å bedre håndtere sin kroniske smerte etter kurset.	i.a
Nøst et al. (2018a)	Artikkel	I: Gruppebasert kronisk smertemestringskurs med opplæring i smertehåndtering, bevegelse og erfaringsdeling. K: Aktivitet i gruppe som besto av gåtur og enkle styrkeøvelser	RCT, 3 mnd I: n = 60 K: n = 61	Ingen signifikant forskjell mellom gruppene etter 3 mnd.	😐
Nøst et al. (2018b)	Artikkel	I: Gruppebasert kronisk smertemestringskurs med opplæring i smertehåndtering, bevegelse og erfaringsdeling. K: Aktivitet i gruppe som besto av gåtur	RCT, 12 mnd I: n = 60 K: n = 61	Ingen signifikante forskjeller mellom gruppene etter 12 mnd. Innenfor begge gruppene var det signifikante forbedringer i smerteopplevelse, globale selvurdert helseindikator og 30-sekunders Sitte- Stå-test.	😊

		og enkle styrkeøvelser			
Haugen (2020)	Masteroppgave	Livsstyrke-trening	Kvalitativ n = 6	Deltakerne fortalte om større ro, aksept av plager, smerter og egen livssituasjon og økt optimisme for fremtiden.	i.a
Løken et al. (2022)	Artikkel	Kreft-rehabiliterings-program	Kvalitativ n = 56 kreft-overlevende	Økt mestringsevne og deltakelse i hverdagen etter kreftbehandling. Økt energi, kapasitet, aksept, forståelse og struktur i hverdagen samt håp for fremtiden var viktige opplevde fordeler. Multidimensjonalt og lokalt tilgjengelig rehabilitering i kombinasjon med fagfolks ekspertise ser ut til å være en viktig faktor for resultatet.	i.a
Stea et al. (2023)	Artikkel	Gruppebasert tilbud for familier med barn med overvekt/fedme med individuell familie rådgiving, kostholdskurs og fysisk aktivitet	Klusterkontroll uten randomisering I: n = 90. K: n = 73	Økte odds for å innta kveldsmåltider, redusert tilgjengelighet av salte snacks, redusert inntak av salte snacks økt vanninntak og et redusert estimert totalt energiinntak. Energiinntak etter behandling var direkte knyttet til KMI z-score etter intervensjonen.	😊
Auglend (2016)	Masteroppgave	Aktiv Ung	Kvalitativ n = 6 ansatte og aktivitets-kontakter	Samtlige opplevde en endring i fysisk aktivitet, humør, selvtillit, selvbilde og sosial status hos deltakerne.	i.a

Positiv endring er vist med 😊, ingen endring er vist med 😐 og negativ endring er vist med 😞. Dersom studien ikke har to eller flere måletidspunkt er ikke retning på endring markert. Dersom det er en kvalitativ studie, er det markert i.a. (ikke aktuelt).

7.4 Hvordan erfarer deltakere ved FLS som lever med overvekt og fedme å søke hjelp til å endre levevaner

To studier har undersøkt hvordan frisklivsdeltakere som lever med overvekt og fedme opplever å søke hjelp til å endre levevaner (Bruåsdal, 2017; Salemonsens et al., 2018). Begge var kvalitative studier med intervju som metoder. Salemonsens et al. (2018) fant resultater som tyder på at deltakerne søker verdighet for å oppnå et bedre selvbilde og opprettholde sin integritet. Flere av deltakerne beskrev lav selvfølelse og psykiske helseutfordringer, mens noen var smertelig klar over at de veier for mye, og at vektproblemene reflekterer en dyp følelse av uverdighet.

Studien konkluderer med at fremtidige frisklivssentraler og helsefremmende intervensjoner bør kurse brukere om følelser som skam, skyld og stolthet, og disse følelsene sin rolle i matforbruk og inaktivitet, slik at personer med overvekt eller fedme kan få verktøy til å regulere sitt matinntak og øke sin fysiske aktivitet. Videre foreslår studien at vektstigma på individ- og systemnivå, samt ansvar knyttet til dilemmaer om den «riktige» eller «gale» livsstilen, bør adresseres.

Det kom fram at deltakerne i studien erfarer at skam både oppleves som “blikket fra omverdenen” og som en “indre selvførdømmelse”. Skammen fører til at fysiske og sosiale aktiviteter blir valgt bort, og er

dermed livsbegrensende. Følelse av skam håndteres både på positive måter som bidrar til mindre skam og på destruktive måter som øker skamfølelsen.

7.5 Hvordan opplever ansatte og deltakere brukervedvirkning ved frisklivssentraler?

Fem studier (fire artikler og en masteroppgave) har undersøkt opplevelser av brukervedvirkning blant frisklivsdeltakere (Sagsveen et al., 2019; Salemonsens et al., 2020) og blant ansatte (Bjørndal, 2020; Sagsveen et al., 2018; Sagsveen et al., 2023). Disse studiene fant blant annet at ansatte rapporterte at brukervedvirkning i hovedsak skjer på individnivå (Bjørndal, 2020), at deltakernes foretrukne nivå av brukervedvirkning varierte (Sagsveen et al., 2019), at involvering av brukerrepresentanter varierte fra godt integrert og systematisert til det motsatte (Sagsveen et al., 2023), at motiverende intervju ble beskrevet av de ansatte som en metode for å fremme og sikre brukerinvolvering (Sagsveen et al., 2018), og at deltakerne beskrev brukervedvirkning som anerkjennelse, og at de ble styrket og gjenvant selvfølelse gjennom å bli invitert til å delta i likeverdige partnerskap (Salemonsens et al., 2020). Se tabell 14 og vedlegg 3 – tabell K.

Tabell 134: Opplevelse av brukervedvirkning i kommunale frisklivssentraler i Norge.

Forfatter, år	Publikasjonstype	Metode	Resultat
Bjørndal (2020)	Masteroppgave	Kvantitativ, tverrsnitt, n = 172 ansatte ved FLS	Mest brukervedvirkning på individnivå, sjeldnere på systemnivå. 89,9 % innhente innspill fra brukere. 40,1 % FLS innhentet informasjon fra brukerorganisasjoner, 8,2 % har brukerrepresentanter, 23,3 % honorerte brukerrepresentanter, 45,8 % gjorde brukerundersøkelser.
Sagsveen et al. (2019)	Artikkel	Kvalitativ, Individuelle intervju n = 20 deltakere ved FLS	Deltakerne opplevde at å bli respektert og å ha et pålitelig forhold til fagpersonene var viktig for deres deltakelse. Bygging av et pålitelig forhold ble for noen forstyrret av mangel på relasjonskontinuitet. Relasjonskontinuitet var viktig for å ivareta oppfølging av utfordringer og personlige mål. Brukernes foretrukne nivå av brukervedvirkning varierte. Noen deltakere ønsket ikke alltid å spille en aktiv rolle og foretrakk at fagpersonene, som "eksperter," tok avgjørelsene.
Sagsveen et al. (2023)	Artikkel Studien undersøkte ansattes erfaringer med å involvere brukerrepresentanter i planlegging, gjennomføring og evaluering av FLS tjenestene	Kvalitativ, fokusgruppe intervju n = 27 ansatte fra 27 FLS	Involveringen av brukerrepresentanter varierte fra godt integrert og systematisert til det motsatte. Primær begrunnelse for brukerinvolvering var at erfaringskunnskap er viktig for kvalitet i tjenesten. De ansatte sa at de var ansvarlige for tilrettelegging for genuin involvering. Støtte ledere var viktig for å prioritere disse oppgavene.

Sagsveen et al. (2018)	Artikkel	Kvalitativ, fokusgruppe intervju n = 23 ansatte ved 23 FLS	Et tillitsfullt forhold ble sett på som en forutsetning for vellykket involvering. Motiverende intervju (MI) ble beskrevet av fagfolk som en metode for å fremme og sikre brukerinvolvering i helsekonversasjonene.
Salemonsens et al. (2020)	Artikkel Studien undersøkte opplevelse av brukermedvirkning og egenmestring hos deltakere med overvekt og fedme ved FLS	Kvalitativ n = 13 deltakere ved FLS	Deltakerne tok personlig ansvar for aktiv involvering. Invitasjon til å delta i et likeverdig partnerskap gav styrket tro på egenmestring og gjenvant selvfølelse og verdighet. Deltakelse i veiledede grupper og følelsesmessig støtte fra andre deltakere økte motivasjon og tro på seg selv. Flere av deltakerne uttrykte behov for langvarig støtte. Tilgjengelighet og langvarig støtte fra helsepersonell var avgjørende for å opprettholde livsstilsendringer.

7.6 Frisklivssentralenes tilgjengelighet, tilbud, organisering og kompetanse

7.6.1 Forventninger til etablering og tilbud ved frisklivssentraler

En vitenskapelig studie fra 2016 av Abildsnes og medarbeidere (Abildsnes et al., 2016) undersøkte ulike aktørers forventninger til etablering og tilbud ved frisklivssentralene gjennom fokusgruppeintervju (n=38 tilknyttet sju frisklivssentraler, herunder ansatte ved FLS, kommuneadministrasjonen, fylkeskommunen, fastleger og representanter for pasientorganisasjoner). Studien fant at alle forventet at frisklivssentralene skulle tilby veiledning om fysisk aktivitet, kosthold og tobakk til ulike brukergrupper på tvers av diagnoser. Men forventningene til frisklivssentralene varierte mye med hensyn til hvilke målgrupper frisklivssentralene skal ivareta fra primærforebygging blant barn til rehabilitering av voksne med etablert sykdom.

Mandatet til frisklivssentralene, hvem som skulle være hovedmålgruppene framsto som uklart ut ifra erfaringene som kom fram i denne studien. De ansatte ved frisklivssentralene erfarte at tre måneders oppfølging var for kort tid for å etablere varige endringer av levevaner, og at det var få arenaer for deltakerne å videreføre fysisk aktivitet etter avsluttet oppfølging ved frisklivssentralen. Aktørene mente at lav kostnad var viktig med tanke på å nå grupper med begrenset økonomi, og at en viss kostnad samtidig gir forpliktelse til å delta. Deltakerne i studiene etterspurte kost-nytte-analyser og evalueringer av suksessfaktorer for frisklivssentraler og for deltakere som greier å endre levevaner.

7.6.2 Tilgjengelighet

Resultater fra KOSTRA-rapportering viser at innbyggerne har tilgang til frisklivssentral i 66 prosent av kommunene i Norge (n = 236 av totalt 370 kommuner og bydeler i Oslo) i 2023. Åttisju prosent av befolkningen bor i disse kommunene. Utbredelsen er nokså uendret siden 2017. I 2022 var det 134 kommuner der innbyggerne ikke hadde tilgang til frisklivssentral. I de fleste av kommunene uten frisklivssentral hadde de kurs eller gruppetilbud tilsvarende det som gis i frisklivssentraler, men 27 av disse

kommunene hadde ingen tilsvarende kurs eller gruppetilbud. Utbredelsen av frisklivssentraler er størst blant store kommuner i sentrale strøk og i kommuner med høyt innbyggertall, og minst blant små kommuner i mindre sentrale strøk og i kommuner med lavt innbyggertall².

I 2022 var det totalt 32 250 unike deltakere ved kommunale frisklivssentraler i Norge. I gjennomsnitt deltar hver deltaker i litt mer enn to tilbud, for eksempel i treningsgruppe og BraMat-kurs, og det totale antallet deltakelser på tilbud var 66 826 i 2022.

7.6.3 Tilbud ved frisklivssentralene

Hvert tredje år rapporterer kommunene gjennom KOSTRA hvilket tilbud Frisklivssentralene har. Over perioden 2013-2022 har de fleste frisklivssentralene rapportert at de tilbyr strukturert, tidsavgrenset og individuelt tilpasset oppfølging (benevnt som "Frisklivsresept" i KOSTRA) og gruppetilbud fysisk aktivitet.

I 2022 var andelen som tilbød frisklivsresept 87 prosent, mens 92 prosent tilbød gruppetilbud i fysisk aktivitet. Seksti prosent tilbød individuell snus- og røykesluttveiledning og 30 prosent tilbød kurs i snus- og røykeslutt. Femtifire prosent tilbød BraMat kurs og 37 prosent søvnkurs. Frisklivssentralene oppgir også at de har andre diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud (41 prosent), temabaserte samlinger (42 prosent), tilbud tilrettelagt for eldre (59 prosent), tilbud tilrettelagt for barn og unge (28 prosent), likepersonstilbud (22 prosent), kurs i mestring av belastning og mestring av depresjon (19 prosent), samt andre kurs og tilbud (34 prosent). Trettini prosent av kommuner/bydeler med frisklivssentral oppgir at frisklivssentralen også hadde tilbud om diagnosespesifikke kurs og grupper. For mer informasjon se [Kommunale frisklivssentraler 2022-2023 - Helsedirektoratet](#).

7.6.4 Studie av gruppe-aktiviteter ved frisklivssentralene

En studie (fagfelleurdert artikkel av Inderøy et al., 2023) har, gjennom deltakende observasjon, utforsket gruppeaktiviteter (kosthold og fysisk aktivitet) ved frisklivssentralene og interaksjoner mellom de ulike aktørene involvert i aktivitetene (Indrøy et al., 2023). Forskerne oppsummerte med at forhåndsdefinerte kursinnhold og stramme tidsplaner gav lite rom for refleksjon og dialog om individuelle erfaringer og utfordringer. Tilgang til sosialiseringssområde i direkte tilknytning til kurslokale gjorde at deltakere møttes før kurs for å sosialisere. Det var tendens til å støtte individer med enkle behov, og utfordringer med å støtte individer med komplekse behov.

7.6.5 Digitale løsninger

KOSTRA-tall for 2022 viser at 44 prosent av alle kommuner/bydeler der innbyggerne har tilgang til frisklivssentral (n = 236) hadde tilbud om digital oppfølging (f.eks. via telefon, video, chat mm.). Førtien prosent av kommunene oppgir at de gav tilbudet i form av individuelle helsesamtaler, mens 14 prosent oppgir at de gav tilbudet i form av digitale kurs og gruppetilbud. Flere kommuner har gitt tilbudet om både digitale samtaler og digitale kurs/gruppetilbud. Femtitte prosent av hele befolkningen bor i kommuner/bydeler med frisklivssentral som har tilbud om digital oppfølging (SSB, 2023). Ni av ti kommuner med frisklivssentral oppgir at de bruker elektronisk pasientjournal (n = 236), og seks av ti kommuner med frisklivssentral oppgir at de er koblet på Norsk helsenett (n = 236) (SSB, 2023).

²². [Oversikt over kommuner med frisklivssentraler ligger på helsedirektoratets nettsider](#).

Resultatene fra en kartlegging av avstandsoppfølging og bruk av digitale verktøy i kommunale frisklivssentraler i 2020 (Helsedirektoratet, 2020), viser at frisklivssentraler som følge av Covid-19 har tatt i bruk et bredt utvalg av apper og digitale verktøy både til grupper og kurs, og i en-til-en- oppfølging. Nær 60 prosent av de spurte har tatt i bruk og fått erfaring med nye arbeidsmåter og digitalisert mer av arbeidet knyttet til innbyggerrettet informasjon som et resultat av pandemien (Helsedirektoratet, 2020).

Rapporten oppsummerer at digitale løsninger kan utvide og være et supplement til, men ikke erstatning for, det ordinære tilbudet og til fysisk oppmøte. Flere frisklivssentraler opplever at avstandsoppfølging kan være nyttig for noen, det har blant annet gitt mer fleksibilitet og alternative måter å følge opp deltakerne på, men at de har mange brukere med lav digital kompetanse. For disse brukerne vil digital oppfølging være utfordrende og i realiteten kunne redusere muligheten for nødvendig oppfølging. Rapporten sier videre at digitalisering kan gi mulighet for å gjøre lokale kurs tilgjengelig for innbyggere/brukere i hele landet/på tvers av kommuner. Mer kunnskap og temakurs om digitale verktøy og avstandsoppfølging etterspørres (Helsedirektoratet, 2020). Resultatene støttes av svarene fra en kartlegging gjennomført av Helsedirektoratet sommeren 2024, der elleve frisklivssentraler har svart på spørsmål om hvilke teknologiske løsninger og digitale verktøy de har tatt i bruk og hva som er deres erfaringer med disse. Tabell 15 viser en oversikt over hvilke typer digitale løsninger som var i bruk ved frisklivssentraler pr. juni 2024.

Tabell 15: Digitale løsninger brukt ved frisklivssentraler, juni 2024 (n = 11)

Kategori av digital løsning	Eksempler på tjenester/løsninger
Kommunikasjon og samhandling	Messengergrupper, Teams, Zoom, Skjermtolk, Digitale helsesamtaler via Join og Confrere
Kurs og opplæring	Digitale opplæringsseminarer, Tankevirus-kurs på egen plattform, Digitalt interkommunalt sov-godt-kurs på Demio
Deling av innhold	Deling av treningsvideoer mm på Vimeo, Informasjon på nettsider, Facebook, Instagram
Administrative verktøy	Excel, Forms, digital påmelding til treninger og kurs og en planlagt ny løsning for digital hjemmeoppfølging
Helse- og journalsystemer	Apper og verktøy på Helsenorge, E-meldinger til fastleger, CosDoc og Gerica, Helseplattformen/HelsaMi
Verktøy for fysisk aktivitet og selvhjelp	Exorlive, MinLivsstil, Assistert selvhjelp, Påkoblet
Betalingstjenester	Vipps

I kartleggingen fra 2024 rapporterer noen frisklivssentraler at de har fortsatt med digitale samtaler også etter covid-19 fordi det gir større fleksibilitet, særlig ved store avstander eller for de som er i full jobb. De fleste har likevel gått tilbake til fysiske møter også, blant annet fordi det bidrar til å skape gode relasjoner og bli bedre kjent, særlig i starten av en oppfølgingsperiode.

Videre rapporteres det at digital trening fungerte fint under pandemien, men at det var færre deltakere enn ved fysisk oppmøte. Ved valg mellom digitale eller fysiske treningsgrupper, foretrekker de fleste fysisk oppmøte på grunn av mulighet for sosiale relasjoner, komme seg ut av huset og lignende. Flere mener at det fungerer bra med digitale kurs, spesielt for grupper som ønsker å delta anonymt, eller for de som bor i områder med store avstander. Det rapporteres samtidig om ulempene ved å miste det sosiale aspektet og at man går glipp av fordelene ved å møte andre i samme situasjon. Utfordringer med lav digital kompetanse og språk trekkes også frem i denne kartleggingen. Det fremheves at digitale plattformer, som facebook og instagram egner seg godt til markedsføring og informasjon/kommunikasjonsarbeid, og bruk av e-link er effektivt og sikkert (personvern) til dialog med fastleger ev. annet helsepersonell (Helsedirektoratet, 2024a).

7.6.6 Organisering

Ifølge årsrapporter og søknader fra utviklingsentralene og bydelene i Oslo kommune, har alle disse kommunene organisert frisklivssentralen som en del av sine helse- og omsorgstjenester.

Frisklivssentralene i de fleste kommunene har rapportert at de er organisert som en avdeling for friskliv og mestring, forebyggende- og helsefremmende tjenester, eller folkehelse (13 av 18 sentraler).

I følge KOSTRA-tall for 2022 (SSB, 2023) tilbød 44 prosent (103 av 236) av alle kommuner/bydeler frisklivssentral i samarbeid med andre kommuner. 141 kommuner tilbyr frisklivssentral i egen kommune. I hovedsak er det kommuner med minst sentralitet og/eller med lavest innbyggertall som samarbeider om å tilby frisklivssentral til sine innbyggere.

7.6.7 Årsverk og kompetanse

Det var i alt 358 årsverk ansatt ved frisklivssentraler i norske kommuner/bydeler i 2022 (n = 236). I gjennomsnitt var det 90 unike deltakere og 186 deltakelser per årsverk ved frisklivssentraler i 2022. Gjennomsnittlig antall årsverk i frisklivssentralene var 1,5 i 2022. Antall årsverk varierer fra 0,1 til 16,7 årsverk, median er 0,8. Fem kommuner har 0,1 og fire kommuner har mer enn ti årsverk (SSB, 2023).

Det har vært en gradvis økning i totalt antall årsverk mellom 2013 og 2022. Mens det var 191 avtalte årsverk i alt i 2013, så var tilsvarende tall 358 i 2022. Dette tilsvarer en økning på i underkant av 90 prosent, og 358 årsverk i kommunale frisklivssentraler utgjør om lag 0,2 prosent av alle årsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2024b).

Et bredt spekter av profesjoner arbeider i frisklivssentralene; fysio- og ergoterapeuter, sykepleier, klinisk ernæringsfysiolog, høyere utdanning innen fysisk aktivitet og helse, annen høyere utdanning innen ernæring, psykolog, lege, erfaringskonsulent, vernepleier og annen utdanning som sosionom, aktivitør, kokk, naprapat, hjelpepleier, og miljøterapeut (SSB, 2023). Fysioterapeut utgjør den klart største utdanningsgruppen med 186,5 årsverk, mens sykepleiere utgjør den nest største utdanningsgruppen med 31 årsverk. Helse- og treningsfysiologer er ikke egen kategori i skjemaet for 2022. Vi har derfor ikke tall for hvor stor andel av avtalte årsverk som utgjøres av personer med denne utdanningen (SSB, 2023).

7.7 Samarbeid

7.7.1 Aktører som henviser til frisklivssentraler

Ifølge kommune-stat rapporteringen (KOSTRA) for 2022 (SSB, 2023) er fastlegetjenesten den hyppigste henviser til kommunale frisklivssentraler (89 prosent av kommuner har fått henvist deltakere fra fastleger). Andre henvisere er øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester³ (i 86 prosent av kommunene), spesialisthelsetjenester (66 prosent av kommunene), NAV (58 prosent), private fysioterapeuter (52 prosent), helsestasjons- og skolehelsetjenesten (44 prosent), bedriftshelsetjenesten (13 prosent), tannhelsetjenesten (2 prosent) og andre (i 30 prosent av kommunene).

7.7.2 Legenes erfaringer med frisklivssentraler

I en kvalitativ studie (artikkel) der ti fastleger i alderen 30-62 år, med 2,5-31 års erfaring som fastlege, har blitt intervjuet, var det delte erfaringer med frisklivssentral (Sandvoll et al., 2021). Flere av legene hadde

³ Øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester omfatter fysio- og ergoterapitjenesten, psykisk helse og rus, helsetjenester for flykninger og innvandrere, re-/habilitering mm.

positive erfaringer med henvisning til frisklivssentral. Disse beskrev frisklivssentralen som et tilbud med god kompetanse og et supplement til veiledning de ikke hadde tid til. Andre var skeptiske til tilbudet grunnet manglende dokumentert helseeffekt og at frisklivssentralen kun passet for mennesker som kunne trene på dagtid. Det var delte meninger om tilbudet passet best for umotiverte eller motiverte pasienter.

7.7.3 Frisklivssentralens samarbeid med ulike aktører

I KOSTRA for 2022 er de hyppigst rapporterte samarbeidspartnere; øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester, fastlegetjenesten, frivillige lag organisasjoner og NAV (SSB, 2023).

