

Helsekompetanse - på vei inn i fremtidas helse og omsorgstjeneste



1.6.2026



Innhold

Helsekompetanse	1
1.0 Bakgrunnsdata som ligger til grunn for rapport:	2
1.1 Helsekompetansenivå- hva er status i Lurøy i dag	2
Hovedfunn (kort):	3
Konsekvenser:	3
Implikasjoner:	4
1.2 Folkehelseutfordringer i Lurøy - hvilke utfordringer er fremtredende	4
1.3 Overordnet mål	5
Delmål	6
2.0 Barrierer og mulige tiltak	6
2.1 Forventningsgapet	6
2.2 Egenmestring og forebygging	7
2.3 Tilgang til informasjon	9
2.4 Digital helsekompetanse	9
2.5 Strategier for bruker involvering	10
2.6 Samhandling med helsepersonell	10
Systematisk kartlegging og forebygging i hjemmet	10
Tidlig varslings gjennom eksisterende tjenester.....	11
Systematisk bruk av digital hjemmeoppfølging og digitalt tilsyn.....	11
3.0 Prioriterte Satsningsområder fra arbeidsgruppen.....	11
3.1. Informasjon fra kommune til innbygger	11
3.2. Forebyggende hjemmebesøk	12
3.3. Etablere frisklivssentral	12
4.0 Vedlegg/kilder :	15

Helsekompetanse

Særskilt for denne gruppen:

Bakgrunn: Mange innbyggere har utfordringer med å forstå og bruke helseinformasjon, noe som påvirker helseutfall og tjenestebruk.

Formål: Gruppen skal kartlegge helsekompetansenivået, identifisere barrierer og utvikle tiltak som styrker innbyggernes evne til å ta gode helsevalg og navigere i systemet. Særlig med fokus på sårbare grupper: Eldre, personer med lav digital kompetanse og personer med kognitive utfordringer.

Med utgangspunkt i folkehelseutfordringer i befolkningen i Lurøy:

- **Tanker om hvordan vi kan møte forventningsgapet mellom innbyggernes forventning og tjenestetilbud, med fokus på hvordan innbyggerne selv kan bidra til velferdsskapningen**
- **Egenmestring og forebygging: Hvordan innbyggere kan ta vare på egen helse.**
- **Tilgang til informasjon: Hvordan helseinformasjon formidles og forstås.**
- **Digital helsekompetanse: Bruk av digitale verktøy som helsenorge.no, velferdsteknologi og apper.**
- **Strategier for brukerinvolvering**
- **(Skaffe oversikt over folkehelseutfordringer i befolkningen)**
- **Samhandling med helsepersonell: Hvordan innbyggere kommuniserer med og forstår råd fra helsepersonell.**

Arbeidsgruppa har bestått av Hanne Teigen, ledende helsesykepleier

Malin H Nordås, leder enhet barn og familie (leder av arbeidsgruppa)

Anwar Hussain, kommunal fysioterapeut

Mona Alvestad, kommuneoverlege

Inge Jarl Wilhelmsen, medlem Lurøy eldreråd

1.0 Bakgrunnsdata som ligger til grunn for rapport:

1.1 Helsekompetansenivå- hva er status i Lurøy i dag

Definisjon fra helsedirektoratet: Helsekompetanse ble i 2019 for første gang etablert som det norske begrepet for «Health literacy», med den norske definisjonen:

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

Vi skiller mellom individuell og systemrettet helsekompetanse:

- **Individuell helsekompetanse** er individets evne til å finne, forstå og bruke helseinformasjon; for eksempel til å fylle ut helseskjemaer, finne, forstå og bruke relevant helseinformasjon, eller forstå og bruke helsevesenet.
- **Systemrettet helsekompetanse** er systembaserte elementer som påvirker individers helsekompetanse indirekte. Eksempler kan være hvordan folkehelsearbeidet og helsetjenesten organiseres, og tilgjengelige retningslinjer og hjelpemidler.

