



## **Helseveilednings-tjeneste på Fosen**

**2018 - 2021**

**Etablering, utvikling og evaluering**

## **Etablering av helseveiledningstjeneste**

Utvikling av helseveiledningstjeneste i Fosenkommuner startet i 2018 som et prosjekt «Rehabiliteringsforløp for kronisk syke i tidlig fase av sykdommen». Bakgrunnen var bl. a. økt helsepolitisk fokus på utvikling av helsetjenester innen forebygging, rehabilitering og mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, 2013, 2015, 2017).

Prosjektets mål var å oppnå bedre oppfølging av brukere med kroniske sykdommer og tilstander tidlig i sykdomsforløpet, forebygging av forverring av tilstanden og behov for mer omfattende helse- og omsorgstjenester. Målet var også at brukere skal kunne oppleve mer sammenhengende helsetjenester og mer flytende overganger mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

### Bakgrunn

De fleste pasientforløp i Norge er utviklet på sykehusene og er diagnose-spesifikke. Forsøk på å forlenge diagnosespesifikke pasientforløp inn i kommunene har vært utfordrende (Løhre & Grimsmo, 2015). «Helhetlig pasientforløp i hjemmet» (HPH), basert på et utviklingsprosjekt i seks kommuner i Midt-Norge i 2009, skal være et generisk pasientforløp tilpasset til alle brukere med alle diagnoser og sørge for sømløse overganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (Røsstad et al., 2013, Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). I praksis er målgruppen for HPH og lignende pasientforløp kronisk syke eldre som allerede har helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Denne delen av pasientforløpet som skal skje etter at brukeren kommer hjem fra spesialisthelsetjenesten, bygges rundt hjemmetjenester og sykehjem.

Det finnes ikke systematisk og standardisert helhetlig oppfølging i primærhelsetjenesten for de brukere som er kronisk syke, men ikke så syke at de trenger kommunale omsorgstjenester. Utfordringer med kapasiteten og kompetanse er nevnt som hovedårsaker til dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Denne brukergruppen har et stort rehabiliteringspotensiale, men omfattes ikke av et definert forløp. Rehabiliteringen i kommunen er i stor grad overlatt til den enkeltes personlige ansvar og fastlegen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Fastlegen har ansvar for den medisinske oppfølgingen av sine pasienter. Fastlegen skal også tilby forebyggende tiltak til personer med risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller

funksjonssvikt (Forskrift om fastlegeordningen i kommunene, 2012, §20). Dessverre foretrekker fastleger oftest medikamentell forebygging framfor annen forebygging (Rønnevik et al., 2020).

Kommunene er gjennom helse- og omsorgstjenesteloven pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester til befolkningen, men står fritt til å organisere dette arbeidet på den måten kommunene selv anser som mest formålstjenlig. Følgelig organiseres habilitering, rehabilitering og forebyggende helsearbeid svært forskjellig. Det kan være som frisklivssentraler, egne enheter for læring og mestring, felles frisklivs- og mestringstilbud eller i regi av ulike tjenester (SSB, 2020).

### Helseveiledningstjeneste på Fosen

I forbindelse med prosjektutviklingen ble det i 2019 etablert helseveiledningstjeneste i Fosenkommuner. Kun Åfjord kommune har organisert forebyggende- og rehabiliteringsarbeid rundt frisklivssentralen. Ingen av Fosenkommunene deltar i nasjonale prosjekter primærhelseteam eller oppfølgingsteam. Helseveiledningstjeneste inneholder elementer og bygges på erfaringer fra alle disse prosjektene. Tjenesten skal sørge for at brukere med kroniske helseutfordringer, som bor hjemme og enda ikke har behov for omsorgstjenester, får tilbud om en mer helhetlig oppfølging. Det kan være personer som står i fare for å utvikle en kronisk sykdom, men som fortsatt kan gjøre en god del selv for å forebygge dette eller personer som har en kronisk sykdom, men som i tillegg til medisinsk behandling kan gjøre noe også selv for å begrense sykdomsutvikling og utsette forverring. En viktig målgruppe er de brukere som kommer hjem etter behandling eller rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og har behov for etterfølging fra helsepersonell.