Gjennom årsrapporter fra utviklingsentralene og Oslo kommune, samt søknader om å bli utviklingsentral 2023-25 kommer det fram at frisklivssentralene samarbeider med følgende aktører:

- NAV og lokale attføringsbedrifter
- Kommuneoverlege
- Frisklivssentraler i andre kommuner
- Regionalt psykisk helsevern
- Andre lærings og mestringstilbud
- Andre kommunale tjenester
- Andre kommunale sektorer: Skole, mm
- Frivillige og private lokale aktører og organisasjoner
- Andre kommuner
- Statsforvalter og fylkeskommune
- Regionalt nettverk for friskliv, læring og mestring
- Regionale friluftsråd
- Spesialisthelsetjenesten
- Høgskoler og universitet

Ifølge årsrapportene og søknadene samarbeider frisklivssentralene med de ulike aktørene om følgende oppgaver:

- Tilbud – utvikling, utprøving, evaluering, etablering og gjennomføring
- Forskning, utviklingsarbeid, praksisplasser, hospitering og undervisning
- Kompetanseutveksling
- Oppfølging av enkeltpersoner/saker
- Undervisning av ulike grupper i eller på tvers av tjenester
- Planlegging og gjennomføring av innbyggerrettede arrangementer
- Likepersonsarbeid opplæring og oppfølging av frivillige
- Veiledning og undervisning av personale i andre tjenester og sektorer,
- Nettverkssamlinger og kompetansebygging regionalt

Gjennom årsrapportene og søknadene blir det beskrevet hvordan frisklivssentralene arbeider for å få deltakerne over i andre lokale treningstilbud eller egenaktivitet etter oppfølging i frisklivssentralen (såkalt "utslusingsarbeid"). Vedlegg 1 gir en oppsummering av frisklivssentralenes beskrivelser av sitt "utslusingsarbeid".

7.8 Samfunnsøkonomiske beregninger av tilbudet ved frisklivssentraler

En masteroppgave (Bullenkamp, 2023) har analysert forskjeller mellom kommuner med og uten frisklivssentral i kjennetegn som medianinntekt, tidlig dødelighetsrate, sentralitetsindeks, befolkningsstørrelse og kommunens frie inntekter ved å benytte SSB-statistikk over frisklivssentraler og kommunestatistikk, og data for kontroll og utbetaling av helserefusjon. Analysene viste en signifikant assosiasjon mellom befolkningsstørrelse på mer enn 5000 innbyggere og kommunens frie inntekter og etablering av frisklivssentral. Det var ingen signifikante sammenhenger mellom tidlig dødelighetsrate og medianinntekt og etableringen av frisklivssentral. Studien analyserte i tillegg forskjeller mellom kommuner med og uten frisklivssentral i bruk av primærhelsetjenester, målt som antall regninger sendt inn av fastleger. Det var ikke signifikant forskjell mellom kommuner med og uten frisklivssentral i bruken av fastlegetjenester

En annen masteroppgave (Svor, 2018) har utført en helseøkonomisk evaluering av frisklivssentralene i Oslo ved å benytte driftskostnader for frisklivssentraler i Oslo og effektestimater basert på Exercise Referral Scheme i England. Kostnadseffektiviteten til frisklivssentralen ble undersøkt mot alternativet ingen intervensjon. Den gjennomsnittlige inkrementelle kostnad-effekt-raten ble 311 041 kr per vunnet kvalitetsjustert leveår (QALY). Kostnad-effekt-akseptkurven viser at ved grenseverdier over 325 000 kr per QALY har frisklivssentralen større sannsynlighet for å ha størst netto monetær nytte enn alternativet «ingen intervensjon». Høyere grenseverdier betyr større sannsynlighet for at frisklivssentralen er kostnadseffektivt.

8. HVA MANGLER VI FORSKNING OM

Gjennom litteratursøket fant vi ingen studier som omhandler:

- Hvordan frisklivssentralene gjennomfører selve oppfølgingsperioden i praksis
- Hvordan overgangen fra oppfølging i frisklivssentralen til egen mestring, deltakelse i andre tilbud og samfunnsdeltakelse foregår i praksis
- Endring i arbeidsdeltakelse eller sykemelding etter oppfølging ved FLS
- Hvordan små kommuner organiserer tilbud om frisklivssentral til sine innbyggere, og fordeler og ulemper med ulike modeller

Helsedirektoratet vurderer at det er behov for mer kunnskap om flere av disse spørsmålene for leveranse på oppdrag TB2024-45 om oppfølgingsmodeller for grønn resept/takst for livsstilsintervensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024b), og er i gang med planlegging av hvordan ytterligere innsikt kan innhentes.

9. DISKUSJON

9.1. Datamateriale og kvalitet på studiene inkludert i oppsummeringen

Formålet med denne kunnskapsoppsummeringen har vært å etablere et bredt og praksisnært kunnskapsgrunnlag om hvordan frisklivssentralene fungerer i norsk kontekst. For å favne bredden i tilgjengelig kunnskap, ble det valgt en eksplorativ tilnærming til litteratursøk og utvelgelse. Inklusjonen omfatter publikasjoner med ulike forskningsdesign, statistikk og erfaringsbasert rapportering fra frisklivssentralene.

Gitt det heterogene datagrunnlaget, med variasjoner i problemstillinger, utvalg, metode og publikasjonsform, er det ikke gjennomført metodisk kvalitetsvurdering etter tradisjonelle prinsipper. I

stedet er det lagt vekt på å belyse kunnskapsgrunnlaget fra flere perspektiver, inkludert forskningsbasert, erfaringsbasert og brukerkunnskap. Hensikten er å gi et nyansert bilde av hvordan frisklivssentralene oppleves og fungerer i praksis, samt å identifisere områder der det i dag foreligger kunnskapshull. Frisklivssentralene er en helsetjeneste som gir individuelt tilpasset oppfølging der flere levevaner, somatisk og psykisk helse ses i sammenheng. Oppfølgingen tar utgangspunkt i den enkeltes utfordringer, behov og målsettinger. For noen brukere kan det være tilstrekkelig med en helsesamtale og informasjon om tilgjengelige tilbud i kommunen eller digitale løsninger, mens andre har store og sammensatte behov som krever tettere og mer langvarig oppfølging – ofte utover det som vanligvis tilbys i primærhelsetjenesten. Innhold og varighet varierer derfor fra person til person, og oppfølgingsplaner skreddersys den enkeltes situasjon.

Å dokumentere effekten av et individuelt tilpasset tilbud til en mangfoldig brukergruppe, er metodisk krevende. Utfordringen kan sammenlignes med å vurdere effekten av tjenester som fastlegeordningen eller kommunal fysioterapi. Den forskningsmetoden som vanligvis anses som gullstandard for å dokumentere kausale sammenhenger, randomiserte kontrollerte studier (RCT), egner seg dårlig når både tiltak og målgruppe er sammensatte og lite kontrollerbare (Victora et al., 2004). Alternative studiedesign, som longitudinelle før- og etter-studier, eller kvalitative studier, kan derfor være bedre egnet for å undersøke endringer over tid og deltakernes egne erfaringer med den helhetlige tjenesten. RCT'er kan derimot egne seg for å undersøke effekt av spesifikke kurs eller tilbud for bestemte målgrupper.

I denne oppsummeringen har vi identifisert én RCT med tre publiserte artikler som undersøker det helhetlige ordinære tilbudet ved frisklivssentraler, elleve longitudinelle studier og sytten kvalitative studier publisert i fagfelleverderte tidsskrifter. I tillegg har vi inkludert 43 masteroppgaver med empiri fra frisklivssentraler i Norge. Selv om masteroppgaver ikke har gjennomgått samme kvalitetssikring som vitenskapelige artikler, gir de samlet sett et verdifullt innblikk i ulike problemstillinger knyttet til frisklivssentraler. Særlig gir de innsikt i deltakernes erfaringer og opplevelser, noe som ofte er underrepresentert i annen forskning.

I tillegg presenterer rapporten deskriptiv statistikk fra KOSTRA, samt informasjon fra årsrapporter og søknader fra utviklingssentraler. Selv om disse kildene ikke er designet og analysert med vitenskapelige metode, gir de viktig kunnskap om utbredelse, organisering, kompetanse og innhold, faktorer som har betydning for både tilgjengelighet, kvalitet og potensiell effekt.

Til tross for variasjoner i datakvalitet og metode, gir det samlede kunnskapsgrunnlaget et bredt og nyansert bilde av frisklivssentralenes rolle.

Det er imidlertid behov for kunnskapsoppsummeringer med mer spissede problemstillinger og systematisk vurdering av kvalitet, for å få mer kunnskap om hvilke spesifikke virkningsmekanismer som har langtidseffekt på endring av levevaner og mestring av helseutfordringer på for ulike målgrupper.

I den videre drøftingen løftes noen sentrale temaer fram som, med utgangspunkt i det samlede kunnskapsgrunnlaget, vurderes å ha særlig behov for videre forskning, utvikling eller politisk oppmerksomhet.

9.2 Frisklivssentralens målgrupper

9.2.1 Høyrisikogrupper benytter tilbudet i frisklivssentraler

Resultater fra studier med data fra frisklivssentraler i Norge viser at deltakerne i hovedsak er kvinner (55–85 prosent), med en gjennomsnittsalder på rundt 50 år (aldersspenn 13–90 år) (Se tabell 2). I flere studier er omkring 90 prosent av deltakerne etnisk norske (Blom et al., 2019; Sevild et al., 2020a), men erfaringer fra enkelte kommuner, som Oslo og Drammen, tyder på høyere andel deltakere med minoritetsbakgrunn.

Den typiske frisklivsdeltakeren har fedme (KMI over 30), lav selvrapportert livskvalitet, høyt nivå av psykiske belastninger og sammensatte helseutfordringer. Muskel- og skjelettplager, psykiske plager og overvekt/fedme er blant de vanligste rapporterte helseproblemene. En større andel av deltakerne har lavere utdanningsnivå enn i den generelle befolkningen, og omtrent halvparten er sykemeldte eller mottar ytelse fra NAV (se Tabell 2).

Litteraturgjennomgangen viser at frisklivssentralene når grupper med høy risiko for tidlig død, langvarig sykefravær og uførhet som følge av ikke-smittsomme sykdommer, inkludert psykiske lidelser og muskel- og skjelett problematikk (Se Tabell 2). Verdens helseorganisasjon (WHO) fremhever behovet for å kombinere befolkningsrettede- og høyrisikostrategier for å forebygge tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (Non-communicable diseases, NCD) (WHO, 2019). Befolkningsrettede strategier når en stor andel av befolkningen og kan gi forebyggende effekt på et tidlig stadium i forløpet. Generelle, befolkningsrettede tiltak, som tilgang til fysisk aktivitet, kan bidra til å gjøre sunne valg lettere i hverdagen. Studier viser imidlertid at noen grupper har større utfordringer med å endre helserelatert atferd, som å bli mer fysisk aktive, spise sunnere og slutte å røyke (Bull et al., 2006; Luten et al., 2016; Yildirim et al., 2018). De kan ha behov for målrettet støtte og veiledning tilpasset individuelle behov for å komme i gang med endring av levevaner. På sikt kan de også benytte seg av befolkningsrettede tiltak som for eksempel tilrettelegging for fysisk aktivitet i nærmiljøet.

I England anbefales det at fysisk inaktive voksne med vesentlig økt risiko, eller allerede etablerte sykdommer, skal få tilbud om oppfølging for endring av levevaner innad i helsetjenestene (NICE, 2014). Studiene fra frisklivssentralene i Norge tyder på at frisklivssentralene når høyrisikogrupper som trenger ekstra støtte og veiledning for å komme i gang med endring og mestring av levevaner. Dette er også i tråd med målgruppen for frisklivssentraler slik den er beskrevet i Veileder for kommunale frisklivssentraler. Kvalitative studier oppsummert i denne rapporten viser at deltakerne har behov for trygghet, kompetanse og tilpasset nivå, noe som frisklivssentralene tilbyr (Se kapittel 7.2.2 tabell 11).

9.2.2 Deltakere med sammensatte helseutfordringer krever intensiv oppfølging

En betydelig andel av de som henvises til frisklivssentraler, har sammensatte helseutfordringer og hjelpebehov, inkludert store psykiske belastninger (Blom et al., 2019; Følling et al., 2015; Sevild et al., 2020a). Erfaringer fra frisklivssentralene tilsier at denne gruppen ofte krever langvarig, tverrfaglig og individuell oppfølging, og noen kan ha behov for spesialiserte tjenester parallelt med, eller før de er i stand til å delta aktivt i de diagnoseuavhengige tilbudene ved frisklivssentralen. I dag utgjør frisklivssentralene et lavt bemannet helsetjenestetilbud i mange kommuner (SSB, 2023), og studier peker på en mulig mismatch mellom deltakernes komplekse behov og frisklivssentralenes kapasitet og primære oppgaver (Følling et al., 2015; Salemonsens, 2020; Sevild, 2021).

Mangel på kapasitet til å gi den individuelt tilpassede oppfølgingen som kreves, øker risikoen for at deltakere avslutter før de har hatt tilstrekkelig effekt av tilbudet. Det gir også utfordringer for evaluering av effekt. Flere av studiene fra frisklivssentraler i Norge hadde et relativt høyt frafall (ca. 30–45 prosent av

deltakerne) før fullført oppfølging etter tre-seks måneders oppfølging (Blom et al., 2020c; Samdal, 2019; Sevidt et al., 2022). Faktorer som viste sammenhenger med frafall i disse studiene var yngre alder, høyere KMI eller livvidde, andre nasjonaliteter enn norsk, psykiske helseproblemer og andre kroniske helseutfordringer. Erfaringer fra ansatte i frisklivssentraler viser at det er mange årsaker til frafall underveis, som for eksempel slutt på sykemelding, nyoppstått sykdom eller skade, tap av motivasjon, lengre reiser og opphold i andre helseinstitusjoner. Dette er faktorer som påvirker deltakelse og frafall uavhengig av kapasitet ved frisklivssentralen.

Det er behov for mer forskning på årsaker til frafall før oppfølgingstilbudet i frisklivssentralen er fullført. Videre er det behov for mer kunnskap om hvilke målgrupper som bør få oppfølging fra andre helsetjenester før, eller parallelt med, ordinær oppfølging i frisklivssentral for best utnytting av kompetanse og ressurser.

9.2.3 Kjønnforskjeller i deltakelse

Det er flere kvinner enn menn som deltar ved frisklivssentraler (Ekorndrud et al., 2016; Thonstad et al., 2020). Det kan blant annet henge sammen med at kvinner har høyere forekomst av sykefravær og kroniske lidelser (Nossen, 2019), og at kvinner i større grad enn menn benytter seg av primærhelsetjenester (Skyrud et al., 2024). Kjønnforskjellen er neppe et uttrykk for at det er så stor ulikhet i levevaner og helse, men kanskje heller at menn generelt kan ha høyere terskel enn kvinner for å oppsøke hjelp for sine utfordringer (Thonstad et al., 2020). Årsakene til kjønnforskjellene ved frisklivssentralene er imidlertid ikke kjent, og bør undersøkes nærmere.

9.2.4 Jobbtilhørighet

De fleste frisklivsdeltakerne er i arbeidsfør alder, og omtrent halvparten av deltakerne er sykemeldte eller mottar NAV-stønad (se tabell 2). Frisklivssentralene har derfor et potensial i å bidra til økt arbeidsdeltakelse. Fra årsrapportene og KOSTRA-statistikk fremgår det at frisklivssentralen samarbeider med NAV og bedriftshelsetjenester om oppfølging av deltakere. En studie har rapportert positive endringer i samfunnsdeltakelse etter oppfølging ved frisklivssentral (Haugland, 2018), men vi mangler kunnskap om hvorvidt oppfølging ved frisklivssentral har effekt på arbeidsdeltakelse, samt om hvordan aktørene samarbeider og hva som er suksessfaktorer for samarbeid om å øke arbeids- eller annen samfunnsdeltakelse.

Enkelte deltakere som er i arbeid, opplever at gruppetilbudene ikke er tilgjengelige for dem fordi de skjer på dagtid (Skrove et al., 2013). Det bør vurderes hvordan samarbeid med arbeidsgiver og henvisende instanser kan legge bedre til rette for at deltakerne kan benytte frisklivssentralens tilbud, blant annet gjennom fleksibel oppfølging både i og utenfor ordinær arbeidstid.

9.2.5 Behov for dialog om målgruppe og frisklivssentralens rolle i helhetlige pasientforløp

Ifølge veileder for kommunale frisklivssentraler er frisklivssentralens målgruppe: "*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, ... og spesielt for de som ikke finner andre egnede helsetilbud eller som trenger hjelp til å finne ut hva som passer for dem.* Videre står det beskrevet i veilederen at *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.* Og videre at: *Frisklivssentralens tilbud er aktuelt for personer med langvarig sykemelding eller kronisk sykdom.* Ut ifra resultater fra studiene av frisklivssentraler som viser at en stor andel av deltakere er relativt «tunge» brukere med behov for langvarig og sammensatt helsehjelp, kan det tyde på behov for

bedre dialog mellom beslutningstakere i kommunen, samarbeidspartnere og henvisere om hvilke målgrupper og oppgaver frisklivssentralene bør prioritere, og hvilken behandling som bør tilbys og følges opp av andre tjenester. Flere kan potensielt hjelpes av tilbudet i frisklivssentralen dersom de henvises tidligere i sykdomsforløpet, og hvis de med størst behov får bedre tilpassede tilbud og forløp i, eller i samarbeid med, andre tjenester.

9.3.Effekter og virkninger av det helhetlige tilbudet i frisklivssentraler

9.3.1 Det helhetlige tilbudet ved frisklivssentralene

Det helhetlige tilbudet ved frisklivssentralene består av et individuelt tilpasset opplegg som gir støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer, der flere levevaner, somatisk og psykisk helse ses i sammenheng. I studier som har undersøkt virkninger av dette tilbudet har de inkludert individuelle helsesamtaler minimum ved oppstart og avslutning, samt oppfølging av fysisk aktivitet, kosthold og/eller tobakksavvenning, fortrinnsvis gjennom gruppebaserte tilbud, basert på dialog med deltakeren og tilpasset dennes utgangspunkt og behov.

Ifølge KOSTRA-rapporteringer har 92 prosent av frisklivssentralene egne gruppetilbud for fysisk aktivitet. 54 prosent tilbyr kostholdskurset BraMat for bedre helse, utviklet av Helsedirektoratet. 30 prosent tilbyr kurs i snus- og røykeslutt, mens 60 prosent tilbyr individuell røykesluttveiledning. I tillegg har frisklivssentralene ulike andre diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud, som for eksempel kurs for mestring av søvnvansker, hverdagsgledekurs og kurs i mestring av belastning (KIB) (Helsedirektoratet, 2022b) (Se kapittel 7.7.5).

Oppfølgingsperioden i studiene er på 3-6 måneder av gangen, og det tilbys en eller flere oppfølgende helsesamtaler underveis. Noen deltakere får tett oppfølging av flere leveområder over tid, mens andre bare deltar på første helsesamtale. I studien til Blom et al. (2020b), som inkluderte 1022 deltakere fra 32 frisklivssentraler, var ønsket om å bli mer fysisk aktiv den vanligste årsaken til deltakelse (92 prosent), fulgt av endring av kosthold (35 prosent), mens bare tre prosent ønsket hjelp til røykeslutt. Median antall helsesamtaler i løpet av tre måneders oppfølgingsperiode var to, mens median antall aktivitetsøkter pr uke var tre, hvorav 65 prosent var i grupper ved frisklivssentral, 64 prosent var egenstyrt aktivitet, mens 17 prosent var i regi av andre tilbydere. Studier viser at det er vanlig at deltakerne får to oppfølgingsperioder a tre måneder (Blom et al., 2020b; Bratland-Sanda et al., 2014).

9.3.2 Studiedesign for å måle effekter av komplekse intervensjoner

For å dokumentere effekt i form av årsak–virkning, regnes randomiserte kontrollerte studier (RCT) som det best egnede studiedesignet. Ved komplekse og individuelt tilpassede intervensjoner som ved frisklivssentralene, er det imidlertid metodiske og praktiske utfordringer knyttet til slike studiedesign (Victora et al., 2004). Erfaringer fra studier på frisklivssentraler (Blom et al., 2020a; Samdal, 2019; Sevidl, 2021) viser at deltakere, ansatte og henvisere ofte ikke ønsker randomisering, særlig når motivasjonen for å komme i gang med livsstilsendring allerede er høy hos deltaker. Det er også utfordrende å etablere kontrollgrupper som ikke får noe tilbud, eller der tiltaket utsettes. Deltakergruppene og de individuelt tilpassede intervensjonene er dessuten svært heterogene, noe som gjør sammenligning vanskelig.

Longitudinelle studier uten kontrollgruppe (pre–post-design) har derfor vært det mest brukte designet. Disse gir større muligheter for inklusjon av et bredt og variert deltakergrunnlag, men gjør det vanskeligere å konkludere om årsakssammenhenger. Frisklivsansatte erfarer at deltakere med mest komplekse

utfordringer og behov for tett oppfølging, samt personer som ikke forstår norsk, ofte har valgt å ikke delta i studier, og at det dermed kan være et selektert utvalg i frisklivsstudiene.

9.3.3 Effekter og endring i levevaner, helse og livskvalitet

I denne oppsummeringen er det inkludert tolv ulike studier (to RCT-er, én kontrollert studie og ni longitudinelle pre–post-studier) som har undersøkt effekt av det helhetlige tilbudet ved frisklivssentraler, eller endringer hos deltakerne. Fra disse studiene er det publisert 14 kvantitative vitenskapelige artikler og 12 kvantitative masteroppgaver som er inkludert i oppsummeringen. Videre er det inkludert 25 studier som har undersøkt hvordan deltakerne opplever det helhetlige tilbudet ved frisklivssentralene.

Oppsummerte funn fra kvantitative studier viser

- Usikre endringer i fysisk aktivitetsnivå hos deltakerne på kort og lang sikt.
- Bedring i kondisjon på kort og lang sikt.
- Reduksjon i fedme på kort og lang sikt i flere studier.
- Forbedret selvrapportert livskvalitet, psykisk helse og funksjon på kort og lang sikt.
- Reduksjon i risiko for diabetes og forekomst av diabetes.
- Forbedringer i kosthold i studier med tilhørende kurs.
- Ingen negative endringer over tid.

Studiene har inkludert fra sju (Skrove et al., 2013) til 1022 (Blom et al., 2020b) deltakere fra en til 32 frisklivssentraler. I de fleste av studiene besto intervensjonene av helsesamtaler og gruppetilbud for levevaneendringer. Bare to studier har sett på intervensjoner for en spesifikk diagnosegruppe (diabetes) (Følling et al., 2022; Ingul et al., 2025).

9.3.4 Uklare resultater om endring i fysisk aktivitetsnivå

Ingen av studiene som har brukt aktivitetsmålere (akselerometre) har funnet signifikante endringer i fysisk aktivitetsnivå, hverken på kort eller lang sikt. Ved oppstart målte imidlertid studiene et relativt høyt aktivitetsnivå (23–45 min fysisk aktivitet med moderat-høy intensitet pr dag), noe som ikke samsvarer med at en stor andel av deltakerne ble henvist på grunn av fysisk inaktivitet, og at de fleste ønsket hjelp til å bli mer fysisk aktive (tabell 2). Det å få på seg en aktivitetsmåler er i andre studier vist å kunne være en motiverende faktor til å umiddelbart øke aktivitetsnivå hos fysisk inaktive voksne (Nuss et al., 2021). Videre ble baseline-målinger gjort etter veiledning i en første helsesamtale, noe som også kan ha påvirket aktivitetsnivået før baseline måling, og dermed redusere mulighet for å fange opp en reell endring i aktivitetsnivå.