Rapporten «befolkningens helsekompetanse – del 1» er en nasjonal kartlegging av helsekompetanse i Norge som ble utført 2019-2021. Denne oppsummerer med følgende:

Hovedfunn (kort):

- 33 % av befolkningen har lav eller svært lav generell helsekompetanse.
- 46 % ligger på et middels nivå, 20 % på høyt nivå.
- Kritisk vurdering av helseinformasjon er den største utfordringen – særlig informasjon i media og om behandling.
- Mange strever med å navigere i helsevesenet: >50 % når ikke nivå som innebærer god oversikt over rettigheter og tjenestekvalitet.
- Digital helsekompetanse varierer kraftig:
 - Eldre (>65), lavt utdannede og personer med langvarig sykdom skårer lavest.
 - Kvinner er bedre på å finne digital helseinformasjon; menn rapporterer bedre tekniske digitale ferdigheter.

Konsekvenser:

- Lav helsekompetanse fører til:

- Flere fastlegebesøk
- Lavere helserelatert livskvalitet
- Mer sykefravær
- Dette har tydelige samfunnsøkonomiske kostnader.

Implikasjoner:

- Behov for enklere, kvalitetssikret og målrettet helseinformasjon.
- Tilpasning av helsetjenester til brukere med ulik helsekompetanse (organisasjonsnivå).
- Tidlig innsats i skole/opplæring.
- Eldre og kronisk syke må ikke forutsettes å mestre digitale helsetjenester uten støtte.

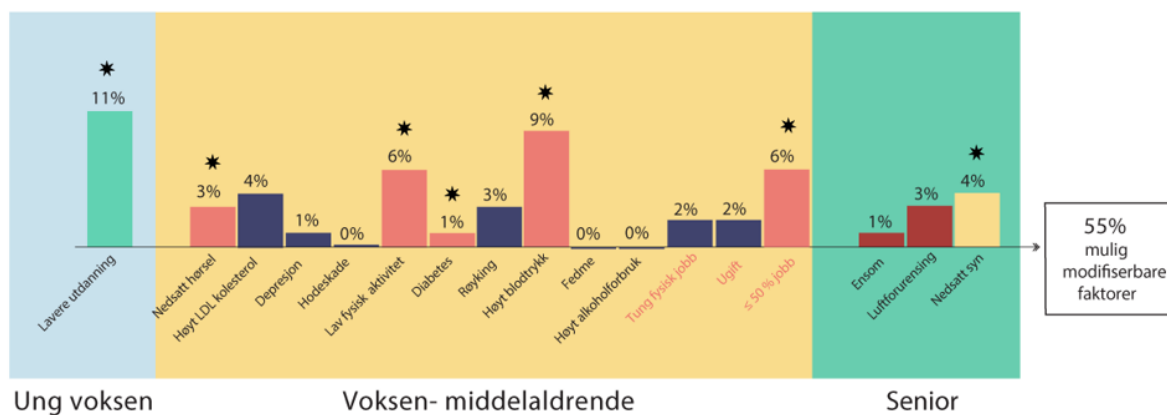
1.2 Folkehelseutfordringer i Lurøy - hvilke utfordringer er fremtredende

Andelen personer over 80 år i Lurøy er høyere enn både fylkes- og landsgjennomsnittet. Andelen eldre over 80år øker. I 2050 vil det bli en dobling av eldre over 80år som vil ha behov for omsorgstjenester. Dette vil medføre økt belastning på offentlig helsetjenesteapparat.

Innbyggerne i Lurøy kommune har høyere forekomst av sykdommer som demens, KOLS, diabetes og kreft enn landsgjennomsnittet. Dette gir en betydelig sykdomsbyrde, og forebygging bør derfor prioriteres fremover. Med en stor økning i antall eldre kommer også en forventet dobling i antall med demens fram mot 2025. En ny studie fra FHI tyder på at mange demenstilfeller kan forebygges. Studien bygger på omfattende norske befolkningsdata og gir et helhetlig bilde av hvordan kjente risikofaktorer for demens samvirker gjennom nordmenns livsløp. Dette kan gi oss en indikasjon på hvor forebyggingspotensialet kan ligge.

Studien peker på flere områder der livsløpsrettede tiltak kan bidra til å redusere risikoen for demens, blant annet knyttet til utdanning, arbeidsliv, diabetes, nedsatt hørsel og syn, høyt blodtrykk, og fysisk inaktivitet. Resultatene er i tråd med funn i andre tilsvarende studier, og

tyder på et stort forebyggingspotensial for demens. ([Halvparten av norske demenstilfeller kan i teorien knyttes til risikofaktorer vi kan påvirke - FHI](#))



Lurøy er en øykommune, og folk bor spredt. I et folkehelseperspektiv vil det være viktig å sikre alle innbyggere tilgang til forebyggende tjenester. Fra før er enkelte tjenester allerede lokalisert til enkelte kretser, eksempelvis demensomsorgen. Dette kan, særlig for de pårørende, være krevende.