Helseveiledere skal avlaste fastleger ved å følge opp pasienter i de områder hvor det ikke er nødvendig med legekompentanse: gi helseinformasjon og råd, hjelpe til å tilpasse eksisterende tjenester og tilbud til brukerens behov, samt støtte og motivere ved endring av levevaner. Helseveiledere skal jobbe tverrfaglig, og samarbeide med andre fagpersoner i den enkelte kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

I løpet av 2018 og 2019 ble det prøvd ut forskjellige måter å organisere tjenesten. I 2020 ble det bestemt at det ville være mest hensiktsmessig å lokalisere tjenesten på legekantorene eller i umiddelbar nærhet av disse hvis det ikke finnes ledig kontorplass. Fastleger er de viktigste

samarbeidspartnere for helseveiledere. Helseveiledernes hovedoppgave er å følge opp brukere etter «bestilling» fra fastlegen. Effektiviteten av tjenesten er avhengig av den tilliten fastleger har for helseveiledere som fagpersoner. Derfor ble det også bestemt at helseveiledere må være sykepleiere med bred helsefaglig kompetanse og erfaring med pasientarbeid. Per dags dato er det en helseveileder i 20 % stilling ansatt ved alle fem legekontorer på Fosen.

### Finansiering

Prosjektet «Rehabiliteringsforløp for kronisk syke i tidlig fase av sykdommen» ble finansiert av rehabiliteringstilskuddet av Fylkesmannen i Trøndelag i 2018 – 2019. I 2020 fikk prosjektet et nytt navn «Implementering av helseveiledningstjenesten på Fosen» og har vært finansiert av tilskudd for etablering og utvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringsstilskudd av Trøndelag fylkeskommune i 2020 og 2021. Prosjektmidler har vært brukt til å betale lønn til helseveiledere i kommuner.

### **Status**

Å være ansatt i en tjeneste i etableringsfase er en krevende jobb. I tillegg til god fagkompetanse må helseveiledere ha gode kommunikasjonsevner, både for pasientarbeid og for å samarbeide med fastleger og andre fagpersoner i kommuner. En stor del av helseveiledernes arbeid er å «selge inn» tjenesten, å skape gode samarbeidserfaringer og å integrere den nye tjenesten inn i eksisterende strukturer. Dette, sammen med individuelle pasientsamtaler har vært mye arbeid for personer i små prosjektstillinger. Rekruttering av sykepleiere med riktig fagkompetanse, erfaringer, personlige egenskaper, ledig kapasitet og et ønske om å delta i tjenesteutvikling har tatt lang tid. Alle de personene som ble ansatt og fikk opplæring i 2018 ble byttet ut i løpet av 2020. Rekruttering av ansatte, pasientarbeid og utviklingsarbeid har vært svært utfordrende pga. pandemi-situasjonen i 2020 og 2021.

Per dags dato er det ansatt helseveiledere i alle våre kommuner. Alle er sykepleiere.

### Indre Fosen

I Indre Fosen ble Ole Ivar Denstadli ansatt i 40 % stilling fra 1.11.20 og har hatt 38 henvisninger, 24 er aktive brukere (17.6.21). Ole Ivar har fått tilrettelagt kontor plass både ved Rissa og Leksvik legekantor. I praksis har han jobbet mer i Rissa fordi det ikke har vært så mange henvisninger fra fastleger i Leksvik. Tjenesten er organisatorisk knyttet til legekantoret med Monica Otnæs som nærmeste leder. Ole Ivar jobber som sykepleier på legekantoret og kjenner godt alle leger. Dette forenkler forankringsarbeid hos fastlegegruppen i en stor grad.

### Ørland

I Ørland er Jane Bakken ansatt i 40 % stilling fra 15.9.20, med kontor på Ørland legesenter og i Bjugn helsesenter. 54 pasienter har vært henvist til tjenesten siden. 28 aktive brukere (18.6.21). Det er avtalt at helseveileder jobber en dag i uken på Brekstad og en dag i Bjugn. Tjenesten er organisatorisk knyttet til koordinerende enhet med Erna Tyskø som nærmeste leder. Jane har lang erfaring fra pasient- og pårønderarbeid fra forskjellige stillinger og roller i helse- og omsorgssektoren. Dette er en stor fordel ved utviklingsarbeid og samarbeid med fastleger og andre fagpersoner i kommunen. Hun har aktivt jobbet med forankring av tjenesten, spesielt hos legegruppen. Samtlige fastleger har henvist pasienter til helseveiledning.