Studiene som har brukt selvrapportert fysisk aktivitet viser økning i fysisk aktivitetsnivå hos frisklivsdeltakerne, og studien av Samdal et al. (2019) indikerer at det var en positiv effekt hos de som var minst aktive ved oppstart. Dette tyder på at oppfølging i frisklivssentraler kan være spesielt gunstig for denne gruppen.

9.3.5 Forbedringer i kondisjon

I motsetning til fysisk aktivitetsnivå, viser de fleste studiene signifikant bedring i kondisjon etter oppfølging – både på kort og lang sikt (se tabell 2). Måling av endring i kondisjon påvirkes i mindre grad av

deltakernes bevissthet om å bli målt sammenlignet med aktivitetsmålere, og gir derfor et merrobust mål på faktisk endring.

En ikke-randomisert kontrollert studie (Lorentzen, 2023) fant ingen forskjell i kondisjon mellom frisklivsgruppen og kontrollgruppen, men observerte positiv effekt hos dem som faktisk møtte til to eller flere treningsøkter per uke. Også studien til Blom et al. (2020c) fant en positiv sammenheng mellom antall fullførte treningsøkter pr uke og endring, samt om deltakerne deltok på trening organisert av frisklivssentralen, bare egentrening, eller i regi av andre. Dette viser betydningen av deltagelse og «dose» fysisk aktivitet på kondisjonseffekt.

9.3.6 Positive endringer i kosthold

Fire studier (hvorav to masteroppgaver og to vitenskapelige artikler) har undersøkt endringer i kosthold etter oppfølging ved frisklivssentral. Tre av disse fant positive endringer i inntak av frukt og grønnsaker, deriblant en RCT som undersøkte effekt blant de som hadde deltatt på frisklivssentralens kostholdskurs, mens en studie ikke fant betydelige endringer (Ystgaard, 2013) (Se tabell 5 og vedlegg 3 – tabell C). En av studiene fant i tillegg forbedring i opplevd kompetanse om kosthold og helse (Sevild et al., 2022). Dette kan tyde på at oppfølging ved frisklivssentral kan påvirke helsekompetanse og kostholdsvaner positivt, men kunnskapsgrunnlaget er noe begrenset.

9.3.7 Reduksjon i kroppsvekt og midjemål

Tre av fem studier som har undersøkt endringer i kroppsvekt fant signifikant vektreduksjon etter oppfølging ved frisklivssentral og ved langtids oppfølging (12-36 måneder). De to studiene som ikke viste vektreduksjon var kontrollerte studier (Breili, 2023; Samdal et al., 2021) (med 118 og 31 deltakere) noe vi tidligere i denne diskusjonen har argumentert for ikke nødvendigvis er egnet for å måle effekt av komplekse intervensjoner med heterogene målgrupper.

De fleste av deltakerne på frisklivssentralene har fedme ($KMI > 30$), og selv om frisklivssentralen ikke først og fremst er et vektreduksjonstiltak, er det positivt at mange deltakere får signifikant reduserte mål på overvekt og fedme. Disse resultatene styrker også antakelsen om at oppfølging ved frisklivssentral påvirker både kostholdet og aktivitetsnivået i positiv retning.

9.3.8 Forbedringer i livskvalitet og psykisk helse

De som kommer til frisklivssentralene for oppfølging har signifikant lavere helserelatert livskvalitet og høyere psykiske belastninger enn den generelle norske befolkningen (Blom et al., 2019; Sevild et al., 2020a). Alle de fire studiene som har undersøkt endringer i livskvalitet og psykisk helse hos deltakerne, har vist signifikante forbedringer både på kort og lang sikt (tabell 8). Disse positive funnene i kvantitative studier støttes av resultater i de kvalitative studiene som viser at deltakerne opplever sosial støtte, mestring og trygghet ved å delta i frisklivssentralens oppfølging (se drøfting av brukernes erfaringer under). I teorier om livskvalitet framkommer dette som betydningsfulle faktorer for å oppleve god livskvalitet (Bolier et al., 2013; Nes et al., 2021). Livskvalitet er et generisk utfallsmål som kan egne seg godt for å måle effekter av det helhetlige tilbudet ved frisklivssentralene, som rommer individuelt tilpassede intervensjoner som ser ulike levevaner, somatisk og psykiske helse i sammenheng for en svært heterogen deltakergruppe.

Samlet tyder resultater fra studier av det helhetlige tilbudet i frisklivssentraler på at oppfølging ved frisklivssentralen gir positive endringer i levevaner, helse og livskvalitet på kort og lengre sikt. Ingen av

studiene som har undersøkt effekter eller virkninger av oppfølging ved frisklivssentraler har funnet negative effekter eller negative endringer over tid i noen av utfallsmålene.

Det er gjennomført få randomiserte, kontrollerte studier for å undersøke effekter av oppfølging ved frisklivssentraler. Det argumenteres imidlertid for at slike studier ikke egner seg for å studere effekter av frisklivssentralen som en helhetlig tjeneste, med individuelle tilpasninger av både innhold, varighet og intensitet på oppfølgingen, og der deltakergruppen er svært heterogen.

9.3.9 Brukernes erfaringer med tilbudet i frisklivssentraler

Resultater fra de kvalitative studiene viser at deltakerne ved frisklivssentraler opplever

- trygghet og støtte fra ansatte med høy kompetanse
- sosial støtte og tilhørighet i gruppene
- forpliktelse til å møte opp
- trening som er individuelt tilpasset deres forutsetninger og behov
- opplevelse av å mestre deltakelse i fysisk aktivitet
- opplevelse av bedring i fysisk form

Barrierer for deltakelse er økte helseplager, tidspunkt for tilbud på dagtid, tilbud som ikke sto til forventning, manglende identifisering med gruppen og at det å endre vaner er krevende.

I noen studier kommer det fram at deltakerne er engstelige for å måtte avslutte oppfølgingen fra frisklivssentralene, og at de ønsker å fortsette å delta i frisklivssentralens tilbud over lenger tid (Salemonsens, 2020). Årsaken kan være at de har opplevd tilhørighet og sosial støtte ved frisklivssentralen, som de ikke har opplevd å finne på andre arenaer eller grupper. Erfaringer fra noen frisklivssentraler er at det ikke finnes andre tilbud eller grupper i nærmiljøet som er «lavterskel nok». Deltakerne får derfor fortsette over lang tid i gruppetilbud drevet av frisklivssentralene, eller i egne "vedlikeholdsgrupper" etter fullført oppfølging. Noen får også delta i likepersonsgupper ledet av tidligere deltakere ved frisklivssentralen.

Veilederen for kommunale frisklivssentraler er tydelig på at det strukturerte oppfølgingstilbudet skal være tidsavgrenset, for tre måneder av gangen. Frisklivssentralen er en helsetjeneste, og det er et mål at deltakerne skal bli mest mulig selvhjulpne. Det å endre levevaner er imidlertid en tidkrevende prosess, og ved mange samtidige utfordringer kan det være behov for å gjøre endringer trinnvis over tid. Antall oppfølgingsperioder og total oppfølgingstid vil dermed variere for ulike individ og målgrupper. Kommunikasjon rundt varighet av oppfølgingen i frisklivssentraler bør derfor tilpasses deltakerens behov. Oppfølgingen bør imidlertid være strukturert og gradvis trappes ned, og deltakerne bør videreføres til andre tilbud eller egenaktivitet.

Tilbudet i frisklivssentralen innebærer at deltakerne får hjelp til å finne frem til andre lokale tilbud eller settinger hvor de kan opprettholde endringer over tid og oppleve tilhørighet og sosial støtte. Kommunen bør i samarbeid med private og frivillige aktører ha oversikt over, gi innbyggerne informasjon om hva som finnes av lokale tilbud, og eventuelt bidra til å etablere nye tilbud ved behov, slik at alle kan "finne sin plass". Noen deltakere vil imidlertid ha behov for oppfølging fra frisklivssentralen i form av jevnlig "drypp" for å vedlikeholde mestring og nye vaner over mange år, på samme måte som for oppfølging av andre kroniske tilstander i helsetjenestene.

Vi vet at frisklivssentralene samarbeider med et bredt spekter av aktører (Helsedirektoratet, 2024d). Vi vet imidlertid lite om *hvordan* frisklivssentralen samarbeider med disse om gode overganger til tilbud hvor frisklivsdeltakerne kan oppleve sosial støtte og mestring for å opprettholde nye vaner og livskvalitet.

Kombinasjonen av individuell oppfølging fra ansatte med høy kompetanse på veiledning om endring av levevaner og sosial støtte fra andre deltakere i gruppene virker å være en viktig mekanisme for positiv endring hos deltakere ved frisklivssentralene.

Det er imidlertid behov for å undersøke hvordan frisklivssentralene, i samarbeid med andre tjenester, kan ivareta behovene til personer i jobb, til menn og til personer med komplekse utfordringer og behov for langvarig og mer omfattende og spesialisert oppfølging. Det er videre behov for analyser som avdekker av hvilke deltakere ved frisklivssentraler som bør få andre tjenester i forkant, eller parallelt med oppfølging i frisklivssentralene. Slike analyser må både sees i sammenheng med enkeltpersoners forutsetninger samt muligheter for å gjennomføre og ha nytte av tilbud i frisklivssentraler og frisklivssentralenes kompetanse, primære oppgaver, kapasitet og ressurser.

9.4 Effekt av spesifikke tilbud ved frisklivssentralene

Flere studier har undersøkt effekter av spesifikke kurs eller tilbud til definerte målgrupper gjennomført ved frisklivssentraler. Resultatene viser generelt positive endringer i levevaner, helse og mestring hos deltakerne. Dette gjelder

- søvnkurs basert på kognitiv atferdsterapi
- røykesluttveiledning kombinert med gratis nikotinlegemidler
- behandlingstilbud for spiseforstyrrelser
- familietiltak for barn med overvekt/fedme

I tillegg har det vært gjennomført studier av smertemestringskurs og spesifikk oppfølging til personer med diabetes type 2 gjennomført ved frisklivssentraler. Disse fant ikke bedre effekt av de diagnosespesifikke tilbudene enn av ordinære tilbud ved frisklivssentralen (Ingul et al., 2025). De fant imidlertid positive forbedringer i smerte (Nøst, 2019) og HbA1c (Ingul et al., 2025), også hos kontrollgruppene. I smertestudien fikk kontrollgruppen fysisk aktivitet i gruppe (gåtur og styrke). I diabetes-studien er tiltaket i kontrollgruppen beskrevet som «vanlig oppfølging» i frisklivssentral.

Samlet viser studiene at frisklivssentralene kan være egnet til også å tilby diagnosespesifikk oppfølging, men at for noen grupper er det ordinære, diagnoseuavhengige tilbudet ved frisklivssentralene like virksomt.

For enkelte målgrupper og tilstander kan det være hensiktsmessig å starte med et diagnosespesifikt opplegg i en innledende fase av et forløp, før de går videre til ordinær frisklivsoppfølging for endring av levevaner. Dette kan for eksempel være: Personer med nyoppdaget kronisk sykdom, som har behov for kunnskap om egen diagnose, legemiddelbruk mm. før de kan nyttiggjøre seg generelle frisklivstilbud, eller deltakere med behov for erfaringsutveksling med likepersoner.

Erfaringer fra frisklivssentraler viser at mange samarbeider med spesialisthelsetjenesten og pasientorganisasjoner om slike diagnosespesifikke tilbud og har gode erfaringer med dette. Etablering av diagnosespesifikke tilbud ved frisklivssentralen bør vurderes opp mot kommunale helseprofiler og pasientgrunnlag, kommunens totale tjenestetilbud, eksisterende tilbud og tjenester fra andre aktører (private, frivillige) samt tilgang på kompetanse og ressurser ved frisklivssentralen.

Frisklivssentralene bør ikke ta over oppgaver som hører hjemme i andre tjenester. For å sikre at alle innbyggere får likeverdig tilgang til frisklivssentralen bør spesialtilpassede tilbud ikke gå på bekostning av det ordinære diagnoseuavhengige tilbudet som skal være frisklivssentralens primære oppgave. Det kan imidlertid være behov for mer kunnskap om hvilke diagnose- eller målgruppespesifikke tilbud det kan være hensiktsmessig at frisklivssentraler drifter og hvilke tilbud som bør organiseres av andre tjenester og

aktører.

9.4.1 Søvn og psykisk helse

Søvnproblemer og psykiske belastninger er blant de vanligste folkehelseutfordringene i Norge (Sivertsen, 2023), og begge deler kan føre til fysiske og mentale helseproblemer over tid (Sivertsen et al., 2014).

Mange deltakere ved frisklivssentralene har psykiske plager, og trenger støtte til emosjonell mestring før de kan arbeide med å endre levevaner (Følling, 2017; Sevild, 2021). Andelen frisklivsdeltakere som har søvnproblemer når de starter ved frisklivssentralene er ikke kartlagt, men de senere årene er det blitt mer vanlig å inkludere søvnkurs i det ordinære tilbudet ved frisklivssentralene (SSB, 2023).

En nylig publisert studie har undersøkt effekten av søvnkurset *Sov Godt*, som er basert på kognitiv terapi, gjennomført ved frisklivssentraler (Hrozanova et al., 2025). Resultatene viste at deltakerne på kurset fikk signifikant redusert søvnproblemer (insomni) sammenlignet med en kontrollgruppe som ikke deltok på kurset (venteliste). Studien konkluderer med at søvnkurset egner seg som et av frisklivssentralens lavterskeltilbud.

Fysisk aktivitet er effektivt for å forbedre symptomer på depresjon, angst og psykologisk belastning, og anbefales som en hovedtilnærming i behandlingen av disse (Singh et al., 2023). Den positive effekten av fysisk aktivitet og trening kan skyldes biologiske mekanismer, blant annet gjennom påvirkning av nervesystemet, økt serotonin- og noradrenalin-nivå og redusert systemisk betennelse. Det kan også ha sammenheng med opplevelse av mestring og avledning fra depressive tanker og følelser, og sosial støtte, når treningen foregår sammen med andre (Noetel et al., 2024). Dette understøtter at frisklivssentralene, gjennom å gi oppfølging av fysisk aktivitet, kan bidra til å fremme psykisk helse.

Oppfølgingstilbudet i frisklivssentraler ser ulike levevaner, somatisk og psykisk helse i sammenheng. I videre utvikling av anbefalinger i *Veileder for kommunale frisklivssentraler* bør viktigheten av å tilby oppfølging av psykisk helse og søvn som en del av basistilbudet, tydeliggjøres.

9.5 Brukermedvirkning

En nasjonal undersøkelse viser at brukermedvirkning i stor grad praktiseres på individnivå i frisklivssentralene, men er mindre utviklet og systematisert på systemnivå (Bjørndal, 2020). Ansatte viser høy bevissthet og positiv holdning til brukerinvolvering, men praksisen varierer mellom kommuner. Kvalitative studier viser at individuell brukermedvirkning kan styrke motivasjon, mestring og tillit. Brukere verdsetter respekt, relasjonsbygging og fleksibel støtte fra fagpersonell (Sagsveen et al., 2018; Salemonsens et al., 2020). Samtidig understrekes det at brukermedvirkning bør være et mål i seg selv, ikke kun et virkemiddel for atferdsendring. På systemnivå er involveringen av brukerrepresentanter begrenset. Der dette forekommer, anerkjennes erfaringskunnskap som et viktig supplement til faglig kompetanse, men involveringen forutsetter aktiv tilrettelegging og støtte fra ledelsen (Sagsveen et al., 2023).

KOSTRA-tall for 2019 (Thonstad et al., 2020) viser at det foregår brukermedvirkning i kommunale frisklivssentraler både i form av samarbeid med brukere og pårørende i gjennomføringen av tilbud, i kartleggingen av behov for tilbud, i planleggingen og utviklingen av tilbud, og i evalueringsarbeid eller forskning. Andelen kommuner som har brukerinvolvering på gruppe- og systemnivå er noe høyere i KOSTRA-tallene enn i studiene. De største kommunene har høyere grad av brukermedvirkning enn i de minste kommunene.

Samlet sett viser funnene at det er både vilje og potensial for økt brukermedvirkning i frisklivssentralene. For å sikre brukermedvirkning og involvering av innbyggere, særlig på systemnivå, er det behov for bedre strukturer, tydelig forankring og ledelsesstøtte. Dette kan videreutvikles ved frisklivssentraler, men er

også et ansvar på kommunalt ledelsesnivå.

9.6 Tilgjengelighet

Pasient- og brukerrettighetslovens formål er blant annet å bidra til at befolkningen sikres helse- og omsorgstjenester av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn og bosted, økonomisk, kulturell og språklig bakgrunn og sosial status. Dette stiller krav til både organisatoriske forhold i helse- og omsorgstjenesten for å hindre ulikhet, og til profesjonalitet og forsvarlighet fra personellens side ([§ 1-1 Formål - Helsedirektoratet](#)). Dette gjelder også tilbudet i frisklivssentraler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024a).

I dag bor 87 prosent av befolkningen i kommuner som tilbyr frisklivssentral til sine innbyggere (SSB, 2023). Frisklivssentraler er imidlertid mer utbredt i store kommuner i sentrale strøk med høye innbyggertall, mens mindre kommuner og kommuner med lav sentralitet oftere mangler tilbudet. Per i dag har 134 kommuner ikke tilbud om frisklivssentral til sine innbyggere, og 27 av disse har heller ikke tilsvarende kurs eller gruppetilbud via andre helse- og omsorgstjenester. Antall årsverk i frisklivssentraler varierer, blant annet med kommunestørrelse. I gjennomsnitt er det litt over et årsverk i kommunale frisklivssentraler (SSB, 2023), hvilket viser at det er en sårbarhet i tilgang til tjenesten.

Blant de største folkehelseutfordringene i Norge i dag er ikke-smittsomme sykdommer, psykiske plager og muskel- og skjelettlidelser. Felles for disse tilstandene er at levevaner som fysisk aktivitet, kosthold og tobakksbruk er sentrale risikofaktorer (Peters et al., 2019). Disse faktorene er påvirkbare, og det finnes god dokumentasjon for at endring i levevaner har betydning både for forebygging, behandling og mestring av helseutfordringer (NCD Alliance, 2017). Ifølge forarbeidene til lov om spesialisthelsetjenester har opplæring og veiledning av pasienter betydning for pasientsikkerheten, og bør derfor inngå derfor i alle helsetjenester av god kvalitet (Helsedirektoratet, 2018).

Kommunene har lovpålagt ansvar for å tilby nødvendige helsetjenester til sine innbyggere som skal fremme helse, forebygge og behandle sykdom, og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne (*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, 2011). Frisklivssentraler bidrar til å oppfylle kommunens plikt til slike helsetjenester. For barn og unge er helsestasjons- og skolehelsetjenesten en tjeneste som ivaretar ansvaret for veiledning om endring av levevaner og mestring av helseutfordringer, men for voksne og eldre er ingen tilsvarende lovpålagt helsetjeneste nevnt spesielt i loven. Dette bidrar til at tilbudet om støtte til levevaneendring i stor grad avhenger av kommunens prioriteringer og økonomi og fører til en ulikhet i tilgang til slike helsetjenester for voksne.

Fastleger kan adressere levevaner, gi innledende veiledning og starte en endringsprosess, men har ofte ikke tid og ressurser til å kunne følge opp grupper som trenger intensiv oppfølging over tid for å få til varig endring. Fastlegene etterspør derfor steder å henvise slike pasienter (Rønnevik et al., 2020).

Oversikt over kommuner med frisklivssentral er tilgjengelig på helsenorge.no og helsedirektoratet.no. Mange frisklivssentraler bruker tid på å informere om tilbudet i ulike medier. En analyse av mediedekningen av frisklivssentraler i perioden 2019-2021 viser at omtalen av tjenesten totalt nådde ut til 129,4 millioner potensielle lesere-, lyttere-, og seere i lokale, regionale, riksdekkende og sosiale medier (Retriever, 2022). Erfaringer fra pandemien viste imidlertid at helsepersonell i for liten grad kjenner til eksisterende rehabiliteringstilbud, herunder frisklivssentraler. For at målgruppen skal få likeverdig tilgang til frisklivssentraler, kan det være nødvendig med målrettet kommunikasjon til helsepersonell og at både helsepersonell, innbyggere, brukere pasienter og pårørende får bedre og mer direkte tilgang til

informasjon om denne helsetjenesten, hvem den er aktuell for og kontaktinformasjon (Helsedirektoratet, 2022c, 2024c).

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024-2027) er det et mål at *"alle kommuner skal tilby hjelp til å endre levevaner og å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse. Dette er ikke avgrenset til enkelte tilbud, men må også skje som del av det ordinære tilbudet i helse- og omsorgstjenesten. Kommunen er i liten grad pålagt å ha tjenester som spesifikt retter seg til voksne personer med økt risiko for sykdom, men som ikke allerede, eller i liten grad, har behov for andre helse- og omsorgstjenester. Dette er personer som kan ha stor helsegevinst av livsstilsendringer og opplæring som setter dem i stand til å mestre helseutfordringer og egen livssituasjon"* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024a). Helsedirektoratet har gjennomgått lovgrunnlaget for lærings- og mestringsvirksomhet i helse- og omsorgstjenesten, og anbefaler å tydeliggjøre kommunens plikt til slike helsetjenester også for voksne og eldre (Helsedirektoratet, 2022d). For å sikre likeverdig tilgang på tvers av kommunegrensene og ulik geografi, kan det også vurderes å stille tydeligere krav til ressurser, tilsvarende det som gjelder for skolehelsetjenesten.

9.7 Interkommunalt samarbeid som løsning på utfordringer

Veileder for kommunale Frisklivssentraler gir anbefalinger for nødvendig kompetanse og innhold i tjenesten. Mange små kommuner rapporterer at det er krevende å etablere frisklivssentral alene, både av økonomiske grunner og med hensyn til tilgang på kompetanse. Interkommunalt samarbeid har derfor blitt en viktig modell. Ifølge KOSTRA-rapportering fra 2022 tilbyr 44 prosent av kommunene frisklivssentral til sine innbyggere i samarbeid med andre kommuner. Slike samarbeidsmodeller er særlig utbredt i kommuner med lav sentralitet og få innbyggere.

Interkommunalt samarbeid kan innebære felles drift av en frisklivssentral, eller samarbeid om enkeltkurs, kompetanse, lokaler og utstyr. Erfaringer fra flere fylker, blant annet Buskerud (Hallingdal), Rogaland (Jæren, og Dalane) og Innlandet (Solør) tyder på at slike samarbeidsmodeller kan være hensiktsmessige. Likevel mangler det systematisk kunnskap om hvordan slike samarbeid er organisert, hvilke resultater de gir og om forutsetninger for lønnsomt og varig interkommunalt samarbeid om tjenesten. Det er derfor behov for å evaluere og utvikle modeller for interkommunale frisklivssentraler, særlig med tanke på likeverdig tilgang til tjenester.

9.8 Digitale løsninger som verktøy for bedre tilgjengelighet og samarbeid med brukere, og økt kvalitet i tjenesten.

Under koronapandemien tok mange frisklivssentraler i bruk digitale verktøy i større grad enn tidligere. Dette åpnet for nye måter å følge opp deltakere på, særlig i kommuner med store geografiske avstander eller der deltakere har utfordringer med å møte fysisk. Digitale verktøy har også gjort det mulig å dele kurs og ressurser på tvers av kommunegrensene, og å tilby fleksibel oppfølging for personer i arbeid eller med andre forpliktelser. Det gir også nye muligheter for samarbeid om kompetansebygging samt deling og gjenbruk av læringsressurser på tvers av tjenester, nivå og fagområder.