Vi i Lurøy kommune får færre barn, unge og yrkesaktive, samtidig får vi flere eldre.

Lurøy er en øykommune med spredt bosetting. Avstander og transport kan gjøre det vanskeligere å få tilgang til helsetjenester og andre tilbud.

Innen helse og omsorgssektoren er det betydelige utfordringer med å rekruttere personell med høy kompetanse.

1.3 Overordnet mål

Det er et uttalt nasjonalt mål å få bo hjemme så lenge som mulig. ([Bo trygt hjemme - Helsedirektoratet](#)) Da er helsekompetanse og forebygging særlig viktig.

Innbyggerne i Lurøy kommune, særlig eldre og andre sårbare grupper, skal ha tilstrekkelig helsekompetanse til å forstå, finne og bruke helseinformasjon og kommunale tjenester på en måte som styrker egenmestring, forebygger helseproblemer og bidrar til riktig bruk av helse- og omsorgstjenester.

Delmål

- Informasjon fra kommunen skal være tydelig, forståelig og tilgjengelig, og tilpasset mottakernes forutsetninger. Eldre og sårbare grupper skal oppleve at kommunale tjenester er forståelige, tilgjengelige og enkle å orientere seg i.
- Innbyggerne skal ha realistisk forståelse av hvilke helse- og omsorgstjenester kommunen kan tilby i dag og i framtiden.
- Kommunen skal bidra til at innbyggerne er kjent med egne muligheter og ansvar for å ivareta helse, funksjon og bolig gjennom livsløpet.

2.0 Barrierer og mulige tiltak

2.1 Forventningsgapet

Den kommende gruppen med eldre og den øvrige befolkningen som vil få behov for helsetjenester kan komme til å oppleve at kommunen i fremtiden vil måtte sette kravene for tildeling av tjenester høyere enn tidligere. Samtidig er det et viktig poeng at de som er i behov for tjenester må få gode og riktige tjenester.

Med den kommende økningen i antall eldre så vil kommunen, selv med en utbygging, mest sannsynlig bare klare å ha dekning for institusjonsplasser kun for de alvorligst syke.

Dette vil da kreve at den kommende eldregruppen bør ha høyt fokus på tilrettelegging av egen bolig for derved å kunne bo hjemme lengre. Kommunen kan legge til rette for at beboere kan få assistanse til å avdekke hva som må gjøres av tilpassinger for å fortsatt kunne bo hjemme.

Om kommunen skulle vedta å bygge ut dobbel kapasitet på omsorgsboliger og institusjonsplasser så vil det mest sannsynlig ikke være nok. Det vil være bare de alvorligst syke som vil få tildelt plass dersom dagens praksis videreføres. Den øvrige befolkningen som får behov for pleie, vil måtte få dette igjennom hjemmesykepleien og ved praktisk bistand.

Å møte dette forventningsgapet vil være en av de største utfordringene i årene som kommer.

Det bør lages en informasjon som når frem til alle i kommunen om fremtidsutsiktene for helsetjenester i Lurøy. Ansatte må inneha og formidle samme budskap, og det bør formidles i «klar språk».

2.2 Egenmestring og forebygging

For å møte framtidige demografiske endringer og redusert tilgang på arbeidskraft, er det viktig å styrke innbyggernes evne til egenmestring og forebygging. Den største gevinsten er imidlertid hos den enkelte innbygger, som gjennom større egenmestring kan oppleve å kunne ivareta egen fysisk og psykisk helse lengre inn i alderdommen. God helse skapes i stor grad i hverdagen, og kommunens rolle er å legge til rette for at innbyggerne har kunnskap, støtte og rammer til å ivareta egen helse over tid.

Helsekompetanse som grunnlag for egenmestring

Helsekompetanse er avgjørende for at innbyggere skal kunne ta informerte valg om egen helse. Dette innebærer evne til å forstå, vurdere og bruke helseinformasjon. Kommunen bør tilby lett tilgjengelig og tilpasset informasjon om fysisk og psykisk helse, levevaner og mestring av livsutfordringer. God helsekompetanse bidrar til økt trygghet, tidligere egeninnsats og mer hensiktsmessig bruk av kommunale tjenester.