### Åfjord

I Åfjord ble Lise Ugedal ansatt som helseveileder i 20 % stilling fra 1.1.21. Hun har kontor på legekantoret i Åfjord. Lises nærmeste leder er Rita Møllevik i Roan. Helseveiledningstjeneste er knyttet til legekantor med Gunn Karlsaune som leder. Lise har 8 brukere i oppfølging. Fra oppstarten av prosjektet ble det bestemt at tjenesten skulle kobles til Åfjord frisklivssentral for å forsterke eksisterende forebyggende helsetilbud. Tjenesten har hatt noe utfordringer med å finne innpass i eksisterende strukturer. Åfjord frisklivssentral er innbakt i rehabiliterings-tjeneste som består av fysioterapeuter og en ergoterapeut. Helseveileder har jobbet på legekantoret. Helseveilederens sykepleiekompetanse og forventet nært samarbeid med fastleger kan styrke frisklivssentralen i stor grad. Per dags dato har de fleste brukere som henvises til frisklivssentralen behov for fysikalsk rehabilitering. I fysioterapisesjoner er det en

god anledning å ha gode samtaler med brukere og gi veiledning ift. levevaner. Brukere kan også selv kontakte frisklivssentralen for å få veiledning. Samtidig viser både forskning og erfaringer fra feltet at de personer som mest trenger helsefaglig oppfølging, veiledning og motivasjon til egen innsats ofte mangler initiativ for å kontakte relevante tjenesteytere i kommunen. Oppmuntring fra fastlegen og oppfølging fra helseveileder kan bidra til at også de brukere som ikke har behov for fysioterapitjenesten finner fram til frisklivssentralen.

Til tross for gode grunnstrukturer innen forebyggende helsearbeid og rehabilitering har helseveilednings-tjenesten i Åfjord ikke blitt et velfungerende tilskudd til eksisterende tilbud, men har stått alene og svakt.

#### Samarbeid med Unicare Helsefort.

Det er etablert godt samarbeid med Unicare Helsefort. Alle Fosen-pasienter som har fått rehabilitering på senteret og som har samtykket etterfølging i kommunen henvises til helseveiledere.

#### Samarbeid med fastleger.

Tjenesten har vært presentert til fastleger ved mange anledninger, for eks. på emnekurs «Overvekt og diabetes type 2» for fastleger, legemøter i kommuner og individuelt. Samarbeid med fastleger er vesentlig for en effektiv ressursbruk i tjenesten. Fastleger har oversikten hvilke brukere trenger mer oppfølging. Noen brukere mangler pågangsmot eller initiativ for å starte opp helsefremmende tiltak selv, har dårlige sosiale nettverk og trenger støtte fra en fagperson. Hensikten med samarbeid med fastleger er å avdekke brukere som er i faresonen, som har behov for tidlig innsats innen rehabilitering for å forebygge større skade og forverring av sykdommen. De beste resultatene kan oppnås når helseveiledere jobber etter «bestilling» fra fastleger. Helseveiler kan da ha fokus på en konkret helseutfordring når oppfølging av brukeren planlegges.

Felles for alle kommuner har vært utfordringer med å vinne legenes tillit i starten og overbevise dem om at helseveiledning kan være en ressurs for både brukere og fastleger. Mangel på fastleger og stor utskifting i fastlegegruppen er utfordrende når helseveiledere forsøker å bygge opp gode samarbeidstradisjoner. Det er typisk at unge og nye leger tar i bruk ressursen først. Vikarleger har vært aktive tjenestebrukere. Dessverre betyr det at

helseveiledere må presentere tjenesten til stadig nye leger når vikarleger og turnusleger slutter og nye leger erstatter dem. De legene som bruker tjenesten aktivt har gitt gode tilbakemeldinger. Gode erfaringer oppmuntrer flere leger til å henvise sine pasienter. De «gamle» fastlegene har vært mest nølende i bruken av tjenesten. Årsaken kan være «prosjekttenkning» - leger vil ikke gjøre seg avhengig av en ressurs som er i prosjektstadiet og det er usikkerhet rundt videreføring etter prosjektperioden. En årsak kan også være en generell motstand til endring som virker forstyrrende i hverdagen. Det tar lang tid å venne seg til å bruke den nye ressursen og å se nytten i den.