Erfaringer fra blant annet Bydel Frogner i Oslo og Stavanger kommune viser at digitale løsninger kan forenkle administrasjon og samhandling med andre tjenester og aktører, samtidig som de øker tilgjengeligheten for brukerne. Likevel mangler det fortsatt kunnskap om hvordan digitale verktøy benyttes i praksis ved frisklivssentralene, og hvilken effekt de har på helseatferd og utfall og på ressursbruk.

Kartlegginger fra Helsedirektoratet og utviklingsentralene viser at de fleste frisklivssentraler gjenopptok fysiske møter etter pandemien, og at flere fortsetter å benytte digitale helsesamtaler, kurs og treningstilbud som supplement. Dette oppleves som fleksibelt og ressurseffektivt, særlig ved store avstander eller oppfølging av personer som ikke kan delta på dagtid. Samtidig viser kvalitative studier at det sosiale fellesskapet og erfaringsutvekslingen som oppstår i fysiske møter, er vanskeligere å gjenskape digitalt. Dette er en viktig innsikt, ettersom sosial støtte og tilhørighet ser ut til å være en nøkkelfaktor for motivasjon og mestring (se kap. 7.2.2).

9.8.1 Muligheter og barrierer ved digitalisering

Digitale plattformer, som sosiale medier, benyttes i økende grad til å informere om og til å synliggjøre frisklivssentralens tilbud overfor både befolkningen, helsepersonell og samarbeidspartnere i andre tjenester og sektorer (Helsedirektoratet, 2020, 2024a).

Bruk av digitale verktøy i frisklivsarbeidet kan bidra til bedre ressursutnyttelse og effektiv drift. Administrative oppgaver som innkalling og påmelding kan automatiseres, noe som frigjør tid til direkte oppfølging. Digitale løsninger gir også nye muligheter for kommunikasjon, for eksempel gjennom bruk av chat eller videokonsultasjoner. Dette kan gjøre det enklere å opprettholde kontakten mellom veiledere og deltakere, og mulighet for å gi tettere oppfølging over tid. Det finnes også tilgjengelige løsninger som kombinerer øvelser, informasjon og oppfølging i app eller nettbasert løsning med noe oppfølging fra veileder. Noen løsninger har dokumentert større rekkevidde per veileder/behandlårsverk og et like godt sluttresultat (Haglo et al., 2021; Knapstad et al., 2025).

Digitale løsninger gir også nye muligheter for deling og gjenbruk av informasjon og gir muligheter for bedre dokumentasjon fra tjenestene. Det kan få betydning for kvaliteten i tjenesten gjennom digital samhandling og deling av informasjon om tilbud, kompetansebyggende tiltak og læringsressurser for ansatte i tjenesten og samarbeidspartnere på tvers av kommuner og regioner. Elektroniske pasientjournaler (EPJ) er i dag ikke tilpasset arbeidet i frisklivssentralene, og data fra tjenestene inngår ikke i KPR (kvalitetsindikator for primærhelsetjenesten) (Helse Midt-Norge RHF et al., 2021). Dersom det tilrettelegges for dette, vil det bli mulig å følge med på innholdet i tjenesten og resultater av arbeidet - også som grunnlag for videre forskning og tjenesteutvikling.

Samtidig finnes det barrierer knyttet til ivaretagelse av enkeltpersoner, personvern og økonomi. Enkelte grupper kan ha utfordringer med å benytte seg av digitale tilbud (Helsedirektoratet, 2020, 2024a). Dette kan forsterke eksisterende sosiale og helsemessige ulikheter, og skape digitale helsekløfter. Sikkerhet og personvern er en annen viktig utfordring. Digitale løsninger i helsesektoren må oppfylle strenge krav til datasikkerhet og taushetsplikt. Erfaringer fra blant annet Danielsen et al. (2024) viser at juridiske begrensninger i det digitale rommet kan gjøre det vanskelig å følge opp deltakerne på samme måte som i fysiske møter.

I tillegg kan økonomiske hensyn være en barriere. Implementering av nye digitale systemer krever investeringer. I en presset kommuneøkonomi kan det være krevende å prioritere slike satsinger uten nasjonale føringer eller støtteordninger.

Til tross for disse utfordringene peker litteraturgjennomgangen og erfaringene fra frisklivssentralene på at digitale løsninger har potensial til å effektivisere og supplere, men ikke erstatte, det ordinære tilbudet. Digitalisering kan gjøre det mulig å nå ut til flere, dele kurs og ressurser på tvers av kommuner, og tilby oppfølging som er bedre tilpasset ulike livssituasjoner. Det er behov for mer kunnskap om hvordan digitale løsninger og verktøy best kan brukes, og for nasjonale føringer som støtter videre utvikling av digitale arbeidsformer og verktøy for dokumentasjon av tilbud og resultater tilpasset arbeidet i

frisklivssentraler.

9.9 Frisklivssentralens innhold og samarbeid med andre aktører

Frisklivssentralen er en helsetjeneste og bør derfor organiseres som en del av kommunens helhetlige helsetjenestetilbud. Veilederen anbefaler at frisklivssentralens primære oppgave er å tilby støtte til endring av levevaner, og støtte til mestring av helseutfordringer gjennom et strukturert, tidsavgrenset, individuelt tilpasset oppfølgingstilbud. Tilrettelegging for overgang til egenaktivitet eller deltakelse i lokale tilbud etter oppfølgingsperioden inngår i prosessen (Helsedirektoratet, 2022b).

KOSTRA-rapportering for 2022-2023 (Helsedirektoratet, 2024b) viser at innholdet ved frisklivssentralene varierer betydelig mellom kommuner. Noen kommuner tilbyr bredt sammensatte tilbud med strukturert oppfølging som inkluderer helsesamtaler og gruppebaserte tilbud for alle levevaneområdene, søvn og psykisk helse, mens andre har færre kurs og dekker ikke alle levevaneområdene. Nær alle frisklivssentralene tilbyr gruppetilbud i fysisk aktivitet, mens halvparten har kostholdskurs, og en tredjedel har snus- og røykesluttkurs og to tredjedeler har individuell veiledning i snus- og røykeslutt.

Denne variasjonen har sammenheng med at kommunene er ulike og har stor frihet med hensyn til hvordan de organiserer, og hva de kaller sine tjenester. Frisklivssentralen kan være organisert som egen tjeneste eller inn under andre helse- omsorgstjenester. Det kan få betydning for hvor synlig tjenesten er for innbyggere og samarbeidspartnere. I noen tilfeller er tjenesten forankret utenfor helse- og omsorgssektoren, noe som kan påvirke hvilke prioriteringer som gjøres lokalt. Variasjonen i tilbud gjenspeiler blant annet befolkningens behov, risikofaktorer i kommunen og helsetilstand i befolkningen, tilgang på kompetanse, kapasitet og hvilke andre tjenester som finnes lokalt.

Store variasjoner kan imidlertid skape usikkerhet om hva en frisklivssentral er og utfordringer for henvisende instanser og andre samarbeidspartnere. Fastleger har i ulike sammenhenger gitt uttrykk for at det er vanskelig å ha oversikt over hvilket innhold og hvilken kvalitet frisklivssentralene i ulike kommuner tilbyr. Det oppleves også som frustrerende at noen pasienter har tilgang til et bredt og godt organisert tilbud, mens andre bare får et begrenset tilbud, eller må vente lenge før oppfølging (Rønnevik et al., 2020).

I en studie av fastlegers erfaringer med samarbeid med frisklivssentraler rapporterer fastleger om delte erfaringer (Sandvoll et al., 2021). Noen vurderer tilbudet som et verdifullt supplement til egen veiledning, mens andre uttrykker skepsis, fordi de er usikre på om tilbudet har dokumentert effekt og fordi de erfarer at det kun er tilgjengelig på dagtid, hvilket kan gjøre det vanskeligere for noen yrkesaktive å delta. De samme erfaringene kommer fram i en rapport av KS, der noen av legene uttrykte usikkerhet om hva som kom ut av å henvise til frisklivssentral og hvorvidt det hadde effekt, mens andre uttrykte lettelse over at det fantes noen som kunne hjelpe legene med å gi veiledning om endring av levevaner (Rønnevik et al., 2020). Dette understreker behovet for å gjøre tilbudet i frisklivssentraler bedre kjent, tettere samarbeid og bedre kommunikasjon mellom henvisende instanser og frisklivssentralene.

Tilsvarende gjelder samarbeid med NAV og arbeidsgivere, særlig når målet er økt arbeidsdeltakelse. Dersom det tilrettelegges slik at det blir enklere for yrkesaktive å delta, for eksempel gjennom fri for å delta på frisklivssentralens tilbud i arbeidstiden, tilbud utenom arbeidstid eller fleksible løsninger, kan flere delta og få nytte av oppfølgingstilbudet.

For at effekten av deltakelse i frisklivssentralens tilbud skal vedvare over tid, er det avgjørende at deltakerne får hjelp til å finne veien videre til andre arenaer hvor de kan opprettholde endringer/nye vaner og oppleve mestring og tilhørighet. Selv om det finnes egnede lokale tilbud fra andre aktører, viser

erfaring fra kommunene at det er vanskelig for mange å gå over fra det trygge og tilpassede tilbudet i frisklivssentralen til å benytte andre tilbud.

Rapporter og søknader fra utviklingsentraler viser at frisklivssentralene har mange ulike aktører som de samarbeider med for å få deltakerne over i andre lokale treningstilbud eller egenaktivitet etter oppfølging i frisklivssentralen (såkalt "utslusingsarbeid"). Erfaring viser imidlertid at i noen kommuner og bydeler er det i mangel på lavterskeltilbud for allsidig fysisk aktivitet som passer for frisklivsdeltakere og som de kan "sluses" videre til. Mange deltakere rapporterer at de gjerne ønsker å fortsette ved frisklivssentralens tilbud ut over avtalt oppfølgingstid (Salemonsens et al., 2020). Frisklivssentralen kan bidra til å identifisere behov for utfyllende lokale tilbud og ta initiativ til å etablere nye tilbud basert på befolkningens behov. Frisklivssentralen kan samarbeide med andre aktører kom etablering og ev. drift av f.eks. ulike treningsgrupper.

Samarbeid om utfyllende tilbud er viktig for å utnytte ressursene i frisklivssentralen best mulig, og for å kunne tilby et mangfold av tilbud som møter innbyggernes ulike behov. Flere kommuner har god erfaring med at frisklivssentralen engasjerer og setter tidligere deltakere i stand til å lede treningsgrupper som likner "frisklivstreningen" som deltakere kan fortsette i etter at oppfølgingen i frisklivssentralen er avsluttet. Det finnes også eksempler på at andre aktører oppretter tilbud basert på innbyggernes behov, for eksempel treningsgrupper for kvinner med innvandrerbakgrunn. Det er behov for mer kunnskap om virksomme metoder og tiltak for videreføring eller "utslusing" av deltakere fra oppfølging ved frisklivshelsetjenesten til andre arenaer.

9.10 Samfunnsøkonomiske betraktninger

Det finnes foreløpig få studier som har vurdert samfunnsøkonomiske effekter av å delta i frisklivssentralens tilbud.

En evaluering av frisklivssentralene i Oslo viste at helsegevinstene for deltakerne, målt i kvalitetsjusterte leveår, oversteg kostnadene ved driften (Svor, 2018). Studien konkluderte med at tilbudet sannsynligvis er kostnadseffektivt. Andre studier har funnet en vesentlig reduksjon i risiko for- og forekomst av diabetes type 2 etter oppfølging fra frisklivssentral (Følling et al., 2022; Ingul et al., 2025). Helseøkonomiske beregninger viser at det kan være stor samfunnsøkonomisk nytte av å redusere forekomst av diabetes type 2 (Novo Nordisk, 2021).

Disse funnene peker i retning av at oppfølging gjennom frisklivssentralene kan ha betydelig helsegevinst på individnivå, og dermed også samfunnsøkonomisk nytte. Tidlig innsats for å forebygge og håndtere kroniske sykdommer kan redusere behovet for spesialisthelsetjenester og bidra til at flere forblir i arbeid.

Frisklivssentralene koster lite sammenlignet med mange andre helsetjenester (Ekornrud et al., 2016; Helsedirektoratet, 2022a) I henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har kommunen plikt til å tilby forebyggende helsetjenester, men frisklivssentraler er ikke spesifikt omtalt i lovverket. Det kan gi svakere insentiver for kommunene til å prioritere tilbudet i frisklivssentraler. Når gevinstene av forebyggende innsats tas ut i andre sektorer enn der kostnadene påløper, blir det ekstra viktig å vurdere bruk av nasjonale virkemidler for å sikre at slike helsetjenester prioriteres.

I 2023 hadde 236 kommuner tilbud om frisklivssentral til sine innbyggere, som egen tjeneste eller i samarbeid med andre kommuner (Helsedirektoratet, 2024b; SSB, 2023). Beregninger viser at dersom én person over 50 år i hver av disse kommunene går fra å være fysisk inaktiv til delvis aktiv tilsvarende 5–20 minutter lett til moderat aktivitet daglig, er den estimerte helseøkonomiske gevinsten 2,89 milliarder

kroner (2023-verdi) (Helsedirektoratet, 2025b). Rundt regnet koster en fulltidsstilling i Frisklivssentralen om lag 1 million kroner per år, og [denne hjelper i gjennomsnitt ca. 100 personer med å endre levevaner](#)⁴. Dersom bare én person per stilling oppnår varig endring i fysisk aktivitetsnivå, kan det utgjøre en gevinst på 12,3 millioner kroner per kommune, eller mer enn 12 ganger stillingskostnaden. I tillegg kommer effekter knyttet til bedre kosthold, lavere tobakksbruk, sunnere vekt, økt arbeidsdeltakelse og frisklivssentralens rolle i det brede folkehelsearbeidet. Dette viser den store verdien av små, men varige livsstilsendringer – og potensialet i frisklivssentralens arbeid.

Samlet sett understreker dette behovet for bedre dokumentasjon og helseøkonomiske analyser, men viser også at eksisterende kunnskap gir en sterk indikasjon på at frisklivssentralene har samfunnsøkonomisk verdi. I lys av sykdomsbyrden, økende helseutgifter og demografiske endringer kan frisklivssentraler bli stadig viktigere for å sikre bærekraftige helsetjenester.

10. OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING OG PRAKSIS

Vi har oppsummert kunnskap om følgende:

- Frisklivssentralene når høyrisikogrupper og målgruppen for denne helsetjenesten.
- En stor andel av deltakerne har komplekse helseutfordringer.
- Deltakerne får bedre livskvalitet etter deltakelse.
- Deltakerne får positive endringer i fysisk og psykisk helse.
- Spesifikke kurs har positiv effekt på deltakernes helse og livskvalitet.
- Deltakerne opplever sosial støtte og individuelt tilpasset oppfølging som viktig for motivasjon til endring av levevaner.

Vi har mangelfull eller usikker kunnskap om

- endring i fysisk aktivitetsnivå
- hvilke deltakere som har best effekt av det strukturerte oppfølgingstilbudet i frisklivssentraler
- hva som skjer med deltakerne etter endt oppfølging ved frisklivssentral.
- hvordan frisklivssentralen, andre tjenester og aktører samarbeider om utfyllende tilbud basert på innbyggernes behov
- effekten av digitale tilbud og hvem som har best nytte av dette
- frisklivssentralens betydning for arbeidsdeltakelse eller annen samfunnsdeltakelse

Gjennomgangen viser at frisklivssentralene er en etablert og utbredt del av kommunale helsetjenester som bidrar til å oppfylle lovpålagte kommunale oppgaver. Tjenesten har et betydelig potensial for å fremme helse og mestring, forebygge sykdom hos voksne og eldre og være viktig i behandling og rehabilitering. Frisklivssentralene når målgrupper med høy risiko for uførhet og tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer, og kan spille en viktig rolle som høyrisikostrategi for å oppnå nasjonale folkehelse mål. Oppfølgingen ved frisklivssentralene gir forbedring i livskvalitet, kondisjon, og risiko for diabetes, selv om målinger av endringer i fysisk aktivitetsnivå har vist usikre resultater i studier.

Kvalitative studier bekrefter at brukerne opplever støtte, trygghet og motivasjon for endring, og at det er samspillet mellom individuell veiledning, gruppefellesskap og individuelt tilpasset oppfølging som gjør tilbudet virkningsfullt. Samtidig er det betydelig variasjon i innhold, organisering og kapasitet mellom

⁴ [Artikler og publikasjoner Frisklivssentraler i kommunane - SSB](#)

kommunene. Dette bidrar til ujevn kvalitet og ulik tilgang til frisklivssentraler for befolkningen, og understreker behovet for nasjonale rammer og normer.

Varighet av oppfølging i frisklivssentraler bør være individuelt tilpasset, og det er et mål at deltakere ikke skal forbli varig avhengig av oppfølging i helsetjenesten. Tidsavgrensning og arbeid med "utslusing" er viktig for å vurdere videre mål og planer og for at deltakerne skal klare seg mest mulig selv og ha redusert behov for helsetjenester etter avsluttet oppfølging. Digitale tilbud for mindre ressurskrevende oppfølging over tid, og virksomme samarbeidsmodeller for videreføring av deltakere til andre arenaer hvor de kan opprettholde endringer og oppleve mestring og tilhørighet, bør evalueres og videreutvikles.

Ulik praksis når det gjelder avgrensning av målgrupper og kjerneoppgaver og mangel på tilbud for noen grupper, medfører at frisklivssentralene mange steder får henvist og må ta imot brukere med mer komplekse behov enn det tjenesten er dimensjonert for. Frisklivssentralene kan også oppleve press om å drifte tilbud som ikke ligger til tjenestens kjerneoppgaver. Det gir fare for at tjenesten benyttes som tiltak for sent i et pasientforløp, at den må gi mer individuell oppfølging og bruke mer ressurser pr person slik at færre får tilbud totalt, at tjenesten blir for lavt dimensjonert, at tidlig intervensjon blir nedprioritert og at frisklivssentralen mister kraften som forebyggende helsetjeneste.

Det er dokumentert samfunnsøkonomisk gevinst ved å investere i forebygging, støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer i helsetjenesten. Frisklivssentralene fremstår som et kostnadseffektivt virkemiddel for å redusere byrden av ikke-smittsomme sykdommer. Uten klarere nasjonale krav til prioritering og organisering, samt bedre finansieringsordninger, er det krevende for kommunene å satse langsiktig og systematisk på forebygging og frisklivssentraler, og å oppnå likeverdig tilgang til tjenesten for alle innbyggere.

For å realisere potensialet i frisklivssentralene, bør det vurderes

- å lovfeste helsetjenester som gir støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer for voksne og eldre
- å tydeliggjøre minstekrav til innhold, ressurser og kompetanse
- å styrke samarbeid mellom frisklivssentraler, fastleger, NAV, spesialisthelsetjenesten og andre aktører
- å evaluere status og utvikle modeller for
 - interkommunalt samarbeid
 - digitale tilbud
 - arbeid med "utslusing" eller videreføring til andre lokale arenaer
 - tilbakeføring til arbeidsdeltakelse eller annen samfunnsdeltakelse
- å styrke dokumentasjon og data fra tjenestene som grunnlag for tjenesteutvikling og forskning
- å utvikle løsninger for bedre tilgang til informasjon om tjenesten

Frisklivssentralene har potensial til å styrke den helsefremmende og forebyggende innsatsen i kommunehelsetjenesten, redusere sosial ulikhet i helse og bidra til mer bærekraftige helsetjenester. For å lykkes med dette trengs tydelige prioriteringer i tråd med politiske føringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, 2023, 2024a) og styrking av nasjonal støtte til kommunene, inkludert finansiering til videre utvikling av tilbudet.

VEDLEGG

VEDLEGG 1: Tilbud og "utslusingstiltak" ved Frisklivssentraler

Tabell A. Oversikt over tilbud ved Frisklivssentralene

Tabell A viser tilbud ved frisklivssentralene beskrevet i årsrapporter fra utviklingssentraler og i søknader om å bli utviklingssentral 2023-2025.

Type tilbud	Eksempler på konkrete tilbud	Målgruppe
Fysisk aktivitet og trening	Frisklivstrening, 4x4 intervall, styrketrening, lavterskelgrupper, Sterk og stødig, Kom i gang-trening, Ridefysioterapi, Løpekurs, Tren12, Styrk8, MediYoga	Voksne, eldre, personer med nedsatt funksjon
Kosthold	BraMat for bedre helse, Mindful eating, gruppekostveiledning, foredrag, individuell oppfølging (med KEF), Energibalanse i hverdagen	Alle deltakere, også minoritetsspråklige
Tobakks-avvenning	Slutta-kurs, individuell veiledning, digitalt kurs (Askøy og samarbeidende kommuner)	Røykere og snusbrukere
Søvn	Sov Godt, Stå opp (CBT-I), Søvn og mestring, Søvnkurs i skole og fritidstilbud	Alle deltakere, også ungdom og sykemeldte
Psykisk helse og mestring	KID, KIB, Tankevirus, Hverdagsglede, Stressless, Hodet møter kropp, mestringskurset KREM, Bekymringsmestring, Assistert selvhjelp	Voksne, personer med lettere psykiske plager
Livsstils- endring (strukturert)	LEV-livsstilsendring (6 mnd), Frisklivsresepten (12–16 uker), individuell plan, kursrekker	Voksne med behov for støtte i endring av levevaner
Seniortilbud	Sterk og stødig, Aktiv senior, Alder ingen hindring 67+ (trening, sosiale tiltak, boligtilpasning, ernæring og fallforebygging)	Eldre over 65 år
Kronisk sykdom og rehabilitering	Diabetes type 2-kurs, KOLS-kurs (Puls og KOLS), Trygg og slagsterk, Kreftrehabilitering, Fatiguegrupper, Post-covid mestring	Personer med kronisk sykdom, langvarige plager
Spise- forstyrrelser og kroppsbylde	PED-t (overspisingslidelse og bulimi), pilot for kroppsbyldeproblematikk	Personer med spiseforstyrrelser
Sosial inkludering og lavterskel grupper med fysisk aktivitet	Aktivitetskafeer, turgrupper (Ti på topp), friluftsgupper, temaundervisning etter trening, møteplasser	Ensomhet, lavt engasjerte, sosialt isolerte
Innvandrere og flyktninger	Internasjonal frisklivsresept, Introduksjonskurs i fysisk aktivitet og ernæring, kurs med tolk (BraMat, diabeteskurs m.m.)	Flyktninger, minoritetsspråklige kvinner/menn
Familier og foreldre	Foreldrekurs (4–13 år), BraMat-innlegg i foreldremøter	Foreldre
Likepersons-arbeid	Varig endring (støttespillere), likemannsgrupper, kreftkafe	Tidligere deltakere, pasienter, pårørende

Tabell B. Utslusingstiltak" ved Frisklivssentraler

Tabell B viser "utslusingstiltak" ved frisklivssentralene beskrevet i årsrapporter fra utviklingsentraler og i søknader om å bli utviklingsentral 2023-2025.