Sunne levevaner og hverdagsmestring

Regelmessig fysisk aktivitet, gode søvnvaner, balansert kosthold og moderat bruk av rusmidler har stor betydning for både fysisk og psykisk helse. Innbyggerne har selv ansvar for å gjøre helsefremmende valg i hverdagen, samtidig som kommunen kan støtte dette gjennom lavterskel aktivitetstilbud, informasjon, tilrettelegging av nærmiljø og samarbeid med frivillige aktører. Slike tiltak bidrar til å forebygge sykdom og redusere behovet for mer omfattende tjenester.

Psykisk helse og livsmestring

God psykisk helse handler om evnen til å håndtere belastninger, endringer og livskriser. Innbyggere kan styrke egen mestring gjennom bevissthet rundt stress, bruk av mestringsstrategier og ved å søke støtte tidlig. Kommunen bør fortsatt tilby lavterskel psykisk helsehjelp, kurs og veiledning som bidrar til normalisering av psykiske plager og forebygging av mer alvorlige helseutfordringer.

Sosial tilhørighet og forebygging av ensomhet

Sosiale relasjoner og deltakelse i fellesskap er sentrale beskyttelsesfaktorer for helse. Innbyggere som opplever tilhørighet har bedre forutsetninger for å mestre sykdom, funksjonsnedsettelse og livsendringer. Kommunen har en viktig rolle i å støtte møteplasser, frivillighet og inkluderende nærmiljø som forebygger ensomhet og utenforskap. Viktige momenter i denne sammenhengen:

- Noen må ha dette som oppgave, å jobbe med å få på plass gode tjenester, ikke som del av stilling. Møteplasser må sikres i alle kretser.
- Samarbeid med frivillighet og folkehelse for å ha et team rundt arbeidet. Rekruttering til det frivillige arbeidet og styrkingen av dette er ikke kun et kommunalt anliggende.

Tidlig innsats og riktig bruk av tjenester

Forebygging innebærer også at innbyggere søker hjelp tidlig og på riktig nivå. Tydelige og tilgjengelige lavterskeltilbud, kombinert med god veiledning, gjør det mulig for innbyggerne å håndtere utfordringer før behovet for mer ressurskrevende tjenester oppstår. Dette

forutsetter at kommunen kommuniserer klart hvilke tilbud som finnes, og hvordan de kan benyttes. Kommunens tilbud må utformes i tett samarbeid med frivilligheten.

Digitale løsninger som støtte til egenmestring

Digitale verktøy kan bidra til økt tilgjengelighet, selvhjelp og oppfølging for deler av befolkningen. Samtidig er det viktig at digitale løsninger suppleres med nødvendig støtte for innbyggere med lav digital kompetanse, slik at tiltakene bidrar til økt mestring og ikke til nye barrierer. Eks. kurs og opplæring. Psykisk helse tilbyr allerede assistert selvhjelp og det tilbys digital hjemme oppfølging i noen tjenester. Disse tilbudene må styrkes og tilgjengeliggjøres for de som har mulighet til å nyttiggjøre seg dette.

2.3 Tilgang til informasjon

- Skriftlig folder bør sendes ut, folk trenger ha god og riktig og oppdatert informasjon. Hva og hvordan kan man forvente av helsetjenester i fremtiden?
- Hvor skal man henvende seg ved ulike behov
- Mange eldre, sårbare og andre er ikke tilstrekkelig digitalisert og går glipp av viktig informasjon.
- Muligheter for analog informasjon også i fremtiden. Eks. dørterskel tjeneste. Dette for å sikre at eldre som ikke er digitaliserte, de som er kognitivt svekket og andre får et minimum av informasjon fra det offentlige.
- Sosialt treffpunkt som arena for å skaffe og utveksle informasjon.
- Sosiale treffpunkt kan også være utgangspunkt for læring - kursing

2.4 Digital helsekompetanse

Kommunen bør sørge for at flest mulig av innbyggerne har en viss digital helsekompetanse. Dette kan være grunnleggende tjenester som Bank ID, Helsenorge og ulike apper.

Helsevesenet legger opp til mer og mer bruk av smart-telefon og nettbrett.