Likevel ser vi store positive endringer. Stadig flere fastleger henviser sine pasienter og ønsker samarbeid med helseveiledere. Med stor glede ser vi at noen fastleger som var skeptiske eller uinteresserte tidligere har tatt i bruk helseveilederressursen og henviser sine pasienter.

### Brukergruppen.

Helseveiledning er ikke et folkehelseiltak. Det er en helsetjeneste for de som er kronisk syke, som står i faren for å bli syke og som trenger tettere oppfølging og drahjelp for å forbedre sin helsesituasjon.

I starten av prosjektet var det mye fokus på brukere med fedme og langvarige smerter. Dette på grunn av tett samarbeid med forskere fra Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon samt Unicare Helsefort som rehabiliterer mennesker med fedme, langvarige smerter, fatigue og slag. Fedme og langvarige smerter er tilstander som har høy forekomst i Norge og som medfører store kostnader for samfunnet. Dette på grunn av tilstandenes kronisk karakter, komorbiditet og innvirkning i andre livsområder. Endring av levevaner er grunnmuren for både fedme- og smertebehandlingen, men for å oppnå varige endringer trenger de fleste tett oppfølging og støtte.

Målgruppen til helseveilednings-tjenesten er alle med kroniske sykdommer og tilstander som trenger tettere oppfølging og støtte enn fastlegen kan tilby. Vi ser at brukere med nylig diagnostisert sykdom kan få stor nytte av støtten i tilpassingsfasen, ferdig behandlet kronisk syke (for eks. brukere med kreftsykdommer) kan ha behov for oppfølging etter den aktive behandlingen. Ofte har kronisk syke ikke behov for tett medisinsk oppfølging, men informasjon, veiledning og støtte for å sette i gang sine egne helsefremmende tiltak. Pårørende til kronisk syke kan ha behov for oppfølging, veiledning eller en diskusjonspartner.

Tjenesten fremmer egenmestring og brukerens aktive rollen i egen behandling. Brukeren skal, sammen med helseveilederen, kartlegge utfordringer og ressurser, planlegge tiltak, finne en løsning og avtale behov for oppfølging. Mange brukere er passive i starten, enten på grunn av langvarige helseplager, håpløshet, oppgitthet, at de står fast i vante tankemønstre eller mangler tilgang til interne eller eksterne ressurser. Helseveilederens rolle er ikke å løse problemer for brukere, men å aktivisere, motivere, oppmuntre til å selv ta initiativ, foreslå alternative løsninger, se muligheter, gi informasjon og hjelpe i gang med tiltak. Fokus på relasjonsbygging, kontinuitet i tjenesten og tilgjengelighet er vesentlige faktorer som bidrar til at tjenesten kan oppleves trygg og nyttig for både brukere og fastleger.

Fastleger har henvist flere brukere med psykiske utfordringer når psykiatritjenesten eller RPH har vært overbelastet. Dette kan være en utfordring for helseveiledere som ikke har spesialkompetanse innen psykiatri. Mange slike brukere har prøvd ut de fleste tjenestene i kommunen uten å oppnå vesentlig bedring i helse. Det er en fare at helseveiledning, hvor det forventes aktiv og målbevisst egeninnsats, ikke er den riktige tjenesten for dem. Vi har også prøvd å unngå dobbelt arbeid og involvering av altfor mange fagpersoner. Helseveiledere skal etter første samtaler med brukere finne ut hva slags støtteapparat de har fra før for å unngå å blande seg inn i igangsatte tiltak.

Det er blitt mer og mer viktig å avklare forventninger for tjenesten, brukerens og helseveilederens roller samt avtale tidsrammer for oppfølgingen. I løpet av tjenesteutviklingen har vi sett at for å effektivt bruke den stillings-ressursen vi har, må samtaler med brukere være godt strukturert og det må jobbes mot et konkret mål. Vi har også lært å avslutte tjenesten hvis resultater og utvikling uteblir og brukeren ikke er motivert for å jobbe for sin helse. På den måten frigjøres ressursen for de som kan få bedre nytte av tilbudet.