Kategori	Tiltak
Overgangssamtale og individuell veiledning	<ul style="list-style-type: none"> - Helsesamtale ved avslutning av basistilbud - Mulighet for forlengelse av basistilbud (12 uker) - Epikrise til fastlege/behandler
Fortsettelsestilbud i regi av Frisklivssentralen	<ul style="list-style-type: none"> - Tilbudet 'Varig endring' - 'Fortsatt Friskliv' – vedlikeholdstrening - Åpne treningsgrupper i FLS-regi - Halvårs-/årskort for videre trening - 'Livsfrisk' – trening og sosiale treff parallelt med Frisklivsgruppa
Samarbeid med frivillige og likepersonstilbud	<ul style="list-style-type: none"> - Frivilligdrevne treningstilbud av tidligere deltakere - Treningsgrupper ledet av frivillige - 'Spreke Seniorer' – eldre trenes av frivillige - Veiledning av likemannsgruppeledere - Erfaringsdeltakere som støttespillere - Samlinger for frivillige med fokus på selvhjelp
Henvvisning og brobygging til andre lokale tilbud	<ul style="list-style-type: none"> - Prøvetimer på kommunale aktiviteter - Samarbeid med offentlige, frivillige og private aktører - Pådriver for lavterskeltilbud i frivillig regi - Samarbeid med Frivillighetskoordinator og rekruttering - Rabattavtale med treningssenter - Henvvisning til tilbud i bydelen - Samarbeid med kontaktpunkt for selvhjelpsgrupper - Hospitering med grupper for å bygge bro - Kunnskap om eksterne behandlingstilbud

VEDLEGG 2: Historikk – Utvikling av frisklivssentraler

Bakgrunn

I 2002 ble St. melding nr.47 Resept for et sunnere Norge (Helsedepartementet, 2002) lansert. Mye av bakgrunnen for meldingen var at det stadig ble mer åpenbart at velferds- og livsstilssykdommer var på vei til å bli den store helseutfordringen i Norge, som i store deler av verden for øvrig. Sykdomsutviklingen i den norske befolkningen ble i økende grad knyttet til levevaner og helseatferd. Meldingen viste til at det var godt dokumentert at disse sykdommene/risikofaktorene i stor grad kunne forebygges eller utsettes ved å endre levevaner i gunstig retning.

En av de 4 hovedstrategiene i meldingen var at det skulle legges mer vekt på forebygging i helsetjenesten, og da særlig kommunehelsetjenesten som en hovedarena for individ- og grupperettet forebyggende innsats. Meldingen trakk fram fastlegene som en helt sentral aktør i det forebyggende arbeidet i helsetjenesten, da ca.70 prosent av pasientene møter hos sin fastlege minst en gang i året, og spiller en viktig rolle i arbeidet med å veilede og motivere til sunnere levevaner.

For å stimulere fastlegene til å prioritere veiledning om endring av levevaner ble det i meldingen varslet at regjeringen ønsket å innføre en livsstilstakst, hvor målet var at fokus skulle dreies fra medikamentell behandling til livsstilstiltak og egeninnsats. Grønn resept-taksten ble innført høsten 2003. Taksten kunne bare benyttes til pasienter med høyt blodtrykk eller diabetes type 2 og som ikke fikk medikamentell behandling for aktuell sykdom. Disse begrensningene medvirket til at taksten i liten grad ble benyttet, kun 35 000 – 40 000 ganger pr. år

Til grunn for tiltaket forelå det grundig dokumentasjon på effekt av fysisk aktivitet og kosthold i forebygging og behandling av hjerte-karsykdom og diabetes type 2.

Utvikling av oppfølgingsmodeller i kommunen

Helsedirektoratet fikk i oppdrag å utarbeide forslag til et modellforsøk med oppfølgingsaktiviteter i et utvalg kommuner. Det ble over statsbudsjettet i 2003 bevilget ca. 1 mill NOK årlig i fem år for utvikling av kommunale oppfølgingsprogram for personer som hadde behov for hjelp og støtte til endring av levevaner (kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt).

På bakgrunn av kommunale og fylkeskommunale initiativ, inngikk Helsedirektoratet i 2004 samarbeid med 32 kommuner i 5 fylker om å utvikle og prøve ut ulike modeller for henvisning og oppfølgingstiltak for hjelp til endring av levevaner. Disse fylkene hadde allerede gjennom noen år utviklet oppfølgingstilbud for fysisk aktivitet, før grønn resept ble innført.

Modellene i de fem fylkene hadde ulike navn på det kommunale tilbudet: Fysak resept (Nordland), Frisklivsresept (Buskerud), Opplandsresept/fysiotek (Oppland) og Helsekilden (Aust-agder) (Mikkelsen et al., 2010) og kompetansemodellen (Troms). Etter hvert ble initiativene utvidet til å omfatte kosthold- og røykesluttkurs. I praksis var det Frisklivsmodellen og Fysiotekmodellen som ble prøvd ut i prosjektperioden 2005-2007.

Hovedskillet mellom disse modellene var at man i Fysiotekmodellen la opp til at aktivitetene i hovedsak ble gjennomført av andre aktører (frivillige lag, organisasjoner, kommersielle aktører eller offentlige tilbydere) mens Fysioteket skulle ivareta helsesamtalen, klarlegge mulige aktivitetstilbud for den enkelte og vise disse videre til en tilbyder. I Frisklivssentralmodellen ble det i større grad lagt vekt på at sentralen også selv skulle stå for å organisere aktivitetene. Også der ble det lagt stor vekt på helsesamtalen – en individuell endringsfokustert samtale basert på motiverende intervju-metoden.

Pasientene/brukerne ble henvist i hovedsak fra fastlege, men også fra annet helsepersonell og NAV.

Til forskjell fra grønn resept-taksten var målgruppen for oppfølgingstilbudet ikke avgrenset til noen diagnoser eller bruk av legemidler, men inkluderte alle som hadde helsemessig behov for å øke sitt fysiske aktivitetsnivå, legge om til et sunnere kosthold og/eller få hjelp til røykeslutt.

I samarbeid med de 5 fylkene utviklet Helsedirektoratet verktøy, gjennomførte kompetansehevende tiltak og utarbeidet informasjonsmaterieil til helsepersonell og pasienter.

Evalueringer

I 2005 ble grønn resept-ordningen evaluert blant fastleger, og evalueringsrapporten om "*Legers bruk og vurdering av Grønn resept ordningen*" (Bringedal et al., 2006) viste at legene etterlyste muligheter til å henvise pasienter til oppfølgingsaktiviteter lokalt, flere faggrupper i kommunene (som fysioterapeuter og ernæringseksperter) for faktiske tilbud som fysisk aktivitet og kostholdsveiledning.

Evaluering av de eksisterende lavterskeltilbudene i de fem utprøvningsfylkene ble gjennomført i 2008, og viste bl.a. at både deltagere ved lavterskeltilbudene og leger var fornøyde med opplegget (Båtevik et al., 2008). Et flertall av legene opplevde at ordningen var enkel å administrere og at ordningen ga et godt tilbud til pasientgrupper som har vanskelig for å komme i gang med fysisk aktivitet som behandlingstiltak. Nesten samtlige av pasientene opplevde at de fikk et tilbud som var individuelt tilpasset deres behov og et opplegg som var realistisk å gjennomføre.

På oppdrag fra departementet fikk Helsedirektoratet 2009 i oppdrag å "*Tilrå departementet den videre oppfølging av Grønn resept-ordningen basert på evalueringene og erfaringer, herunder vurdering av kostnader, nytteverdi og finansiering*" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Helsedirektoratet anbefalte bl.a. :

- å utvikle grønn resept-taksten, og foreslo i stedet å utrede behovet for en forebyggelsestakst. Begrunnelsen var at taksten kom i miskreditt hos fastlegene bl.a. fordi de var uenige i kriteriene for taksten, særlig at den ikke kunne benyttes til pasienter som allerede sto på medikamentell behandling for aktuell diagnose
- å opprette kommunale lavterskeltilbud for endring av levevanene fysisk aktivitet, kosthold og røyking i alle landets kommuner eller i interkommunale samarbeidskommuner, og at disse lavterskeltilbudene burde forankres i kommunehelsetjenesten og ha et felles nasjonalt navn
- at målgruppen for ordningen burde omfatte alle voksne personer som kunne oppnå betydelig helsemessig gevinst av å endre levevaner innen kosthold, fysisk aktivitet og tobakk – uavhengig av diagnose eller medikamentell behandling
- hvem som kunne henvise til lavterskeltilbud, men også at brukere kunne ta kontakt uten henvisning Også i Stortingsmelding nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, var forebygging og tidlig innsats et av hovedmålene. Samhandlingsreformen pekte på behovet for å opprette kommunale lærings- og mestringstilbud bl.a. med lavterskeltilbud for endring av levevaner. Oppbyggingen av forebyggende helsetilbud i kommunene skulle skje over tid. Målet var at alle kommuner skulle etablere frisklivssentral (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008), og i statsbudsjettet for 2011 ble det avsatt 6,9 mill NOK som tilskudd til å etablere kommunale frisklivssentraler

Veileder for kommunale frisklivssentraler

På bakgrunn av initiativ fra fylkeskommuner og etterspørsel fra kommuner om råd for etablering av frisklivssentraler, utviklet Helsedirektoratet i samarbeid med fylkeskommuner en veileder for etablering og organisering av frisklivssentraler i 2011

I denne første utgaven av veilederen ble modellen Frisklivssentral anbefalt – en modell som kombinerte aktiviteter i egen regi og som skulle ha oversikt over lokale tilbud som pasientene/brukerne kunne “sluses” videre til.

Kommunene er ifølge helse- og omsorgstjenesteloven pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester til befolkningen. Frisklivssentralen er en anbefalt måte å organisere slike helsetjenester på og en del av kommunens samlede helse- og omsorgstjenester. Veilederen beskriver anbefalinger for hvordan en frisklivssentral bør etableres og driftes

Veilederen ble revidert i 2016 og er senere oppdatert flere ganger (2019, 2022 og 2025) på bakgrunn av utvikling av helsetjenesten, samfunnet og politikken, forskning, nye eller reviderte faglige anbefalinger, lover og stortingsmeldinger.

Samhandlingsreformen

En av målsettingene med samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) var økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. Både kommunens primærforebyggende arbeid og de forebyggende helsetjenestene i kommunen skulle styrkes. Den kommunale helsetjenesten ble pekt på som en viktig bidragsyter i arbeidet med økt forebygging og Samhandlingsreformen beskriver helsepersonell som viktige for å identifisere og følge opp individer og grupper med økt risiko for sykdom.

Samhandlingsreformen viste til evalueringene av grønn resept-ordningen og pekte på behovet for å opprette kommunale lærings- og mestringstilbud bl.a med lavterskeltilbud, og i statsbudsjettet for 2011 ble det avsatt 6,9 mill NOK som tilskudd til å etablere frisklivssentraler

Meldingen pekte også på behovet for å styrke kompetansen til fastlegene på flere områder, inkludert innen samtale/veiledningsmetodikk for å motivere pasienter til adferdsendring

Utviklingen i andel kommuner med frisklivssentral 2011 - 2023

Fra og med 2011 ble frisklivssentraler inkludert i KOSTRA-rapporteringen. I perioden 2011-2023 økte andel kommuner med Frisklivssentral fra ca.25 prosent til ca.66 prosent. Mens andelen som bor i kommuner/bydeler med tilgang til frisklivssentral er 87 prosent. Det er i hovedsak de små og minst sentrale kommunene som ikke har etablert denne helsetjenesten (Ekornerud et al., 2025).

I samme periode har det vært en økning i antall ansatte ved frisklivssentraler og noe større grad av tverrfaglighet, selv om det fortsatt i hovedsak er fysioterapeuter som jobber der. Antall deltakere har også økt; fra i underkant av 16 000 i 2013 til i overkant av 32 000 i 2022. Dette er en dobling i antall unike deltakere mellom 2013 og 2022.

Hva er en frisklivssentral

Frisklivssentraler er en kommunal helsetjeneste som gir støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer. Frisklivssentralens tilbud kan både benyttes for å forebygge eller begrense utvikling av sykdom, og være en del av behandling og rehabilitering i et helhetlig forløp. I tillegg til oppfølgingstilbudet til risikogrupper bidrar frisklivssentralene også til å løse lovpålagte oppgaver etter folkehelseloven gjennom å gi råd og veiledning til befolkningen om helse og helsetjenester og samarbeide med andre

tjenester, sektorer og nivå. Dokumentasjon fra tjeneste inngår også i grunnlaget for kommunalt planarbeid.

Frisklivssentralen skal ifølge [Veileder for kommunale frisklivssentraler](#) gi strukturert, tidsavgrenset, helhetlig og individuelt tilpasset oppfølging med individuell og grupperettet veiledning, informasjon og aktiviteter. Det strukturerte oppfølgingstilbudet¹⁵ utgjør basistilbudet ved frisklivssentralen og omfatter støtte til fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. I mange kommuner tilbyr frisklivssentralene i tillegg hjelp til mestring av søvnvansker, psykiske helseutfordringer og risikofylt alkoholbruk. Oppfølgingen starter og avsluttes med en helsesamtale. Plan for individuelt tilpasset oppfølging lages av deltaker og veileder i fellesskap og tar utgangspunkt i brukerens funksjonsnivå og mål for deltakelse.

Frisklivssentralen samarbeider med et bredt spekter av aktører i og utenfor helse- og omsorgstjenesten for at deltakerne skal finne aktiviteter og tilbud de kan fortsette med etter oppfølgingsperioden. Målet er at deltakeren styrker sin helsekompetanse og lærer verktøy og metoder som setter dem i stand til å opprettholde endringer og mestre hverdagen med helseutfordringer.

I tillegg til oppfølgingstilbudet til risikogrupper bidrar frisklivssentralene også til å løse lovpålagte oppgaver etter folkehelseloven gjennom å gi råd og veiledning til befolkningen om helse og helsetjenester og samarbeide med andre tjenester, sektorer og nivå. Dokumentasjon fra tjeneste inngår også i grunnlaget for kommunalt planarbeid.

Tilskuddsordning

En tilskuddsordning for etablering og utvikling av friskliv-læring- og mestringstilbud ble etablert i 2011, og eksisterer fortsatt (Helsedirektoratet, 2025a). Tilskuddsordningen skal stimulere kommunene til etablering og videre utvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud som bidrar til å fremme helse og livskvalitet, forebygge sykdom, tidlig intervensjon, og til at brukerne lærer å mestre livet med sykdom. I de senere årene er det fylkeskommunen som forvalter tilskuddet.

Tilskuddsordningen har vært viktig for at vi i dag har en høy andel kommuner som har etablert denne tjenesten. Se også rapporten: [Bruk av tilskuddsmidler til etablering og utvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud - Helsedirektoratet](#).

Utviklingssentraler

I 2014 ble det etablert en ordning med utviklingssentraler etter modell av utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem. [Utviklingsentralene](#) er frisklivssentraler som er godt forankret i kommunale planer, har et solid basistilbud, erfaring med utviklingsarbeid og samarbeid med høyskoler/universitet. Det er én til to utviklingssentraler i hvert fylke, totalt 18 utviklingssentraler fordelt på alle fylker. Utviklingsentralene bidrar til å implementere anbefalinger og kvalitetskrav gitt i Veileder for kommunale frisklivssentraler med vekt på forankring i kommunal ledelse, planer og budsjett og etablering av basistilbudet. De bidrar til erfaringsutveksling, nettverks- og kompetansebygging, kvalitet og videreutvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud regionalt og nasjonalt. Utviklingsentralene er viktige samarbeidspartner for SF og FK regionalt. Det er utgitt en egen rapport om utviklingsentralenes arbeid i 2023 (Helsedirektoratet, 2024e).

Fra grønn resept til takst for livsstilsintervensjon

Bruken av grønn resept-taksten lå i mange år ganske stabilt på 35-40 000 takster pr. år. [Fra 1. juli 2022 ble grønn resept \(takst 101\) slått sammen med røykeavvingstakst \(takst 102\)](#) og fikk endret navn til *Livsstilsintervensjon* (takst 101) og ny beskrivelse (Den Norske Legeforening, 2025). Den endrede taksten

kan til forskjell fra den gamle, benyttes uavhengig av om pasienten står på medikamentell behandling for den aktuelle diagnosen, og til pasienter med, eller med risiko for hjerte- og karsykdom, diabetes type 2 eller fedme; ikke bare diabetes type 2 eller høyt blodtrykk. Som før kan den benyttes inntil tre ganger per pasient per kalenderår. Tall fra Helfo viser at bruken har økt. I 2023, det første hele året med ny ordning, ble bruken nesten doblet, til 312.039 takster på godkjente refusjonskrav (Brækhus, 2024). I 2024 ble det totalt skrevet ut 361 692 takster for livsstilsintervensjon.

Takst for livsstilsintervensjon ble brukt av 6227 ulike leger mellom 1. juli 2022 og fram til 22. oktober 2023, og tyder på at denne taksten er godt kjent blant fastlegene. Vi har imidlertid mangelfull kunnskap om hvordan taksten brukes av fastlegene, blant annet om de følger opp pasientene selv, hvem de evt. henviser til og hvordan / hva som inngår i en behandlingsplan. Kjennskapen til frisklivssentraler ser ut til å variere blant fastleger; noen er godt kjent med denne tjenesten, mens andre ikke visste om kommunen hadde dette tilbudet (Rønnevik et al., 2020).

For mer informasjon om frisklivssentraler vises til [Frisklivssentraler - Helsedirektoratet](#)

VEDLEGG 3 TABELLER A – K

Tabell A: Endringer i fysisk aktivitetsnivå hos deltakere i kommunale frisklivssentraer i Norge

Forfatter, år	Type publisasjon	Studiedesign og utvalg	Målemetode	Måle-tidspunkt	Målt aktivitetsnivå ved oppstart	Resultat - Endring	Retning på endring
	Artikkel, fagfelle-vurdert	Longitudinell kohort. n = 82 ved baseline, n = 33 ved 24 mnd.	Aktivitetsmåler (SenseWear)	Baseline – 6 mnd, 12 mnd og 24 mnd.	Baseline MVPA: 1,1 (SD 1,0) timer per dag, 79 % oppfylte anbefaling om 150 min MVPA per uke. Gjennomsnittet (SD) for stillesittende tid var 19,4 (2,0) timer per dag	Ingen endring i FA-nivå fra baseline til 24 mnd måling. Baseline: 1,1 timer MVPA/dag, 6 mnd: 1,1 t/dag, 12 mnd: 1,2 t/dag, 24 mnd: 1,1 t/dag.	😊
Sevild et al., 2022	Artikkel, fagfelle-vurdert	Longitudinell. n = 120 ved baseline, n = 66 v/6 mnd, n = 50 v/12 mnd (58 % dropout v 12 mnd)	Aktivitetsmåler (ActiGraph)	Baseline – 6 mnd – 12 mnd	Baseline: 45,5 (SD 20,3) min MVPA/dag. 12 mnd: 41,2 (SD 20,0) min MVPA/dag. Sedat tid baseline: 749,1 (SD 74,5) min/dag. 12 mnd: 728,4 (SD 84,8) min/dag.	Ingen endring i FA-nivå fra baseline til 1 mnd måling. Baseline: 45.5 min MVPA/dag (SD 21,1), 6 mnd: 44,4 (17,7), ES: 0,06, 12 mnd: 41,2 (20,0), ES: 0,11	😊
Samdal et al., 2019	Artikkel, fagfelle-vurdert	RCT Ventelistekontroll n = 118 v/ baseline (intervensjon: 57, kontroll: 61).	Aktivitetsmåler (SenseWear)	Baseline – 6 mnd	MVPA: Baseline: Intervensjonsgr: 0,90 (SD 0,62) timer MVPA/dag. Kontrollgr: 1,11 (SD 0,87) timer MVPA/dag. 6 mnd: Interv.gr.: 0,92 (SD 0,67) t MVPA/dag. Kontroll: 1,14 (SD 0,70) t MVPA/dag.	Ingen forskjell mellom gruppene (p=0,735). Sedat tid (SED): Baseline: Interv.gr 19,52 (SD 1,91) timer SED/dag. Kontrollgr: 19,47 (SD 1,83) timer SED/dag. 6 mnd: Interv.gr: 19,43 (SD1,82) t SED/dag. Kontrollgr: 19,48 (SD 1,27) t SED/dag. Ingen forskjell mellom gruppene (p=0,276)	😊

		n = 86 v/ 6 mnd (intervensjon: 42, kontroll: 44) (30 % dropout)					
Blom et al., 2020	Artikkel, fagfelle-vurdert	Longitudinell n = 1022 v/baseline, n = 713 v/3 mnd (28 % dropout v/3 mnd)	Aktivitetsmåler (Actigraph)	Baseline – 3 mnd	Baseline: LPA: 177.0 (51,6) min/dag, antall skritt per dag: 6070 (2513), sedat tid: 616,7 (72,4) min/dag, MPVA SD 35,4 (21,6) min per dag (SD 12 min) Kontrollgruppen: MPVA baseline 30 min per dag (SD 11 min)	Deltakerne hadde forbedret lett fysisk aktivitet (4,0, 95 % KI 0,5 til 7,5), økt antall skritt (362, 95 % KI 172 til 552), redusert stillesittende tid (- 5,6, 95 % KI - 9,8 til -1,3), Det var ingen endring i moderat til hard fysisk aktivitet (B 1,4, 95 % KI -0,4 til 3,1) etter 3 måneder.	😊
Blom et al., 2020	Artikkel, fagfelle-vurdert	Longitudinell n = 1022 v/baseline, n = 600 v/3 mnd n = 524 v/15 mnd	Aktivitetsmåler (Actigraph)	Baseline – 3 mnd – 15 mnd	Baseline: Antall skritt per dag: 6121 (SD 2569) MPVA: 36,2 min per dag (SD 22,3 min Sedat tid : 618 (70) min/dag.	Antall skritt økte fra baseline til 3 måneder (gjennomsnittlig 418 skritt/dag, p<0,001), men avtok fra 3 til 15 måneder (gjennomsnittlig -371 skritt/dag, p<0,001). Ingen sign. endring fra baseline til 15 mnd. MVPA min/dag: Baseline: 36,2 (22,3), 3 mnd: 39,0 (24,4), 15 mnd: 35,1 (23,5), ingen endring baseline-15 mnd (p=0,057). Sedat tid (min/dag): Baseline: 618 (70), 3 mnd: 609 (76), 15 mnd: 616 (73). Ingen endring baseline- 15 mnd (p=0,950)	😐
Bjurholt, 2014	Master-oppgave	Longitudinell. n =194 v/baseline, n = 132 v/3,5 mnd.	Spørreskjema (HUNT 1 PA-Q) + to uvaliderte spm	Baseline – 3,5 mnd	Baseline: selvrapportert FA moderat intensitet 199 min per uke. 65 % oppfylte anbefalingene om 150 min/uke. Daglig stillesittende tid: 7,59 timer.	Etter 3.5 måneders deltagelse i FLSene hadde selvrapportert fysisk aktivitetsnivå med moderat intensitet økt med 45 minutter/uke (fra 199-244 min/uke, p<0,001). Andel med 150 min/uke moderat FA økte fra 65 % til 83 % (p<0,001). Daglige stillesittende aktiviteter redusert med 32 minutter (fra 7,59 til 7,27 timer)	😊

Bratland-Sanda et al., 2014	Artikkel, fagfelle-vurdert	Kvantitativ, Retrospektiv tverrsnitt, n = 169, 34 % svarprosent	Spørreskjema	Tverrsnitt 2-4 år etter deltakelse	<i>Ikke relevant. Endring i fysisk aktivitetsnivå målt retrospektivt.</i>	55 % selvrapporterte økt aktivitetsnivå to-fire år etter deltakelse. At aktivitetene skjedde sammen med andre ble oppgitt som hyppigste årsak til økt egenaktivitet, tiltagende helseplager oppgitt som største barriere for egenaktivitet. Sosial aktivitet og/eller turgåing og daglige gjøremål var de arenaene hvor flest rapporterte økt aktivitetsnivå.	Ett måle tidspunkt
---	----------------------------	---	--------------	------------------------------------	---	---	--------------------