For at innbyggere skal kunne bo lengst mulig hjemme med behov for helsehjelp, så må vedkommende håndtere og forstå digital kommunikasjon og teknologi. Eksempler på dette er Helsenorge for legetimer og resepter osv, blodsukker-sensor, medisindispenser, fall-alarmer, kontakt via skjerm, trygghetsalarmer osv. Det kreves at brukerne kan bruke ulike teknologi. Digital hjemmeoppfølging vil bli standard, også på omsorgssentrene.

2.5 Strategier for bruker involvering

Lavterskel opplæring og kurs

- Tilby korte, praktiske kurs og opplæring i relevante temaer (for eksempel helseinformasjon, digitale tjenester, egenmestring og hverdagsferdigheter).
- Kursene skal tilpasses ulike forutsetninger og gjennomføres i små grupper.
- Tiltaket skal både styrke kompetanse og bidra til sosial deltakelse, særlig for eldre og andre sårbare grupper.

Generasjonsmøter og samarbeid mellom unge og eldre

- Utvikle prosjekter som kobler unge og eldre, der de lærer av hverandre. Frivillighetkoordinator/ evt frisklivssentral bør samarbeide med oppvekst(skole) for å legge til rette for dette i de store kretsene i Lurøy.
- Eksempel: datakurs eller digital veiledning der unge bidrar med digital kompetanse, og eldre bidrar med erfaring og livskunnskap.
- Denne strategien vil kunne bidra til inkludering, og fremme kontakten mellom generasjoner.

2.6 Samhandling med helsepersonell

Systematisk kartlegging og forebygging i hjemmet

- Helsepersonell skal, ved oppstart av helsetjenester og etter behov, vurdere bosituasjonen til innbyggere for å identifisere forhold som påvirker trygghet, funksjon og mulighet for å bo hjemme lengst mulig.

- Kartleggingen skal fokusere på:
 - risiko for fall og ulykker
 - forenkling av hverdagsaktiviteter
 - behov for tilpasninger, hjelpemidler og velferdsteknologi
- Innbyggere skal få tydelig informasjon om hvor de kan henvende seg for hjelpemidler, tilpasning og veiledning.

Tidlig varsling gjennom eksisterende tjenester

- Ansatte i hjemmetjenester, hjemmehjelp og andre brukerstøttetjenester skal ha ansvar for å melde fra dersom de avdekker:
 - uoppdagede behov
 - manglende tilpasning i bolig
 - behov for mer informasjon eller opplæring
- Dette forutsetter klare rutiner for rapportering og oppfølging.

Systematisk bruk av digital hjemmeoppfølging og digitalt tilsyn

- Digital hjemmeoppfølging skal tas i bruk på en strukturert og planlagt måte for aktuelle brukergrupper.
- Digitalt tilsyn (for eksempel sensorer eller varsling) skal vurderes der det kan øke trygghet og redusere behov for fysisk tilstedeværelse, uten å gå på bekostning av kvalitet og personvern.

3.0 Prioriterte Satsningsområder fra arbeidsgruppen

3.1. Informasjon fra kommune til innbygger

Det foreslås at Lurøy kommune utarbeider en felles informasjon. Denne bør forankres politisk og administrativt, i tråd med kommunens serviceerklæring. Her bør det kommuniseres tydelig om framtidens helse og omsorgstjenester. f.eks Hvem får institusjonsplass, og hvem får ikke? Hva forventes av egen tilpasning av boligen? Hvilke

tjenester kan man regne med å få hjemme? Hvilke tjenester jobber forebyggende? Hvor får jeg informasjon?

Denne bør distribueres denne til alle husstander. På papir, digitalt på kommunens hjemmeside, på folkemøter og kanskje i postkassen. Dette bør tematiseres i settinger der innbyggere ferdes.

Viktige momenter:

*bruk av "klar" språk (Klart språk = riktig informasjon, i et enkelt språk, til riktig mottaker, til riktig tid)

*en vei inn, et telefonnummer til kontakt, vurderes å legge til frisklivssentral.

3.2. Forebyggende hjemmebesøk

Tiltaket baserer seg på Helsedirektoratets veileder.