### *Bekjentgjøring av helseveiledningstjenesten til allmenheten*

Prosjektgruppen har planlagt forskjellige tiltak for å presentere helseveiledningstjenesten til befolkningen, slike som for eksempel artikkel i Fosna-Folket, fysiske oppmøter og informasjon på folkemøter, informasjon sendt til diverse foreninger og via sosiale media. Per dags dato jobber helseveiledere i små stillinger som er fylt med individuelle pasientsamtaler. Prosjektet har ikke ressurser for aktivt reklamearbeid. Vi har valgt å fokusere på samarbeidet med fastleger som best kan avdekke brukere med behov for denne tjenesten og med andre



fagpersoner i kommunen, og avvente med aktiv bekjentgjøring av tjenesten til videreføringen etter prosjektperioden er avklart.

## **Et blikk på andre kommunale tjenester og prosjekter innen forebygging, rehabilitering og koordinering av tjenester**

### Frisklivssentraler

Siden 2011 har Helsedirektoratet anbefalt alle norske kommuner å etablere en kommunal helsetjeneste, frisklivssentralen (FLS). Frisklivssentraler skal bidra til redusert sykdomsbyrde, mer sammenhengende helsetjenester, utjevning av sosiale ulikheter i levevaner og helse samt være en samarbeidspartner i kommunenes folkehelsearbeid. Målet er å fremme helse og forebygge sykdom ved å gi tidlig hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer, samt bidra til behandling av sykdom (Samdal & Meland, 2020, Helsedirektoratet, 2011b). Tilbudet i FLS skal være strukturert, individuelt tilpasset og tidsavgrenset. Det skal gis råd og veiledning til kosthold, fysisk aktivitet, søvnvaner, snus- og røykeslutt. FLS kan også gi tilbud knyttet til psykiske belastninger og risikofylt alkoholbruk (Helsedirektoratet, 2011b). Målgruppen for frisklivssentralen er personer i alle aldre som har økt risiko for, eller allerede har utviklet sykdom og som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2011b).

I 2019 var FLS etablert i over 60 prosent av landets kommuner. Tilbudet er bedre utviklet i større kommuner og sentrale strøk (SSB, 2020). FLS er ikke en lovpålagt helsetjeneste i kommuner, og tilbudene varierer mye fra kommune til kommune. Mangel på standardisering gjør det vanskelig å evaluere effekten på tilbudene (Ekornrud & Thonstad, 2018, Samdal & Meland, 2020). Tilbudene er i stor grad gitt hos fysioterapitjenesten og psykisk helsetjeneste. De fleste henvisninger kommer fra fastleger. Mange frisklivssentraler samarbeider med andre kommunale tjenester, NAV og andre eksterne aktører. Utviklingen mellom 2016 og 2019 viser at det har vært en økning både når det gjelder årsverk og antall deltakere, men økning og utvikling er fremdeles størst i større kommuner. (Thonstad et al., 2020).

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

budsjett. Andelen er størst i de minste kommunene og minst i de mellomstore (Thonstad, et al., 2020). 40 prosent av norske kommuner hadde ikke etablert frisklivssentral i 2019. 40 prosent av disse kommunene oppgir at de har velfungerende alternativ innen forebyggende helsearbeid. Denne årsaken var særlig fremtredende hos de minste kommunene, som trekker frem at konseptet ikke passer på grunn av spredt bosetning, samt at det er utfordrende å skaffe egnet helsepersonell. Svak kommuneøkonomi og at det ikke er prioritert av politikerne, er nest vanligste årsaker totalt, og de mest fremtredende årsaker blant de største kommunene (Thonstad et al., 2020).

Rapporten av SSB (Thonstad et al., 2020) beskriver utbredelse, organisering og variasjon i frisklivssentraler og andre forebyggende samt lærings- og mestringstilbud, men ikke kostnadseffektivitets analyser. Slike analyser er gjennomført i noen større kommuner (Svor, P., 2018), men med usikkert resultat. Det antydes at frisklivssentralen kan være kostnadseffektiv mot alternativ «ingen intervensjon», men at mange helsegevinster ikke kommer fram i en slik analyse.