Tabell B: Endringer i kondisjon hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge

Forfatter, år	Type publikasjon	Studiedesign og utvalg	Målemetode	Måle-tidspunkt	Resultat - Endring	Retning på endring
Lorentzen, 2023	Master-oppgave	Ikke-randomisert kontrollert studie. Intervensjonsgruppe (deltakere ved FLS): n = 16. Kontrollgruppe (deltakere i KAN3) n = 22	VO2max, tredemølle	Baseline-3 mnd	Ingen forskjell mellom intervensjon og kontrollgruppe i VO2max etter 3 mnd frisklivsresept. Friskliv: 27,3 (6,0) 28,4 (6,8) ml/kg/min vs. kontroll: 33,1 (6,6) 33,9 (6,6) ml/kg/min. Deltakerne som trente 2 eller flere ganger pr uke fikk signifikant positiv endring i VO2max sammenlignet med kontrollgruppen. Ingen forskjell i arbeidsøkonomi, maksimal styrke og kroppssammensetning mellom gruppene.	↕
Skrove et al., 2013	Vitenskapelig rapport	Longitudinell. n = 11 v/baseline, n = 7 fullført fysisk test v/ 3 mnd.	VO2max, tredemølle	Baseline – 3 mnd	Ingen signifikante endringer i VO2peak etter 3 mnd. Baseline: 29,2 ± 3,7 ml/kg/min. 3 mnd: 30,7 ± 5,7 ml/kg/min. Deltakere som har deltatt på andre tilbud i frisklivssentralen i tillegg til en oppstartssamtale har gjennomsnittlig en fremgang på 2 ml/kg/min etter 3 måneder.	↕

Følling et al., 2022	Artikkel	Longitudinell n = 189 v/baseline, n = 120 v/60 mnd	Vo2max, tredemølle	Baseline-12 mnd- 36 mnd- 60 mnd	Forbedringer i deltakernes kondisjon målt ved VO2-max etter intervensjonen (12 måneder) ble opprettholdt ved 36 og 60 måneders oppfølging. Baseline: Menn: 32,7 (5,6) mL/kg/min, Kvinner: 26,7 (4,9), 36 mnd: Menn: 34,3 (9,8), kvinner: 28,4 (7,1). 60 mnd: Menn: 33,0 (10,1), kvinner: 32,0 (8,6). F=4,62 (1,7/202,5 adj.dif), p=0,015.	😊
Blom et al., 2020	Artikkel	Longitudinell. n = 997 v/baseline, n = 713 v/ 3 mnd (Analysert utvalg) (28 % drop-out)	Submaksimal tredemølle	Baseline – 3 mnd	Forbedret kondisjon (0,8 min endring, (95 % KI 0,6 til 1,0), p< 0,001, effektstørrelse: d=0.22.	😊
Berge, 2021	Masteroppgave	Longitudinell n = 932 v/baseline, n = 710 v/3 mnd, n =307 v/15 mnd kondisjonstest (analysert utvalg)	Submaksimal tredemølle	Baseline – 3 mnd – 15 mnd	Forbedring i kardiorespiratorisk fitness med 42 sekund (0,7 min (0,4-1,0 KI)), p<0,05 fra oppstart til 3 mnd og 36 sekund (0,6 min (0,2-0,9 KI), p<0,05 fra oppstart til 15 mnd,	😊

Tabell C: Endringer i kosthold hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge.

Forfatter, år	Type publikasjon	Studiedesign og utvalg	Målemetode	Måle-tidspunkt	Resultat - Endring	Retning på endring
Sevild et al., 2022	Artikkel	Longitudinell n = 120 ved baseline, n = 66 v/6 mnd, n = 50 v/12 mnd (58 % dropout v/12 mnd) Intervensjon: FLS "standard program" inkl fysisk aktivitet og kosthold kurs 6 mnd	Spørreskjema	Baseline – 6 mnd – 12 mnd.	Forbedring i opplevd kompetanse for kosthold etter 6 mnd (d= 0,71) og 12 mnd (d = 0,66), fruktinntak etter 12 mnd (d = 0,64), og grønnsaksinntak (d = 0,38) etter 12 mnd. (ikke målt etter 6 mnd).	😊

		ved en stor FLS				
Samdal et al., 2022	Artikkel	RCT n = 86 fullførere v/6 mnd. Intervensjon: n = 27 som deltok på BraMat kurs ved frisklivssentral. Kontroll: n = 44 deltok ikke på BraMmat kurs	Spørreskjema	Baseline – 6 mnd.	Det var en signifikant intervensjonseffekt i sunt kosthold for de som deltok på BraMat kurs, sammenlignet med kontrollgruppen p= 0,01. Intervensjonen reduserte ikke usunt kosthold sammenlignet med kontrollgruppen, p=0,14.. Det var ingen endring i kosthold ved deltakelse på frisklivssentralen uten BraMat kurs.	😊
Ystgaard, 2013	Masteroppgave	Tverrsnitt, retrospektiv deltakelse for inntil 4 år siden n = 43, 1 FLS	Spørreskjema	Tverrsnitt inntil 4 år etter deltakelse	45,2 % av kvinnene og 25 % av mennene har benyttet kostholdsveiledning. 92,7 % spiser mer frukt og grønt, 96,4 % opplyser å spise mindre sukker	😊
Bjurholt, 2014	Masteroppgave	Longitudinell n = 194 v/baseline, n = 132 v/3,5 mnd.	Spørreskjema	Baseline – 3,5 mnd.	15 % (n=20) deltok på BraMat kurs, 67 % hadde individuell samtale om kosthold ved første helsesamtale, 45 % i løpet av perioden og 63 % ved sluttsamtale. Ingen betydelige endringer ble rapportert for grønnsaksinntak eller tobakksslutt i det totale utvalget.	😐

Tabell D: Endringer i antropometri og kroppssammensetning hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge

Forfatter, år	Type publikasjon	Studiedesign og utvalg	Målemetode	Måle-tidspunkt	Resultat - Endring	Retning på endring
Sevild et al., 2022	Artikkel	Longitudinell n = 120 ved baseline, n = 66 v/6 mnd, n = 50 v/12 mnd (58 % dropout v 12 mnd)	Inbody 720 Kropp-sammen-setning Styrke: 30s. Chair-stand test	Baseline – 6mnd - 12 mnd	Forbedring i KMI blant alle deltakere etter 6 mnd fra 33,9 (SD 6,0) kg/m ² til 33,3 (5,8) (d= 0,10) og etter 12 mnd til 32,3 (5,3) (d = 0,21) og deltakere med overvekt etter 6 mnd fra 36,5 (4,5) til 35,8 (4,8) (d= 0,15) og etter 12 mnd til 34,5 (4,7) (d = 0,34). Forbedring i kroppsfettprosent blant alle deltakere etter 6 mnd fra 41,5 % (9,2) til 40,5 (9,1) (d=0,11) og etter 12 mnd til 38,9 (9,6) (d = 0,22) og deltakere med overvekt fra 43,5 (6,9) til 42,7 (6,6) (d=0,12) og etter 12 mnd til 40,6 (7,1) (d = 0,33), Forbedring i styrke i nedre del av kroppen fra 14,4 (4,0 til 16,9 (4,7) (d=0,57) etter 6 mnd og 18,6 (5,8) (d = 0,91) etter 12 mnd. Fettfri masse forble uendret for alle (d = 0,01) etter 6 mnd og 0,00 etter 12 mnd og for deltakere med overvekt (d=0,05) etter 6 mnd og etter 12 mnd (d= 0,05)	😊
Følling et al., 2022	Artikkel	Longitudinell n = 189 v/baseline n = 120 v/ 12, 36 og 60 mnd. Intervensjon: tre frisklivsperioder (tot 12 mnd). BraMat og trening inne/ute /styrke/kardio 2-4 ganger i uka.	Høyde, vekt, livvidde, blodmålinger.	Baseline – 12 mnd – 36 mnd – 60 mnd	Resultatene ved 12 måneders oppfølging viser en betydelig reduksjon i deltakernes målinger med gjennomsnittlige forskjeller på, -3,4 kg (menn)/-1,6 kg (kvinner) kroppsvekt, -0,7 kg/m ² KMI og -3,9 cm (menn)/-1,7 cm (kvinner) i midjeomkrets (WC). Forbedringene i målingene opprettholdes ved 36 måneders oppfølging Kroppsvekt (kg) Menn: Baseline: 104,4 (13,0) 12 mnd: 101,0 (12,2) 36 mnd: 102,2 (12,3) 60 mnd: 101,3 (12,6) F=5,04 (2,3/273,0) p=0,005. Kvinner: Baseline: 93,0 (16,5) 12 mnd: 91,4 (16,5) 36 mnd: 91,4 (17,8) 60 mnd: 91,4 (17,2) KMI (kg/m ²): Baseline: 33,3 (5,0), 12 mnd: 32,6 (4,8), 36 mnd: 32,7 (5,3), 60 mnd: 32,6 (5,3) F=5,28 (1,7/202,3) p=0,007 Livvidde (cm) Menn: Baseline: 112,4 (8,7) 12 mnd: 108,5 (8,5) 36 mnd: 110,3 (9,3) 60 mnd: 109,7 (10,4) F=7,15 (2,5/292,3), p<0,001. Kvinner: Baseline: 106,2 (11,0), 12 mnd: 104,5 (11,5), 36 mnd: 104,4 (11,4), 60 mnd: 104,6 (12,3)	😊

Blom et al., 2020	Artikkel	Longitudinell n = 713 32 FLS	Antropo- metriske målinger (vekt, høyde, midjemål, hoftemål)	Baseline – 3 mnd	Redusert KMI (-0,2, 95 % KI -0,1 til -0,3), redusert livvidde (-1,7, 95 % KI -2,0 til -1,3 og redusert liv-hofte-ratio (-0.01 (-0.00 to -0.01) fra baseline til etter 3 mnd (p<0,001) for alle utfallsmål. KMI (kg/m ²) Baseline: 32,3 (6,7), 3 mnd: 32,0 (6,6). Effektstørrelse d=0,03 Livvidde (cm): Baseline: 105,7 (17,1), 3 mnd: 104,0 (16,4). d=0,08 Liv-hofte-ratio (cm): Baseline: 0,95 (0,10) 3 mnd; 0,94 (0,10). d=0,08	😊
Samdal et al., 2021	Artikkel	RCT n = 118 v/baseline Intervensjon n = 57 Kontroll n = 61 Ventelistekontroll n = 86 ved 6 mnd I: n = 42, K: n = 44	Vekt og høyde	Baseline – 6 mnd	Studien fant ingen intervensjonseffekt på KMI mellom de to gruppene. KMI intervensjonsgruppe Baseline: 33,8 (SD 6,2), 6 mnd: 34,3 (7,0) KMI kontrollgruppe Baseline: 34,1 (5,4), 6 mnd: 34,0 (4,8) P=0,185	😊
Breili, 2023	Masteroppgave	Longitudinell, ikke- randomisert kontrollert studie. n = 12 i intervensjons- gruppen n = 19 i kontrollgruppen En FLS	DEXA kroppssammens etning, blodprøver, arteriell stivhet.	Baseline – 12 uker	Det var ingen forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i endringer i visceralt fett (hhv. -70,63 (186,99) g og -10,46 (141,67) g, p = 0,287), triglyserider (hhv. 0,13 (0,26) mmol/l og -0,11 (0,46 mmol/l), p = 0,080), HDL-kolesterol (hhv. 0,12 (0,15) mmol/l og 0,04 (0,18) mmol/l, p = 0,177), LDL-kolesterol (hhv. 0,33 (0,35) mmol/l og 0,29 (0,57) mmol/l, p = 0,823), fastende blodglukose (hhv. -0,17 (0,99) mmol/l og 0,06 (0,53) mmol/l, p = 0,403) eller arteriell stivhet (hhv. 0,16 (0,79) m/s og 0,02 (1,03) m/s, p = 0,686) fra pre- til - posttest.	😬

Tabell E: Endringer i risiko for diabetes type 2 hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge

Forfatter, år	Type publikasjon	Studiedesign og utvalg	Målemetode	Måle-tidspunkt	Resultat	Retning på endring
<u>Følling et al., 2022</u>	Artikkel	Longitudinell 12 mnd oppfølging ved FLS (BraMat kurs og FA styrke + utholdenhet inne og ute) n = 189 ved baseline fra fire FLS i Trøndelag n = 135 ved 60 mnd	FINDRISK spørreskjema, HbA1c, antropometriske mål	Baseline – 12 mnd – 36 mnd – 60 mnd	Risiko for diabetes type 2 og antropometriske mål redusert etter 12 mnd oppfølging ved FLS og vedlikeholdt etter 60 mnd. FINDRISK: Baseline: 14,9 (4,1), 12 mnd: 13,9 (4,3), 36 mnd: 14,1 (4,6), 60 mnd: 14,0 (4,3) F = 3,30 (adj df 2,9/341,2) p = 0,022 HbA1c (% mmol/mol): Baseline: 5,8/40 (0,7) 12 mnd: 5,6/38 (0,4) 36 mnd: 5,6/38 (0,5) 60 mnd: 5,5/37 (0,4) F = 16,78 (2,3/269,5), p<0,001 Antropometriske mål: Se vedlegg nr.4, Tabell D. Ingen signifikante endringer i total kolesterol, HDL, LDL eller triglyserider (p = 0,197-0,782) 65 (54 %) deltakere med høy risiko for T2D (HbA1c 6,0 %–6,5 %, 42–48 mmol/mol) ved oppstart ble redusert til 40 (33 %) deltakere (HbA1c <6 %, 42 mmol/mol) etter 36 måneder, noe som ytterligere bedret seg til 38 (32 %) deltakere etter 60 måneder. 27 deltakere (42 %) endret fra høy risiko for diabetes type 2 (HbA1c 6.0 %–6.5 %, 42–48 mmol/mol) ved baseline til moderat risiko ved 60 måneders oppfølging. Remisjon av diabetes basert på målte endringer i HbA1c verdier ble observert hos seks av ni deltakere fra baseline til 60 mnd.	😊

Tabell F: Endringer livskvalitet, selvrapportert helse og funksjon hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge

Forfatter, år	Type publikasjon	Studiedesign og utvalg	Målemetode	Måle-tidspunkt	Resultat	Retning på endring
Bjurholt, 2014	Master-oppgave	Longitudinell n = 194, 14 FLS	Spørreskjema, Selvrapportert helse VAS skala (0-100 skala), HRLK: Euro Quality of life (EQ-5D-5L) (0-1 skala)	Baseline-3,5 mnd	Selvrapportert helse hadde økt fra 49,9 til 59,3 på VAS-skala. (p<0,001). HRLK (helserelatert livskvalitet) økte fra 0,72 til 0,75 (p<0,006)	😊
Blom et al, 2020	Artikkel	Longitudinell n = 524, 32 FLS	Spørreskjema, SF-36 (0-100 skala)	Baseline – 3 mnd-15mnd	Alle ni dimensjoner av helserelatert livskvalitet forbedret seg fra baseline til 3-mnd. Forbedringene vedvarte ved 15 mnd. Gjennomsnittlig 3,1–13,1 poeng, p<0,001) For 7 av 9 dimensjoner: fysisk rollefunksjon, generell helse, vitalitet, sosial funksjon, emosjonell rollefunksjon, mental helse og helse endring var endringene vurdert som klinisk signifikante (mer enn 5 poeng økning) fra baseline til 15 mnd oppfølging.	😊
Dybdahl, 2014	Master-oppgave	Longitudinell n = 1018, 16 FLS	COOP WONCA spørreskjema (1-5 skala)	Baseline – 3 mnd	Totalt viste deltakerne en signifikant forbedring i funksjonsevne etter 12 uker med fysisk aktivitet på resept ved fysiotekene (gj.sn. = 0,38, KI: 0,34 – 0,41, p < 0,01), Dette indikerer forbedret livskvalitet.	😊
Skrove og medarb., 2013	Vitenskapelig rapport	Longitudinell n = 5, 1 FLS	COOP WONCA spørreskjema	Baseline – 3 mnd	Signifikant forbedring etter 3 måneder på spørsmålet: "Hvorledes vil du bedømme helsen din i dag, fysisk og psykisk, sammenlignet med for 2 uker siden?" Og en positiv trend i de andre fem spørsmålene om egenopplevd helse.	😊

Tabell G: Endringer psykiske belastninger hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge

Forfatter, år	Type publikasjon	Studiedesign og utvalg	Målemetode	Måletidspunkt	Resultat	Retning på endring
Sevild et al, 2022	Artikkel	Longitudinell, n = 120, 1 FLS	Spørreskjema: The Hopkins Symptom Checklist-10; 1-4 skala. Verdi >1,85 indikerer psykisk belastning.	Baseline – 6 mnd- 12 mnd	Betydelige forbedringer i psykisk belastning (d = 0,71) Baseline: 2,4 (0,7) 6 mnd: 1,9 (0,7), 12 mnd: 1,9 (0,8). p<0,01, d = 0,71	😊

Tabell H: Endringer i motivasjon for fysisk aktivitet hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge

Forfatter, år	Type publikasjon	Studiedesign og utvalg	Målemetode	Måletidspunkt	Resultat	Retning på endring
Sevild et al, 2022	Artikkel	Longitudinell, n = 120, 1 FLS	Spørreskjema, BREQ-2	Baseline – 6 mnd- 12 mnd	Deltakerne opplevde betydelige forbedringer i autonom motivasjon for fysisk aktivitet fra baseline til 6 mnd (d = 1,30) og den ble opprettholdt ved 12 mnd (d = 0,89), Opplevd kompetanse for fysisk aktivitet økte fra baseline til 6 mnd (d = 1,40) og ved 12 mnd (1,64)	😊
Våge, 2018	Master-oppgave	Longitudinell, n = 271, 32 FLS	Spørreskjema, BREQ-2	Baseline – 3 mnd	Positive endringer i type motivasjon for fysisk aktivitet iht selvbestemmelsesteori etter 3 mnd deltakelse. På en 0-4 skala: Amotivasjon: -0,1 (-0,2—0,04) p = 0,002, Introjektert regulering: 0,1 (0,03-0,2) p = 0,014, Identifisert regulering: 0,2 (0,1-0,3) p<.001, Indre motivasjon: 0,3 (0,2-0,4) p<.001.	😊

Tabell I: Endringer i sosiale aktiviteter hos deltakere i kommunale frisklivssentraler i Norge

Forfatter, år	Type publikasjon	Studiedesign og utvalg	Målemetode	Måle-tidspunkt	Resultat	Retning på endring
Haugland, 2018	Masteroppgave	Longitudinell n = 284, 32 FLS	Spørreskjema (et spørsmål fra CONOR og to fra SF-36)	Baseline – 3 mnd	Etter 3 mnd deltakelse var det signifikant flere som deltok i foreningsvirksomhet (p = .039). Skalaen for sosial funksjon (0-100) viste signifikant forbedring fra pre- til post-test (p<.001)	😊

Tabell J: Effekt av deltakelse i ulike kurs i kommunale frisklivssentraler i Norge

Forfatter, år	Type publikasjon	Kurs/ intervensjon	Studiedesign og utvalg	Måle-metode	Måle-tidspunkt	Resultat	Retning på endring
Hjetland, 2023	Master-oppgave	Gruppebasert søvnkurs	Kvalitativ, n = 3	Intervju (fokusgruppe)	Etter deltakelse	Ulike erfaringer med søvnkursdeltakelsens påvirkning på egen insomni. Alle beskrev søvnkursdeltakelsen som en positiv opplevelse. De erfarte en følelse av fellesskap gjennom kursdeltakelsen, noe som bidro til økt mestringstro knyttet til håndtering av egen situasjon.	I.a.
Pleym et al., 2022 og Pleym et al., 2024	Artikkel	Intervensjon: Røykeslutt MI-basert rådgiving av sykepleier ved sykehus, veiledning om røykesluttmedikament og direkte henvisning til FLS for røykeslutt	RCT n=59 akutte CVD pasienter ved oppstart Intervensjon: n = 29 Kontroll: n =30 n = 55 ved 6 mnd oppfølging.	Spørreskjema og telefonintervju. Endemål: Deltakelse i røykeslutt oppfølging ved FLS, bruk av	Baseline – 1 mnd – 3 mnd – 6 mnd	Pleym 2024: Resultater etter 6mnd: Intervensjonsgruppen hadde større sannsynlighet for å delta i røykesluttbehandling ved FLS {48 % vs. 7 %, forskjell: 41 % [95 % konfidensintervall (KI): 14 %, 63 %]} og brukte røykesluttmedikamenter oftere [59 % vs. 21 %, forskjell: 38 % (95 % KI: 17 %, 59 %)]. Betydelige	😊

		oppfølging ved FLS og gratis røykeslutt medikament. FLS tok telefonkontakt. Kontroll: vanlig oppfølging og informasjonsskriv med kontaktinformasjon til FLS		legemidler for røykeslutt og røykestatus		forskjeller mellom gruppene i selvrapportert slutttrate (48 % vs. 25 %) etter 6 mnd.	
Bergsvik og Lund, 2022	Vitenskapelig rapport	Vestre Viken-prosjektet Røykeslutt ved frisklivssentraler i Vestre Viken. Røykesluttkurs assistert med gratis røykeslutt-medikamenter.	Pre-post 9 mnd n = 756 v/oppstart, n = 403 v/9 mnd	Spørreskjema	Baseline – 9 mnd	53,6 % av de som svarte på post-test rapporterte at de hadde sluttet helt å røyke. I en intention-to-treat prosedyre, der frafallet er plassert blant dem som fortsatt røyker, vil det være 28,6 % som rapporterer at de hadde sluttet helt å røyke.	😊
Mathisen, 2024	Artikkel	Eget kursopplegg (PED-t) for behandling av overspisingsslidelse/Bulimi gjennomført ved FLS. PED-t gjennomføres i gruppeformat med 8–10 deltakere over 20 ukentlige økter i løpet av 4 måneder. Hver terapitime består av en veiledet treningsøkt og en kostholdspsykoedukativ økt som inkluderer deltakernes diskusjoner.	Kvalitativt, n = 10 deltakere og n = 10 veiledere ved FLS	Intervju	Før oppstart av tiltak.	De fleste pasientene hadde begrenset kunnskap om spiseforstyrrelser (ED) og innså først behovet for profesjonell hjelp etter å ha lært om PED-t. Pasientene viste sterk motivasjon for behandling og en positiv oppfatning av både PED-t, den nye behandlingssettingen og veiledernes kompetanse. Veilederne, etter et kort opplæringsprogram følte seg trygge på sine evner til å behandle spiseforstyrrelser og tilby PED-t. Med mindre driftsmessige justeringer kan PED-t sømløst integreres i nasjonale FLS.	i.a