Målrettede hjemmebesøk for aldersgrupper over 75 år. Fokus på råd og veiledning. Det bør settes kriterier for tjenesten. Dette kan være enslig, nylig sykehusopphold, bekymringsmeldinger, annet. Bør kunne koordineres med hjemmetjeneste/praktisk bistand. Ikke rutine hos alle, men ved behov og knyttet til bolig, funksjon og risiko. Førstekontakt pr telefon, evt kartlegge og følge opp med hjemmebesøk. Et forebyggende team bestående av bl.a ergoterapeut og fysioterapeut bør koordinere dette og jobbe tverrfaglig opp mot brukere. Tilførsel av en ekstra halv stilling innen ergoterapi eller fysioterapi bør vurderes. Bør vurderes å kombinere med 50 % folkehelsekoordinator. Å tilføre ressurser til et forebyggende team som utfører denne oppgaven vil virke forebyggende med den effekt at eldre kan få gjort nødvendige tilpasninger, få råd og veiledning og dermed kunne bo lengre hjemme. Besparte kostnader til omsorgsbolig/ institusjon forsvares å øke med en stilling her. Ei slik investering nederst i omsorgstrappen genererer besparelser lengre opp. Folkeopplysning og forebygging fører til at mange kan bo trygt lengre hjemme, og behovet for tjenester i høyere omsorgsnivå utsettes.

3.3. Etablere frisklivssentral.

Formålet med arbeidet ved frisklivssentralen er å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom og være en del av behandling og rehabilitering.

Frisklivssentralen skal bidra til økt helsefremmede og forebyggende innsats i helse- og omsorgstjenesten. Tjenesten skal:

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

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

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

Frisklivssentralen skal bidra til helhetlige, koordinerte helsetjenester og til utjevning av sosiale ulikheter i levevaner og helse. Den skal ha oversikt over og kjennskap til relevante offentlige, frivillige og private tilbud og tjenester i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Frisklivssentralen skal samarbeide med disse og lede brukere videre når det er aktuelt. (info tekst hentet fra helsedirektoratet [Formålet med frisklivssentralen - Helsedirektoratet](#))

Det foreslås at Lurøy kommune :

- Vurderer samordning med folkehelsekoordinator og frivilligkoordinator. Samarbeid med psykisk helse og hjemmetjenesten. Ergo og fysioterapeut.

Frisklivssentralen bør ha:

- ansvar for informasjon og koordinere forebyggende arbeid
- digitale kurs i kretsene
- Fungere desentralisert og ambulerende.
- samtaler/ kurs om livsmestring, fysisk og psykisk helse
- bringe ut informasjon gjennom sosiale treffpunktet i kretsene i samarbeid med frivilligheten
- fungere som en Lurøy variant av «helsestasjon for eldre».

Etablering av frisklivssentral med en frisklivskoordinator 100 %, i tillegg bør 50 % stilling som folkehelsekoordinator legges til frisklivssentralen. Det vil gjøre stillingene mer attraktive og mindre sårbare ved at to stillinger er knyttet opp til frisklivssentralen.

Vil kreve ressurser i form av ny stilling, men vil kunne “betale” seg i form av forebyggende effekt. Tidlig innsats på dette området tilsier at behovet for behandling, spesialisthelsetjenester og langvarige kommunale tiltak vil være mindre. Etableringen vil sikre at det jobbes systematisk og samordnet med helsefremming og forebygging. Eldre vil kunne bo lengre hjemme og ha bedre helse/livskvalitet. Dette vil kunne avlaste andre kommunale tjenester og ha fokus på mestring. Forebygging gir mer helse for pengene, men gevinstene kommer over tid og på tvers av sektorer. Har man et perspektiv på 5-20 år frem i tid, vil den totale besparelsen handle om at man reduserer veksten i helse og omsorgstjenestene.

Etablering av frisklivssentral vil sikre et lavterskel tilbud som ikke bør kreve omfattende søknad eller vedtak, noe som er viktig for grupper med lav helsekompetanse.

Frisklivskoordinator bør fungere som brobygger mellom kommunalt tjenestetilbud og frivilligheten. Ved å legge folkehelsekoordinator til frisklivssentralen oppfylles de nasjonale føringene om at kommunen skal drive systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

4.0 Vedlegg/kilder :

Agenda Kaupang « framtidas helse og omsorgstjeneste»- et kunnskapsgrunnlag.

Folkehelseprofil 2026 [1834_2026_Bokmaal.pdf](#)

Helsedirektoratets rapport om helsekompetanse [HLS19-rapport_Befolkningens helsekompetanse del I](#)

Helsedirektoratets veileder for [Forebyggende hjemmebesøk i kommunen - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet: [Formålet med frisklivssentralen - Helsedirektoratet](#)