### Primærhelseteam

Primærhelseteam (PHT) er et nasjonalt pilotprosjekt i ni kommuner med utprøvsperioden fra 2018 til 2023. Primærhelseteam i fastlegepraksiser består av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Teamet ledes av en fastlege. Det er omtrent 87 fastleger fra 17 legekontorer i ni kommuner som deltar. Målet med primærhelseteamet er å bidra til bedre helse for brukere og forebygging av behov for kostbare helse- og omsorgstjenester. Dette skal oppnås ved tverrfaglig oppfølging, koordinering av tjenester og ansvars- og oppgavedeling (Helsedirektoratet, 2019b). Statusrapporten fra 2019, basert på registerdata, spørreundersøkelser og intervjuer viste varierende resultater. Brukere som ble fulgt opp av PHT, va oftest de med kroniske sykdommer (for eks. diabetes, kols, astma, psykiske lidelser), noen legekantor hadde fokus også på fedme, kostholdsveiledning og mestring. Mangel på tid for gruppeledelse og møtevirksomhet, uklare forhold til ansvarsfordeling og tillit til sykepleiere, samt manglende interesse for endring hos leger, er nevnt som utfordringer ved utbredelse av prosjektet (UiO/Institutt for helse og samfunn, Oslo Economics & UiT/Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2019). Utvikling av nye arbeidsmodeller tar lang tid. Status-rapporten fra 2020 viser mer optimistiske resultater (UiO/Institutt for helse og

samfunn, Oslo Economics & UiT/Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2021). Siste evalueringsdata viser at den nye arbeidsmodellen bidrar til endringer i hvordan pasientarbeidet på fastlegekontoret foregår. Kvalitative funn tyder på at pasienter som er blitt fulgt opp av primærhelseteam over tid, opplever økt kontinuitet og tilgjengelighet av helsetjenester og bedre mestring av egen helsetilstand (Uio/Institutt for helse og samfunn et al., 2021). I prosjektperioden ble det utprøvd to finansieringsmodeller – honorarmodell og driftstilskuddsmodell. Seleksjon av legekontor ga utfordring for evaluering og sammenligning av de to modellene. Elleve av de tolv legekontorene som prøver ut honorarmodellen, er private legekontor, mens fire av fem legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er kommunale legekontor. Dette gjorde det vanskelig å skille effekter av finansieringsmodell fra effekter av eierskapsform (Uio/Institutt for helse og samfunn et al., 2021). Primærhelseteam, uansett finansieringsmodell, medfører noe merkostnad for de offentlige, dette mest pga. sykepleierstillingen i teamet. Prosjektet er ikke enda fullført og samfunnsøkonomiske analysen med vurdering av lønnsomhet samt sammenligning med andre utprøvningsprosjekter i primærhelsetjenesten skal gjennomføres i løpet av 2021 (Uio/Institutt for helse og samfunn et al., 2021).

### Oppfølgingsteam

Tverrfaglig oppfølgingsteam er også et pågående pilotprosjekt (2018 – 2021) i helse- direktoratets regi, med seks kommuner som deltar. Formålet med oppfølgingsteam er å yte og koordinere tjenester som brukeren har behov for. Målgruppen er brukere som på grunn av sykdom og funksjonsnedsettelse kan i fremtiden få behov for høyt forbruk av helse og omsorgstjenester. Hovedfokuset i prosjektet er å systematisere tidlig identifisering av behov, tverrfaglig utredning og bruk av oppfølgingsteam som en arbeidsform. (Helsedirektoratet, 2019a). Sluttevaluering av prosjektet skal gjøres i slutten av 2021.

### Kreftkoordinator i kommuner

Kreftkoordinator-satsninger var Kreftforeningens initiativ og et tiltak for å bidra til bedre kreftomsorg i kommunen. Prosjektet var helt eller delvis finansiert av Kreftforeningen fra 2012 til 2018. Rapporten til Oslo Economics (2017) kom fram til at de brukere og pårørende

som ble spurt likte tilbudet og opplevde bedre kvalitet til omsorgen, større trygghet, bedre oppfølging. Gevinsten for kommunen ble sett i form av mer effektive pasientforløp med færre dager på sykehuset, færre korttidsopphold, avlastning av andre tjenester og mindre hjemmetjenester i første fase. Nytte-kostnadsberegninger viser lite direkte besparelse og tjenesten kan medføre merforbruk av andre støttetjenester. Besparelsen for kommunen ligger i det at kreftkoordinator bidrar til at det for den enkelte pasient gjøres helhetlige vurderinger slik at det kan settes inn riktig tjeneste, på riktig nivå og til riktig tid – med andre ord en optimalisering av tilbudet. Prissatte nyttevirkningene tilnærmet utligner kostnadene av å ansette en kreftkoordinator. For mange kommuner vil summen av de prissatte og de ikke prissatte nyttevirkningene trolig overstige kostnadene. Slik sett blir kostnadene ved de ikke prissatte kvalitetsforbedringene lav. Flere kommuner vil trolig også kunne oppnå en økonomisk besparelse (Oslo Economics, 2017).