Mathisen, 2023	Artikkel	PED-t: Gruppebasert behandling av bulimi overspising basert på veiledet trening og diett-terapi. Gjennomført ved frisklivssentraler etter kort opplæring av FLS-veiledere	Mixed Method kvantitativ del pre-post intervensjon: n = 16. Intervju: n = 8	Spørreskjema EDE-Q, intervju	Kvantitativ: baseline – 3 mnd + 1/pr uke	Signifikant reduksjon i symptomer på spiseforstyrrelse: “eating restriction” -1,5 (1,1), p < .001, g = 1,2; “eating concern” -1,6 (1,4), p < .001, g = 1,5; “figure concern” -1,5 (1,2), p < .001, g = 1,3; “bodyweight concern” -0.8 (1.3), p = 0.02, g = 1,4. Av de 16 som fullførte behandlingen, var seks (37,5 %) i full remisjon etter behandlingen, mens tre oppnådde delvis remisjon (18,8 %). Dermed hadde ni (56,3 % av de som fullførte; 47,4 % av det totale utvalget) mistet sin BN- eller BED-diagnose etter behandlingen.	😊
Grønning, 2018	Artikkel	Smertemestringskurs gjennomført ved FLS	Kvalitativ n = 7	Intervju	Etter gjennomført kurs	Deltakerne vurderte intervensjonen som verdifull. De beskrev at de brukte mestringsteknikker for å bedre håndtere sin kroniske smerte, og utviklerne uttalte at målet med intervensjonen var å gi deltakerne mestringsteknikker.	i.a
Nøst, 2018	Artikkel	Intervensjonsgruppe: gruppebasert kronisk smertemestringskurs. 2,5 t/uke i seks uker Kurset inkluderte opplæring i kognitive og atferdsmessige strategier for smertehåndtering, bevegelsesøvelser, gruppediskusjoner og deling av erfaringer blant deltakerne. Kontrollgruppen: tilbud om en drop-in,	RCT, parallelle grupper. Intervensjon: n = 60 Kontrollgruppe: n = 61	Spørreskjema: Primært utfallsmål: Patient activation (PAM), (grad av aktiv og engasjert i egen helse) Sekundære mål: smerte, fysisk funksjon, emosjonell funksjon og	Baseline – 3mnd	Ingen signifikant forskjell mellom gruppene etter 3mnd i patient activation (estimert gjennomsnittlig forskjell: -0,5, 95 % CI -4,8 to 3,7, p = 0,802). Begge gruppene bedret opplevelse av smerte fra oppstart til 3 mnd: Intervensjonsgr.: -7,9 (95 % CI -13,1 to -2,7, p = 0,003, kontrollgr.: -6,6 (95 % CI -11,8 to -1,4, p = 0,014.	😐

		lavterskel, utendørs fysisk aktivitet i grupper med instruktør med ukentlige økter på én time inkluderte gåturer og enkle styrkeøvelser i seks uker.		mestring. Spørreskjema og 30s chair to stand			
<u>Nøst, 2018</u>	Artikkel	Intervensjonsgruppe: gruppebasert kronisk smerte-mestringskurs. 2,5 t/uke i 6 uker Kurset inkluderte opplæring i kognitive og atferdsmessige strategier for smertehåndtering, bevegelsesøvelser, gruppediskusjoner og deling av erfaringer blant deltakerne. Kontrollgruppen: tilbud om en drop-in, lavterskel, utendørs fysisk aktivitet i grupper med instruktør med ukentlige økter på én time inkluderte gåturer og enkle styrkeøvelser i seks uker.	RCT, parallelle grupper Intervensjonsgruppen: n=60 og kontrollgruppen: n=61	Spørreskjema og 30s chair-raise test (som over)	Baseline – 12 mnd	Ingen statistiske signifikante forskjeller mellom gruppene etter 12 mnd. Den estimerte gjennomsnittlige forskjellen mellom gruppene for det primære utfallet PAM var 4,0 (95 % KI -0,6 til 8,6, p = 0,085). Innenfor begge gruppene var det imidlertid statistisk signifikante forbedringer i smerteopplevelse den siste uken, den globale selvvalgte helseindikatoren og 30-sekunders Stol til Stå-testen.	😊

Haugen, 2020	Master-oppgave	Livsstyrketrening	Kvalitativ n = 6	Intervju, individuelt, semistrukturert	Etter gjennomført kurs	Deltakerne har fått det bedre på flere måter etter i.a deltakelse på kurs i livsstyrketrening. Bedringen har sammenheng med å oppleve aksept og optimisme, og ser ut til i stor grad skyldes at de mer enn før føler en opplevelse av sammenheng. Gruppefelleskapet ga mulighet til å speile seg i andre og få perspektiv på livet, noe som gjorde informantene styrket både i opplevelse av sammenheng og empowerment. Mestringsopplevelsene som oppstod rundt å styre livet selv og å sette egne grenser gir inntrykk av at deltakerne har oppnådd en sterkere følelse av empowerment.	
Loken 2022	Artikkel	Kreftrehabiliteringsprogram gjennomført ved frisklivssentral	Kvalitativ n = 56 kreftoverlevende	Fokusgruppe intervju	Etter 12 ukers rehab.program	Generelt uttrykte deltakerne at programmet økte i.a deres mestringsevne og deltakelse i hverdagen etter kreftbehandling, hvor økt energi, kapasitet, aksept, forståelse og struktur i hverdagen samt håp for fremtiden var viktige opplevde fordeler. Totalt sett synes et multidimensjonalt og tilgjengelig lokalt rehabiliteringsprogram i kombinasjon med fagfolks ekspertise og kompetanse å være en viktig faktor for deltakernes opplevde utfall av programmet.	
Stea, 2023	Artikkel	Tilbud for familier med barn med overvekt/fedme. Individuell familie rådgiving (3-8 konsultasjoner) og gruppebasert kostholdskurs (4-5 fysiske møter) og fysisk	Ikke-randomisert kluster-kontroll n = 90 i intervensjonsgr. n = 73 i kontrollgr.	Spørreskjema om kostholdsvaner, måling av vekt og høyre	Baseline-6mnd	Intervensjonen resulterte i økte odds for å innta kveldsmåltider (OR: 3,42), en redusert tilgjengelighet av salte snacks ($\beta = -0,17$), et redusert inntak av salte snacks ($-0,18$), økt vanninntak ($\beta = 0,20$), og et redusert estimert totalt energiinntak ($\beta = -0,17$), karbohydrater ($\beta = -0,17$), mono- og disakkarider ($\beta = -0,21$), sukrose ($\beta = -0,24$), og mettede fettsyrer ($\beta = -0,17$). Intervensjonen forutså direkte en lavere KMI z-score ($\beta = -0,17$), og nivåene etter behandling av	😊

		aktivitetsgrupper (1-2 ggr/uka)				energi ($\beta = -0,65$), mettet fett ($\beta = 0,43$), og totale karbohydrater ($\beta = 0,41$) var direkte knyttet til KMI z-score etter intervensjonen.	
Jonassen, 2015	Master-oppgave	Aktiv Ung	Kvalitativ n = 6 ansatte og aktivitetskontakter	Intervju	Etter tilbud	Samtlige informanter har opplevd en endring hos i.a deltakerne, som strekker seg utover fysiske utfordringer. De ser endringer i humør, selvtillit, selvbilde og sosial status.	

Tabell K: Opplevelse av brukermedvirkning i kommunale frisklivssentra i Norge

Forfatter, år	Type publikasjon	Metode	Utvalg	Resultat
Bjørndal, 2020	Master-oppgave	Kvantitativ tverrsnitt, Spørreskjema	n = 172 ansatte ved FLS	Mest brukermedvirkning på individnivå. Ansatte rapporterte om praksis med brukermedvirkning på individnivå; 89,9 % oppga å innhente innspill fra brukere. FLS utførte sjeldnere aktiviteter relatert til brukermedvirkning på systemnivå; 40,1 % oppga at FLS innhentet informasjon fra brukerorganisasjoner, 8,2 % oppga å ha brukerrepresentanter, 23,3 % honorerte brukerrepresentanter, og 45,8 % gjennomførte brukerundersøkelser. Respondentene hadde positive holdninger til brukermedvirkning, der 91,7 % mente tjenestetilbudene ble bedre ved å involvere brukere i utformingen av FLS
Sagsveen et al, 2019	Artikkel	Kvalitativ, Individuelle semistrukturerte intervju	n = 20, 16 kvinner, 4 menn, deltakere ved FLS	Deltakerne opplevde at å bli respektert og å ha et pålitelig forhold til fagpersonene var viktig for deres deltakelse. Bygging av et pålitelig forhold ble for noen forstyrret av mangel på relasjonskontinuitet. Relasjonskontinuitet var viktig for å ivareta oppfølging av utfordringer og personlige mål. Tjenestebrukernes foretrukne nivåer av brukermedvirkning varierte. Noen deltakere ønsket ikke alltid å spille en aktiv rolle og foretrakk at fagpersonene, som "eksperter," tok avgjørelsene.

Sagsveen et al., 2023	Artikkel	Kvalitativ, semistrukturerte fokusgruppe intervju	n =27 ansatte fra 27 FLS	Studien undersøkte ansattes erfaringer med å involvere brukerrepresentanter i planlegging, gjennomføring og evaluering av FLS tjenestene. Involveringen av brukerrepresentanter varierte fra godt integrert og systematisert til det motsatte. De ansattes primære begrunnelse for å involvere brukerrepresentanter var å inkludere representantenes unike erfaringskunnskap for å sikre kvaliteten på tjenesten. Erfaringskunnskap ble sett på som en "annen" kompetanse som kom i tillegg til fagkompetansen. Fagfolkenes valg av brukerrepresentanter avhang av formålet. De ansatte håndplukket ofte tidligere brukere basert på deres helseproblemer, motivasjon og FLS-ens behov. De ansatte sa at de var ansvarlige for å igangsette tilretteleggingen for å oppnå genuin involvering. Støtte fra deres ledere for å prioritere disse oppgavene var essensiell.
Sagsveen et al., 2018	Artikkel	Kvalitativ, fokusgruppe intervju	n =23 ansatte ved 23 FLS	Studien undersøkte ansattes erfaringer med brukermedvirkning på et individuelt nivå og hvordan de beskriver å involvere brukere ved frisklivssentraler. Studien identifiserte fire hovedfunn: 1) Involvering av brukerne gjennom motiverende intervju; 2) Å bygge en god og tillitsfull relasjon; 3) Å kartlegge og tilpasse seg brukerens behov og livssituasjon; og 4) Å styrke brukerens eierskap og deltakelse i livsstilsendringsprosessen. Motiverende intervju ble beskrevet av fagpersonene som en måte å fremme og sikre brukerinvolvering på.
Salemonsens et al., 2020	Artikkel	Kvalitativ, semistrukturerte dybdeintervjuer	n =13 deltakere, 5 menn og 8 kvinner fra fem FLS	Studien undersøkte opplevelse av brukermedvirkning og egenmestring hos deltakere med overvekt og fedme ved FLS. Resultatene viste at deltakerne tok personlig ansvar for aktiv involvering. De beskrev hjelp som å få støtte til å øke selvfølelsen og styrke troen på egenmestring. De opplevde at de ble styrket og gjenvant selvfølelse og verdighet gjennom å bli invitert til å delta i et likeverdig partnerskap, basert på en tillitsfull relasjon med kompetente helsepersonell. Brukermedvirkning ble beskrevet som anerkjennelse. Dermed kan anerkjennelse være helsepersonellens evne til individuell tilpassing og skreddersydd støtte for egenmestring og livsstilsintervensjoner etter tjenestebrukernes behov og hverdag. Deltakelse i veiledede grupper og følelsesmessig støtte fra jevnaldrende økte motivasjon og tro på seg selv. Flere av deltakerne uttrykte behov for langvarig støtte, og tilgjengelighet og langvarig støtte var avgjørende for å opprettholde livsstilsendringer.

REFERANSER

- Abildsnes, E., Meland, E., Samdal, G. B., Stea, T. H., & Mildestvedt, T. (2016). Stakeholders' expectations of Healthy Life Centers: A focus group study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(7), 709-717. [Stakeholders' expectations of Healthy Life Centers: A focus group study - PubMed](#)
- Anderberg, G. O. (2014). *Ett år etter frisklivsresept : en kvalitativ studie om deltakerens opplevelse av endring* (Masteroppgave). Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/217514>
- Andersen, S. L. (2014). *Deltakeres opplevelser og erfaringer i tilknytning til røykesluttkurs i regi av frisklivssentraler* (Masteroppgave). Elverum: Høgskolen i Hedmark. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/216682>
- Auglend, L. J. (2016). *Frisklivssentralen i Modums ordning Aktiv UNG* (Masteroppgave). Sandnes: Høgskolen i Telemark. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2438708>
- Beck, A. M., Stenbæk Hansen, B., Stage Hansen, G., Holst, M., Hejgaard, T., & Sode, V. (2015). *Notat til anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til pasienter med kroniske sykdomme i forhold til en ernæringsinnsats*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Berge, Å.-M. A. (2021). *Langtidsendring i kardiorespiratorisk fitness og fedme hos deltakere på Frisklivssentraler* (Masteroppgave). Sogndal: Høgskulen på Vestlandet. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/2826472>
- Bergsvik, D., & Lund, K. E. (2022). *Røykeslutt ved frisklivssentraler i Vestre Viken: resultatrapport*. Oslo: Folkehelseinstituttet, Avdeling for rusmidler og tobakk. Hentet fra <https://www.fhi.no/contentassets/67c11dd2d07d41929f10136f9f00146b/roykeslutt-ved-frisklivssentraler---resultatrapport-sporreundersokelser.pdf>
- Bjurholt, K. F. (2014). *Evaluering av norske frisklivssentraler - En prospektiv intervensjonsstudie* (Masteroppgave). Trondheim: NTNU. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/297198>
- Bjørndal, H. (2020). *En nasjonal tværnittundersøkelse om ansattes perspektiv på brukermedvirkning i Frisklivssentralen* (Masteroppgave). Trondheim: NTNU. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/2782767>
- Blom, E. E., Oldervoll, L., Aadland, E., Solbraa, A. K., & Skrove, G. K. (2020a). Impact and implementation of Healthy Life Centres, a primary-care service intervention for behaviour change in Norway: Study design. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(6), 594-601. <https://doi.org/10.1177/1403494819856832>
- Blom, E. E., Aadland, E., Skrove, G. K., Solbraa, A. K., & Oldervoll, L. M. (2019). Health-related quality of life and intensity-specific physical activity in high-risk adults attending a behavior change service within primary care. *PloS One*, 14(12), e0226613. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226613>
- Blom, E. E., Aadland, E., Skrove, G. K., Solbraa, A. K., & Oldervoll, L. M. (2020b). Health-related quality of life and physical activity level after a behavior change program at Norwegian healthy life centers: a 15-month follow-up. *Quality of Life Research*, 29(11), 3031-3041. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02554-x>
- Blom, E. E., Aadland, E., Solbraa, A. K., & Oldervoll, L. M. (2020c). Healthy Life Centres: A 3-month behaviour change programme's impact on participants' physical activity levels, aerobic fitness and obesity: An observational study. *BMJ Open*, 10(9), e035888. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035888>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Bolstad, A. K. H. (2015). *Gjennomføring og vedlikehold av livsstilsendring – kva skal til? Ein kvalitativ studie av tidlegare frisklivsdeltakarar sine erfaringar med å gjere og vedlikehalde livsstilsendingar* (Masteroppgave). Trondheim: NTNU. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/297372>

- Bostad, A. M. N. (2021). *Gruppebasert livsstilsendringsprogram: En kvalitativ studie basert på fortellinger fra deltakere ved en frisklivsentral*. Oslo: Norges idrettshøgskole. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/2766330>
- Bratland-Sanda, S., Lislevatn, F., & Lerdal, A. (2014). Frisklivsresept : en tverrsnittsundersøkelse fra frisklivsentralen i Modum kommune. *Fysioterapeuten*, 81(3), 18-24.
- Breili, P. (2023). *Effekter av tolv ukers deltakelse på frisklivscentralens oppfølgingstilbud på visceralt fett, blodlipider, blodglukose og arteriell stivhet* (Masteroppgave). Lillehammer: Høgskolen i Innlandet. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/3074445>
- Bringedal, B., & Aasland, O. G. (2006). Legers bruk og vurdering av grønn resept. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 126(8), 1036-1038.
- Bruåsdal, L. T. (2017). *Jeg er hele meg» En kvalitativ studie om opplevelsen av å leve med overvekt med særlig fokus på skamaspektet* (Masteroppgave). Stavanger: Universitetet i Stavanger. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2471768>
- Brækhus, L. A. (2024). Livsstilstakst ble endret i 2022 – slik har bruken utviklet seg. *Dagens Medisin (nettutgaven)*, 21. februar.
- Bull, S., Eakin, E., Reeves, M., & Kimberly, R. (2006). Multi-level support for physical activity and healthy eating. *Journal of Advanced Nursing*, 54(5), 585-593. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03861.x>
- Bullenkamp, L. L. (2023). *The impact of Healthy Life Centres on primary healthcare use in Norway* (Masteroppgave). Oslo: University of Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/103570>
- Baardsen, B. Ø. (2024). *Erfaringer med endring av helseatferd etter frisklivskurs. En kvalitativ studie* (Masteroppgave). Kristiansand: Universitetet i Agder. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/3136920>
- Båtevik, F. O., Bergem, R., Tønnesen, A., Aarflot, U., & Barstad, J. (2008). *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald* (Arbeidsrapport nr. 225). Volda: Møreforskning. Hentet fra <https://www.moreforsk.no/publikasjoner/rapporter/samfunn/ein-resept-a-ga-for-evaluering-av-modellar-for-fysisk-aktivitet-roykeslutt-og-sunt-kosthald/1075/170/>
- Dahl, A.-M. (2013). *"Bra mat for bedre helse" kurs: en undersøkelse av deltakeres erfaringer* (Masteroppgave). Elverum: Høgskolen i Hedmark. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/132266>
- Dalene, K. E., Nystad, W., & Ekelund, U. (11. desember 2019). *Helseeffekter av fysisk aktivitet*. [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet 28. mai 2025, fra <https://www.fhi.no/le/aktivitet/helseeffekter-av-fysisk-aktivitet/>
- Danielsen, K. K., Osmundsen, E. F., & Sveaas, S. H. (2024). Erfaringer med digitalisering av kurs ved frisklivsentralen – En intervjustudie. *Fysioterapeuten*, 91(1), 32-37.
- Den Norske Legeforening. (2025). *Normaltariffen*. [nettressurs]. Oslo: Den Norske Legeforening. Hentet 30. mai 2025, fra <https://normaltariffen.no/>
- Denison, E., Vist, G. E., Underdal, V., & Berg, R. C. (2012). *Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne* (Rapport fra kunnskapscenteret nr 12-2012). Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2012/effekter-avorganisert-oppfolging-pa-atferd-som-oket-risiko-for-sykdom-hos-/>
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328(7455), 1519. <https://doi.org/10.1136/bmj.38142.554479.AE>
- Dybdahl, C. (2014). *Selvrapportert funksjonsevne hos deltakere på fysisk aktivitet på resept : en studie med spesiell referanse til Oppland fylke i perioden 2006 til 2009* (Masteroppgave). Ås: Norwegian University of Life Sciences. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/217516>
- Eines, T. F. (2019). *Mestring av livsstilsendring gjennom deltagelse i frisklivsatsingen i Smøla kommune?* (Arbeidsnotat / Working paper 2019:5). Molde: Høgskolen i Molde. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2603109>
- Ekornerud, T., & Thonstad, M. (2016). *Frisklivsentraler i kommunane: kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod* (Rapportar 2016/07). Oslo: SSB. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/256787?ts=15308376750>

- Ekornrud, T., Thonstad, M., & Stølan, S. B. C. (28. januar 2025). *6 av 10 kommuner har frisklivssentral*. [nettdokument]. Oslo: SSB. Hentet 28. mai 2025, fra <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta/artikler/6-av-10-kommunar-har-frisklivssentral>
- Eliassen, M. (2014). *Frisklivssentralen som utgangspunkt for varige livsstilsendringer - en kvalitativ studie* (Masteroppgave). Tromsø: UiT Norges arktiske universitet. Hentet fra <https://hdl.handle.net/10037/6568>
- Folkehelseinstituttet. (20. desember 2021). *Folkehelse rapporten: helsetilstanden i Norge*. [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet 11. januar 2022, fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Folkehelseinstituttet. (11. juni 2021). *Fylkesvise resultater om sykdomsbyrde*. [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet 11. januar 2022, fra <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/fylkesvise-resultater-om-sykdomsbyrde/>
- Folkehelseinstituttet. (05. desember 2024). *Hovudpunkt. I: Indikatorer for ikke-smittsomme sykdommer knyttet til den nasjonale og globale NCD-strategien*. [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet 28. mai 2025, fra <https://www.fhi.no/is/ncd/sammendrag/langt/?term=>
- Følling, I. S. (2017). *Participants in Healthy Life Centre's presumptions for lifestyle change: Preventing overweight, obesity and type 2 diabetes in the Norwegian Primary Health Care* (Doktorgrad). (Doctoral theses at NTNU, 2017:143). Trondheim: NTNU. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2444065>
- Følling, I. S., Klöckner, C., Devle, M. T., & Kulseng, B. (2022). Preventing type 2 diabetes, overweight and obesity in the Norwegian primary healthcare: A longitudinal design with 60 months follow-up results and a cross-sectional design with comparison of dropouts versus completers. *BMJ Open*, 12(3), e054841. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054841>
- Følling, I. S., Solbjør, M., & Helvik, A. S. (2015). Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Family Practice*, 16, 73. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0292-z>
- Fønhus, M. S., & Dalsbø, T. K. (2022). *Effekt av organiserte oppfølgingstiltak tilsvarende frisklivstiltak: kunnskapsoppsummering med kritisk vurdering* (NK LMH 4/2022). Oslo: Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Hentet fra <https://mestrings.no/wp-content/uploads/2022/12/2022-Effekt-av-organiserte-oppfolgingstiltak.pdf>
- Gryte, O. H., Meland, E., Samdal, G. B., Fadnes, L. T., Vold, J. H., & Mildestvedt, T. (2024). Physical activity and sedentary time after lifestyle interventions at the Norwegian Healthy Life Centres. *Primary Health Care Research & Development*, 25, e4. <https://doi.org/10.1017/s1463423623000658>
- Grønning, K., Nøst, T. H., Rannestad, T., & Bratås, O. (2018). Participants and developers experiences with a chronic pain self-management intervention under development: A qualitative study. *SAGE Open Medicine*, 6. <https://doi.org/10.1177/2050312118817427>
- Haglo, H., Wang, E., Berg, O. K., Hoff, J., & Helgerud, J. (2021). Smartphone-Assisted High-Intensity Interval Training in Inflammatory Rheumatic Disease Patients: Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(10), e28124. <https://doi.org/10.2196/28124>
- Hauge, H. C. U. (2014). *Faktorer som bidrar til fortsatt fysisk aktivitet etter deltagelse i Frisklivssentral : en kvalitativ studie* (Masteroppgave). (MPH 2014:10). København og Gøteborg: Nordiska ministerrådet og Nordic School of Public Health NHV. Hentet fra <https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:756949/FULLTEXT01.pdf>
- Haugen, M. B. (2020). *Å leve med kronisk sykdom : en kvalitativ studie om erfaringer med livsstyrketrening i Asker kommune* (Masteroppgave). Ås: Norwegian University of Life Sciences. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/2721174>
- Haugland, E. S. (2018). *Frisklivssentralers effekt på fysisk aktivitet og sosial omgang* (Masteroppgave). Sogndal: Høgskulen på Vestlandet. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2563773>
- Heggøy, K. (2016). *Helsefremming hos overvektige deltakere ved Frisklivssentral : en kvalitativ studie* (Masteroppgave). Bergen: Høgskolen i Sørøst-Norge. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2388732>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Hentet fra

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Helsedirektoratet - tildeling av bevilgning*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. Oslo: HOD. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Sammen om aktive liv: handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029*. Oslo: HOD. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-aktive-liv/id2704955/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Folkehelsemeldinga: nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* (Meld. St. 15 (2022 – 2023)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Tid for handling: personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* (NOU 2023: 4). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024a). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: vår felles helsetjeneste (Korrigert utgave per 03.04.2024)* (Meld. St. 9 (2023 – 2024)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024b). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2024* (TB2024-45). Oslo: HOD. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/tildelingsbrev-til-helsedirektoratet-for-2024.pdf>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2024). *Merknader til de enkelte kapitler og poster. I: Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2025, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)* (Innst. 11 S (2024–2025)). Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2024-2025/inns-202425-011s/?m=2&c=null>
- Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, & Helsedirektoratet. (2021). *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 (RHF-ene) og Helsedirektoratet. Hentet 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>
- Helsedepartementet. (2002). *Resept for et sunnere Norge: folkehelsepolitikken* (St.meld. nr. 16 (2002–2003)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003/id196640/>
- Helsedirektoratet. (30. januar 2018). *De seks dimensjonene for kvalitet i tjenestene er sentrale sjekkpunkter i forbedringsarbeidet. I: Oppfølging av personer med store og sammensatte behov: nasjonal veileder*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 30. mai 2025, fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet>
- Helsedirektoratet. (19. november 2020). *Avstandsoppfølging og bruk av digitale verktøy i kommunale frisklivssentraler* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 6. desember 2024, fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/avstandsoppfolging-og-bruk-av-digitale-verktoy-i-kommunale-frisklivssentraler>

- Helsedirektoratet. (14. desember 2021). *Fordeler ved å slutte å røyke* [nettdokument]. Oslo: helsenorge.no. Hentet 08. februar 2022, fra <https://www.helsenorge.no/snus-og-roykeslutt/fordeler-ved-a-slutte-a-royke/>
- Helsedirektoratet. (28. februar 2022). *Hvorfor frisklivssentraler. I: Kommunale frisklivssentraler – Etablering, organisering og tilbud: nasjonal veileder*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 30. mai 2025, fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/hvorfor-frisklivssentraler>
- Helsedirektoratet. (28. februar 2022). *Kommunale frisklivssentraler – Etablering, organisering og tilbud: nasjonal veileder*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 27. mai 2025, fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud>
- Helsedirektoratet. (2022c). *Leveranse på oppdrag TB2022-31, del 2*. (upublisert). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2022d). *Leveranse på oppdrag TB2022-31, del 3*. (upublisert). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (28. februar 2022). *Strukturert, tidsavgrenset og tilpasset tilbud. I: Kommunale frisklivssentraler – Etablering, organisering og tilbud: nasjonal veileder*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 30. mai 2025, fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/tilbudet-ved-frisklivssentralen/strukturert-tidsavgrenset-og-tilpasset-tilbud>
- Helsedirektoratet. (2023). *Lovgrunnlaget og plikten til lærings- og mestringsvirksomhet i helse- og omsorgstjenestene og samhandling om dette mellom tjenestenivåene. Delrapport - oppdrag læring og mestring TB2022-31/TB2023-40 til helse- og omsorgsdeparterementet*. (upublisert). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2024a). *Kartlegging av hvilke teknologiske løsninger og digitale verktøy utviklingsentralene har tatt i bruk og hva som er deres erfaringer med disse*. (upublisert). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (20. desember 2024). *Kommunale frisklivssentraler 2022–2023*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 27. mai 2025, fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-frisklivssentraler-2022-2023>
- Helsedirektoratet. (2024c). *Oppdrag TB2024-46: Bedre tilgang til informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringsstilbud*. (upublisert). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (20. desember 2024). *Tilbud i kommuner med frisklivssentral. I: Kommunale frisklivssentraler 2022–2023*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 30. mai 2025, fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-frisklivssentraler-2022-2023/tilbud-i-kommuner-med-frisklivssentral>
- Helsedirektoratet. (06. november 2024). *Utviklingsentralenes arbeid i 2023*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 30. mai 2025, fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingsentralenes-arbeid-i-2023>
- Helsedirektoratet. (17. februar 2025). *Etablering og utvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringsstilbud*. [nettressurs]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 30. mai 2025, fra <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-utvikling-av-kommunale-frisklivs-laerings-og-mestringstilbud>
- Helsedirektoratet. (2025). *Kalkulator for å beregne helseeffekter av fysisk aktivitet*. [nettressurs]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 30. mai 2025, fra <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/fysisk-aktivitet/kalkulator-helseeffekter-av-fysisk-aktivitet>
- Hjetland, T. C. (2023). *Erfaringer fra søvnkurs - en kvalitativ studie av deltakererfaringer etter gjennomgått søvnkurs* (Masteroppgave). Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/3079898>
- Holme, I., Retterstøl, K., Norum, K. R., & Hjermann, I. (2016). Lifelong benefits on myocardial infarction mortality: 40-year follow-up of the randomized Oslo diet and antismoking study. *Journal of Internal Medicine*, 280(2), 221-227. <https://doi.org/10.1111/joim.12485>

- Hotvedt, I. M. (2022). *Frisklivssentralens suksessfaktorer. Hvilke faktorer trekker deltakere frem som viktige i gjennomføringen av en livsstilsintervensjon ved frisklivssentralen?* (Masteroppgave). Kongsberg: Universitetet i Sørøst-Norge. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/3011416>
- Hrozanova, M., Skarpsno, E. S., Follestad, T., Kallestad, H., Pallesen, S., Nordstoga, A. L., . . . Meisingset, I. (2025). Effectiveness of group-delivered cognitive behavioural therapy for insomnia in primary care: a pragmatic, multicentre randomised controlled trial. *Sleep Medicine*, 131, 106495. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2025.106495>
- Hurrød, L. (2016). *Erfaring med fysisk aktivitet over ett år etter endt frisklivsperiode* (Masteroppgave). Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2380935>
- Indrøy, T. C., Kvam, L., & Witsø, A. E. (2023). Ambiguous Facilitation: An Ethnographic Study of the Contextual Aspects of Participation in Group Activities in a Norwegian Healthy Life Centre. *Societies*, 13(2), 18. <https://doi.org/10.3390/soc13020032>
- Ingul, C. B., Hollekim-Strand, S. M., Sandbakk, M. M., Grønseth, T. I., Rånes, T. I. K., Dyrendahl, L. T., . . . Løfaldli, B. B. (2025). Empowerment in Type 2 diabetes: A patient-centred approach for lifestyle change. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 220, 111998. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2025.111998>
- Ivarsson, B. H. (2014). *Sjukdomsförebyggande metoder: samtal om levnadsvanor i vården*. Stockholm: Natur Kultur Akademisk.
- Knapstad, M., Hjetland, G. J., Finserås, T. R., & Smith, O. R. F. (2025). *Evaluering av veiledet internettbehandling ved Rask psykisk helsehjelp: En randomisert kontrollert studie*. Bergen: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2025/evaluering-av-veiledet-internettbehandling-ved-rask-psykisk-helsehjelp-en-randomisert-kontrollert-studie/>
- Knowler, W. C., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Christophi, C. A., Hoffman, H. J., Brenneman, A. T., . . . Nathan, D. M. (2009). 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet*, 374(9702), 1677-1686. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)61457-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)61457-4)
- Kolltveit, E., Bonsaksen, T., & Berge, G. (2021). *Kva fremjar og kva hemmar deltaking i fysiske treningsgrupper ved ein kommunal frisklivssentral?* Sandnes: VID Vitenskapelige høgskule. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/2766003>
- Kristensen, A. (2020). *Opplevelse av atferdsendringer relatert til fysisk aktivitet: En kvalitativ studie på deltagere ved en frisklivssentral* (Masteroppgave). Stavanger: University of Stavanger. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/2676360>
- Lauvang, M. (2014). *Frisklivsresept som virkemiddel for atferdsendring* (Masteroppgave). Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/217518>
- Lindström, J., Ilanne-Parikka, P., Peltonen, M., Aunola, S., Eriksson, J. G., Hemiö, K., . . . Tuomilehto, J. (2006). Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet*, 368(9548), 1673-1679. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(06\)69701-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(06)69701-8)
- Lindström, J., Louheranta, A., Mannelin, M., Rastas, M., Salminen, V., Eriksson, J., . . . Tuomilehto, J. (2003). The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care*, 26(12), 3230-3236. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.12.3230>
- Lorentzen, H. C. (2023). *Effekten av Frisklivsresepten på kroppens maksimale oksygenopptak og andre helsevariabler - En evaluering av Frisklivssentralens fysiske aktivitetstilbud* (Masteroppgave). Lillehammer: Høgskolen i Innlandet. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/3074446>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. (2011). LOV-2011-06-24-30. Sist endret i LOV-2024-05-03-20 fra 01.01.2025, LOV-2024-06-25-53 fra 01.07.2024. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Luten, K. A., Dijkstra, A., Reijneveld, S. A., & de Winter, A. F. (2016). Moderators of physical activity and healthy eating in an integrated community-based intervention for older adults. *European Journal of Public Health*, 26(4), 645-650. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw051>

- Løken, O. U., & Hauken, M. A. (2022). A Qualitative Study of Cancer Survivors' Experienced Outcomes of a Multidimensional Rehabilitation Program in Primary Healthcare. *Cancer Nursing*, 45(3), E646-E654. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000989>
- Mathisen, T. F., Pettersen, G., Rosenvinge, J. H., Schmidt, U., & Sundgot-Borgen, J. (2023). Effectiveness and acceptability of the physical exercise and dietary therapy in a healthy life center. *International Journal of Eating Disorders*, 56(10), 1931-1940. <https://doi.org/10.1002/eat.24020>
- Mathisen, T. F., Pettersen, G., Rosenvinge, J. H., Schmidt, U. H., & Sundgot-Borgen, J. (2024). Expectations of a new eating disorder treatment and its delivery: Perspectives of patients and new therapists. *International Journal of Eating Disorders*, 57(3), 695-702. <https://doi.org/10.1002/eat.24165>
- Mikkelsen, C., Adde, H., & Somdal, B. M. (2010). Helsekilden - en lavterskelmodell for livsstilsendring. *Fysioterapeuten*, (8), 20-26.
- Moum, G. K. (2022). *Deltakernes motivasjon for livsstilsendring på frisklivssentralen* (Masteroppgave). Elverum: Inland Norway University. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/3019306>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- NCD Alliance. (2017). *Risk Factors & Prevention*. [nettdokument]. Geneva: NCD Alliance. Hentet 09. april 2025, fra <https://ncdalliance.org/why-ncds/risk-factors-prevention>
- Nes, R. B., Røysamb, E., Eilertsen, M. G., Hansen, T., & Nilsen, T. S. (17. desember 2021). *Livskvalitet i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet 07. april 2025, fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=>
- NICE. (2014). *Physical activity: exercise referral schemes* (NICE Public Health Guidance 54). London: National Institute for Health and Care Excellence. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ph54>
- Noetel, M., Sanders, T., Gallardo-Gómez, D., Taylor, P., Del Pozo Cruz, B., van den Hoek, D., . . . Lonsdale, C. (2024). Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 384, e075847. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075847>
- Nossen, J. P. (2019). *Kjønnforskjellen i sykefravær: Hvor mye er det mulig å forklare med registerdata?* (Arbeid og velferd nr. 4-2019). Oslo: NAV. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd>
- Novo Nordisk. (2021). *Diabetes type 2 i Norge. En analyse av forekomst, sykdomsbyrde, behandling og samfunnsvirkninger*. Oslo: Oslo Economics. Hentet fra <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2021/06/Diabetes-i-Norge-En-analyse-av-forekomst-sykdomsbyrde-behandling-og-samfunnsvirkninger.pdf>
- Nuss, K., Moore, K., Nelson, T., & Li, K. (2021). Effects of Motivational Interviewing and Wearable Fitness Trackers on Motivation and Physical Activity: A Systematic Review. *American journal of health promotion : AJHP*, 35(2), 226-235. <https://doi.org/10.1177/0890117120939030>
- Nøst, T. H. (2019). *Chronic pain self-management: Expectations towards and effect of chronic pain self-management intervention at a Healthy Life Centre in public primary care* (Doktorgrad). (Doctoral theses at NTNU, 2019:6). Trondheim: NTNU. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2621977>
- Nøst, T. H., Steinsbekk, A., Bratås, O., & Grønning, K. (2018a). Short-term effect of a chronic pain self-management intervention delivered by an easily accessible primary healthcare service: a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 8(12), e023017. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023017>
- Nøst, T. H., Steinsbekk, A., Bratås, O., & Grønning, K. (2018b). Twelve-month effect of chronic pain self-management intervention delivered in an easily accessible primary healthcare service - a randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1012. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3843-x>
- Ommundsen, Y., & Aadland, A. (2009). *Fysisk inaktive voksne i Norge: hvem er inaktive – og hva motiverer til økt fysisk aktivitet* (IS-1740). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 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>

- Peters, R., Ee, N., Peters, J., Beckett, N., Booth, A., Rockwood, K., & Anstey, K. J. (2019). Common risk factors for major noncommunicable disease, a systematic overview of reviews and commentary: the implied potential for targeted risk reduction. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, *10*, 2040622319880392. <https://doi.org/10.1177/2040622319880392>
- Pleym, K., Dammen, T., Wedon-Fekjaer, H., Husebye, E., Sverre, E., Tonstad, S., & Munkhaugen, J. (2024). A multi-component intervention increased access to smoking cessation treatment after hospitalization for atherosclerotic cardiovascular disease: a randomized trial. *European heart journal open*, *4*(2), oea028. <https://doi.org/10.1093/ehjopen/oeae028>
- Pleym, K., Sverre, E., Weedon-Fekjaer, H., Kahlon, M., Husebye, E., Tonstad, S., . . . Munkhaugen, J. (2022). Effect of in-hospital nurse-led smoking cessation intervention for patients with atherosclerotic cardiovascular disease: A randomised pilot study. *European Respiratory Journal*, *60*(Suppl 66), 2329. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac544.2329>
- Prince, S. A., Lancione, S., Lang, J. J., Amankwah, N., de Groh, M., Jaramillo Garcia, A., . . . Geneau, R. (2022). Examining the state, quality and strength of the evidence in the research on built environments and physical activity among children and youth: An overview of reviews from high income countries. *Health & place*, *76*, 102828. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102828>
- Retriever. (2022). *Frisklivssentralene i mediene 1.1.2019-31.12.2021*. (upublisert analyse av mediedekning av frisklivssentraler utført på oppdrag fra Helsedirektoratet)
- Rønnevik, D.-H., Pettersen, B., & Grimsmo, A. (2020). *Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid - som utøver og lyttepost*. Haugesund/Trondheim: NTNU. Hentet fra <https://www.ks.no/globalassets/Allmennlegenes-rolle-i-helsefremming-og-forebygging-endelig-nett.pdf>
- Rønningen, E. A. (2023). *En kvalitativ studie om frisklivssentralens deltakere og deres syn på veiledning ved vektreduksjon* (Masteroppgave). Oslo: OsloMet. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/3100502>
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Gronning, K., & Bratas, O. (2018). Individual user involvement at Healthy Life Centres: A qualitative study exploring the perspective of health professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *13*(1), 1492291. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1492291>
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Gronning, K., Westerlund, H., & Bratas, O. (2019). Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway. *Health Expectations*, *22*(2), 226-234. <https://doi.org/10.1111/hex.12846>
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Westerlund, H., Gronning, K., & Bratas, O. (2023). Involvement of service user representatives on a healthcare organizational level at Norwegian Healthy Life Centres: A qualitative study exploring health professionals' experiences. *PloS One*, *18*(8), e0289544. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289544>
- Salemons, E. (2020). *A deeper understanding of service users' needs, self-management support and user involvement in Healthy Life Centres: A qualitative study on lifestyle change in persons with overweight or obesity* (Doktorgrad). Stavanger: University of Stavanger. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/2656614>
- Salemons, E., Forland, G., Hansen, B. S., & Holm, A. L. (2020). Beneficial self-management support and user involvement in Healthy Life Centres-A qualitative interview study in persons afflicted by overweight or obesity. *Health Expectations*, *23*(5), 1376-1386. <https://doi.org/10.1111/hex.13129>
- Salemons, E., Hansen, B. S., Førland, G., & Holm, A. L. (2018). Healthy Life Centre participants' perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for a perceived "wrong" lifestyle - A qualitative interview study. *BMC Obesity*, *5*, 42. <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0218-0>
- Samdal, G. B. (2019). *Behaviour change interventions in primary health care* (doktorgrad). Bergen: The University of Bergen. Hentet fra <https://hdl.handle.net/1956/24092>
- Samdal, G. B., Bezuijen, P., Mongstad, O. N., Eide, G. E., Abildsnes, E., Mildestvedt, T., & Meland, E. (2021). How are body mass and body attitude impacted by a behaviour change intervention in primary care? A pragmatic randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Public Health*, *49*(4), 393-401. <https://doi.org/10.1177/1403494820939027>

- Samdal, G. B., Furset, O. J., Nysaether, M. B., Abildsnes, E., Mildestvedt, T., & Meland, E. (2022). Healthy and unhealthy eating after a behaviour change intervention in primary care. *Primary Health Care Research & Development*, 23, e23. <https://doi.org/10.1017/s1463423622000147>
- Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G. E., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T. H., & Mildestvedt, T. (2018). Participants at Norwegian Healthy Life Centres: Who are they, why do they attend and how are they motivated? A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(7), 774-781. <https://doi.org/10.1177/1403494818756081>
- Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G. E., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T. H., & Mildestvedt, T. (2019). The Norwegian Healthy Life Centre Study: A pragmatic RCT of physical activity in primary care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 18-27. <https://doi.org/10.1177/1403494818785260>
- Sandvoll, A. M., Sørnum, M., & Blom, E. E. (2021). Fastlegers erfaringer med frisklivssentral som tiltak for livsstilsendring – en kvalitativ studie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(4), 76-88. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-04-06>
- SBU. (2003). *Metoder för rökavvänjning: sammanfattning och slutsatser*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hentet fra https://www.sbu.se/contentassets/17b2876d91ef446097835d827cbefca8/rokrappporten_slutsats_er.pdf
- Selø, B. (2013). *Deltakeres opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en frisklivssentral* (Masteroppgave). Elverum: Høgskolen i Hedmark. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/132258>
- Sevild, C. H. (2021). *The complexity of lifestyle change, motivation, and health among participants in a Healthy Life Centre* (Doktorgrad). Stavanger: University of Stavanger. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/2757479>
- Sevild, C. H., Dyrstad, S. M., & Bru, L. E. (2020a). Psychological distress and physical-activity levels among people consulting a healthy life centre for lifestyle change. *Physical Activity and Health*, 4(1), 76-85. <https://doi.org/10.5334/paah.84>
- Sevild, C. H., Niemiec, C. P., Bru, L. E., Dyrstad, S. M., & Husebo, A. M. L. (2020b). Initiation and maintenance of lifestyle changes among participants in a healthy life centre: a qualitative study. *BMC Public Health*, 20(1), 1006. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09111-8>
- Sevild, C. H., Niemiec, C. P., Dyrstad, S. M., & Bru, L. E. (2022). Motivation and Lifestyle-Related Changes among Participants in a Healthy Life Centre: A 12-Month Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5167. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095167>
- Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., . . . Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 57(18), 1203-1209. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106195>
- Sivertsen, B. (20. januar 2023). *Søvnvansker i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet 07. april 2025, fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/psykisk-helse/sovnvansker-folkehelse rapporten/?term=>
- Sivertsen, B., Lallukka, T., Salo, P., Pallesen, S., Hysing, M., Krokstad, S., & Simon, Ø. (2014). Insomnia as a risk factor for ill health: results from the large population-based prospective HUNT Study in Norway. *Journal of Sleep Research*, 23(2), 124-132. <https://doi.org/10.1111/jsr.12102>
- Skrove, G. K., Oterhals, G., & Bachmann, K. (2013). *Gir deltagelse i frisklivssentralen i Molde et friskere liv? : deltagernes opplevelse av tilbudet, endring i fysiske parametere og helseatferd etter 3 måneder* (Rapport 1308). Molde: Møreforskning Molde.
- Skyrud, K. D., Qureshi, S., & Gjefsen, H. M. (2024). *Menns bruk av primærhelsetjenesten*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2024/menns-bruk-av-primarhelsetjenesten/>
- Solås, K. (2021). *Glede over bedre helse i kvardagen* (Masteroppgave). Bergen: Høgskulen på Vestlandet. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/2879082>
- SSB. (2023). *KOSTRA-skjema 1: personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: SSB.

- Stea, T. H., Vettore, M. V., Øvrebø, B., & Abildsnes, E. (2023). Changes in dietary habits and BMI z-score after a 6-month non-randomized cluster-controlled trial among 6–12 years old overweight and obese Norwegian children. *Food and Nutrition Research*, 67. <https://doi.org/10.29219/fnr.v67.9617>
- Stead, L. F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(5), CD000165. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4>
- Strand, G. F. (2016). *Det er lettere når vi er sammen» : En kvalitativ undersøkelse av deltakernes opplevelser av tiden etter et gruppebasert livsstilskurs ved en kommunal frisklivssentral* (Masteroppgave). Gjøvik: NTNU. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2411654>
- Svor, P. A. (2018). *Er Frisklivssentralene i Oslo kostnadseffektive?* (Masteroppgave). Oslo: Universitetet i Oslo. Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-67260>
- Sæle, E. (2016). *Læring, praksisfellesskap og frisklivstrening - En kvalitativ studie av gruppetreninger ved en frisklivssentral* (Masteroppgave). Bø: Høgskolen i Telemark. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2438803>
- Thonstad, M., Ekorud, T., & Stølan, S. B. C. (2020). *Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019: analyse av tilbud for livsstilsendringer og mestring av sykdom* (Rapporter 2020 / 54). Oslo: SSB. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentraler-og-tilsvarende-helsefremmende-tilbud-i-norske-kommuner-2019>
- Victora, C. G., Habicht, J. P., & Bryce, J. (2004). Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health*, 94(3), 400-405. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.3.400>
- Våge, E. T. (2018). *Effekt av livsstilsintervensjon ved norske frisklivssentraler på fysisk aktivitet og motivasjon* (Masteroppgave). Sogndal: Høgskulen på Vestlandet. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2563771>
- WHO. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
- Yildirim, G., Ince, M. L., & Muftuler, M. (2012). Physical activity and perceptions of neighborhood walkability among Turkish women in low and high socio-economic environments: an exploratory study. *Perceptual and Motor Skills*, 115(2), 661-675. <https://doi.org/10.2466/06.15.Pms.115.5.661-675>
- Ystgaard, A. I. (2013). *Endring i levevaner: en kvantitativ studie om effekten av tiltak i frisklivssentralen i Gjøvik* (Masteroppgave). Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/143678>
- Øverland, S., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V., & Tollånes, M. C. (2018). *Sykdomsbyrden i Norge i 2016: Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016)*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016/>
- Aalandslid, V. (21. juni 2024). *Økende antall eldre, men fortsatt blant de yngste i Europa*. [nettdokument]. Oslo: SSB. Hentet 28. mai 2025, fra <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/okende-antall-eldre-men-fortsatt-blant-de-yngste-i-europa>
- Aasheim, M. (2019). *Motivasjon for livsstilsendring etter opphold i frisklivssentral* (Masteroppgave). Trondheim: NTNU. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2619045>