## **Konklusjon**

Helseveiledningstjeneste på Fosen har felles elementer med frisklivssentraler, nasjonale utviklingsprosjekter i primærhelsetjenesten – primærhelseteam og oppfølgingsteam og i en viss grad med kreftkoordinator-satsningen. Hovedmålet med helseveiledning er å gi mer helhetlig oppfølging til mennesker med kroniske helseutfordringer, veilede og støtte dem i forebyggende og helsefremmende arbeid samt avlaste fastleger.

Helseveiledning er ikke et folkehelseiltak. Det er en helsetjeneste for de som er kronisk syke, som står i faren for å bli syke og som trenger tettere oppfølging og drahjelp for å forbedre sin helsesituasjon. Det er ikke et luksustilbud for ressursrike brukere som selv er i stand å ta sunne valg for å fremme helse.

Helseveiledningstjenesten kan være bedre egnet mindre kommuner enn frisklivssentraler fordi det er utfordrende å organisere gruppebasert lærings- og mestringstilbud, som anbefalt i frisklivssentraler, i mindre kommuner, bl.a. pga. spredt bosetning. Helseveiledning har samme mål og målgruppe som primærhelseteam og delvis som oppfølgingsteam. Målet er å avdekke behov for hjelpetiltak tidlig og forebygge forverring av helse og omfattende hjelpebehov hos brukere med kroniske sykdommer og tilstander. Fordelen med helseveiledning er at fastlegen ikke må fungere som gruppeleder, noe som innebærer flere oppgaver for legen.

Helseveiledere skal jobbe selvstendig, men samarbeide med fastleger for å avlaste dem med pasientarbeidet som ikke krever legekompentanse.

Helseveiledning har også noen fellestrekk med tidligere utprøvd kreftkoordinators tjeneste. Felles er tanken om at noen kronisk syke kan ha behov for hjelp med koordinering av helsetjenester, tettere oppfølging og støtte for å oppleve et trygt sykdomsløp. Forskjellen er at helseveiledning er egnet brukere med alle diagnoser og tilstander som ikke enda har andre støttetjenester i kommuner.

Helseveiledningstjeneste har siden prosjektets oppstart opplevd de samme fasene som andre ovenfor nevnte utviklingsprosjekter – fra skepsis, motstand, nøling til testing, forståelse og aksept. Introduksjon av en ny tilnærming eller tankemåte og integrering av et nytt tjenesteledd tar lengre tid enn prosjektperioden varer. Helseveiledningstjeneste kan bli en verdigfyll del av kommunale helsetjenester. Tjenesten medfører relativt små kostnader (20 prosent sykepleierstilling per legekantor), men kan være en verdifull ressurs for kronisk syke og fastleger. Det er utfordrende å vurdere økonomiske fordeler og ulemper for kommuner. Det er altfor liten pasientgrunnlag for kostnadseffektivitetsanalyser. Fra rapporter publisert om frisklivssentraler, primærhelseteam eller kreftkoordinator-satsning kommer det fram at mange gevinster, slike som pasienttilfredshet, økt egenmestring og forebygging av mer omfattende støttebehov er vanskelig å måle og sette pris på.

For å videre utvikle tjenesten er det viktig å avslutte prosjektfasen og få sikkerhet rundt videreføring av helseveilederfunksjonen i kommunene. Dette for at helseveiledere kan planlegge sitt arbeid på lang sikt, at samarbeidspartnere og brukere kan satse på denne ressursen og at kommunene kan oppleve eierskap ved videreutvikling av tjenesten etter deres behov.

23.08.21

Merike Pallas

## Referanser

Ekornrud, T., Thonstad, M. (2018). Ei kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod i norske kommuner i perioden 2013-2016 (A mapping and analysis of prevention and health promotion interventions in Norwegian municipalities from 2013 to 2016). (Statistisk Sentralbyrå). Hentet 12.12.20 fra: [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/358702?\\_ts=16557397138](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/358702?_ts=16557397138)

Forskrift om fastlegeordningen i kommunene. (2012). Forskrift om fastlegeordningen i kommunene (FOR-2012-08-29-842). Hentet 12.12.20 fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Helsedirektoratet. (2019a). Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam. <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/pilot-for-strukturert-tverrfaglig-oppfolgingsteam>

Helsedirektoratet. (2019b). Primærhelseteam – pilotprosjekt. <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/primaerhelseteam-pilotprosjekt>

Helsedirektoratet. (2011b). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud* (IS- 1896). Hentet 12.12.20 fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2495600/IS-1896.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Helse- og omsorgsdepartement (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 (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. (Meld. St. 34, 2012 - 2013) Hentet 07.12.20 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. 26, 2014 – 2015). Hentet 12.12.20 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering* (2017–2019). Hentet 12.12.20 fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptappingsplanrehabilitering.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15, 2017–2018). Hentet 22.01.21 fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Løhre, A. & Grimsmo, A. (2015). *Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS)*. (Sluttrapport). Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2581543>

Mæland, J. G. (2020). Livssjanser og kontroll: psykososiale forklaringer på helseulikheter. I J. G. Mæland (Red.). *Sykdommers sosiale røtter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Oslo Economics, Fyrst og Høverstad. (2017). *Kreftkoordinator – trygg og effektiv kreftomsorg i kommunene. Evaluering av de velferdsmessige og økonomiske virkningene*. Utarbeidet for Kreftforeningen. Hentet 13.08.21 fra [https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/Kreftkoordinator-2017\\_33.pdf](https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/Kreftkoordinator-2017_33.pdf)

Rønnevik, D.-H. (2019). Den store misforståelsen om forebygging og helsefremming. *Dagens Medisin*. Hentet 12.12.20 fra: <https://www.dagensmedisin.no/blogger/dag-helgeronnevik/2019/02/14/den-store-misforstaelsen-om-forebygging-og-helsefremming2/>

Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13:121

Svor, P. (2018). *Er Frisklivssentralene i Oslo kostnadseffektive? En helseøkonomisk evaluering*. Masteroppgave. Universitet i Oslo, Det medisinske fakultet, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn.

UiO/Institutt for helse og samfunn, Oslo Economics, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. (2019). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger. Statusrapport II*. Hentet 12.12.20 fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primaerhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evaluering-av-pilotprosjekt/Evaluering%20av%20pilotprosjekt%20med%20prim%C3%A6rhelseteam%20o>

[g%20alternative%20finansieringsordninger%20-%20statusrapport%20II.pdf/ /attachment/inline/d369913c-4582-4ffb-8324-f4f6a638c941:161211414affcd2ee3ecae69d272b6c347ff5083/Evaluering%20av%20pilotprosjekt%20med%20prim%C3%A6rhelseteam%20og%20alternative%20finansieringsordninger%20-%20statusrapport%20II.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/d6a2b553763d42d7a9e9d98b1b786630/pht-statusrapport-januar-2020.pdf)

UiO/Institutt for helse og samfunn, Oslo Economics, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. (2021). *Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger. Statusrapport III*. Hentet 02.02.21 fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d6a2b553763d42d7a9e9d98b1b786630/pht-statusrapport-januar-2020.pdf>

Samdal, G. B. & Meland, E. (2020). Frisklivssentralene har kommet for å bli; hvilke følger bør forskningen få for arbeidet i framtiden? *Fysioterapeuten*. Hentet 12.12.20 fra:

<https://fysioterapeuten.no/fagessay-frisklivssentraler-samdal/frisklivssentralene-har-kommet-for-a-bli-hvilke-folger-bor-forskningen-fa-for-arbeidet-i-framtiden/128697>

Statistisk sentralbyrå (SSB) Hentet 1.10.20 fra

<https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>

Thonstad, M., Ekonrud, T. & Stølan, S. B. C. (2020). *Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019. Analyse av tilbud for livsstilsendringer og mestrings av sykdom*. Statistisk sentralbyrå (SSB). Rapporter 2020/54, ISBN 978-82-587-1257-9 Hentet 20.8 21 fra [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentraler-og-tilsvarende-helsefremmende-tilbud-i-norske-kommuner-2019)

[publikasjoner/frisklivssentraler-og-tilsvarende-helsefremmende-tilbud-i-norske-kommuner-2019](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentraler-og-tilsvarende-helsefremmende-tilbud-i-norske-kommuner-2019)