

Prosjekt Samhandlingsreformen i Follo

Rapport delprosjekt 4 Friskliv

Dato: Juni 2012

follorådet



Innhold

1	Mål og rammer	4
2	Sammendrag av delprosjektets anbefalinger	5
3	Frisklivssentral og frisklivskordinator	6
3.1	Frisklivssentral	6
3.2	Frisklivskordinator	6
3.3	Brukerrettet	6
3.4	Veileder	6
3.5	Kompetanse	6
3.6	Lokaler	6
4	Lærings- og mestringssenter	7
4.1	Lærings- og mestringssentre	7
4.2	Lærings- og mestringssenter i Follo	7
4.3	Ingen skarpe grenser	7
4.4	Styrket tilbud	7
4.5	Kompetanse/bakgrunn	8
4.6	Lokaler	8
5	Frisklivsklinikk	9
5.1	Sykmelding og uførhet	9
5.2	Tverrfaglig utredning og behandling	9
5.3	Hvilke tilbud finnes i dag?	10
5.4	Frisklivsklinikk i Follo	10
5.5	Alternativer i Follo	10
5.6	Lokaler	12
6	Friskliv i Follo – inkluderende og kontinuerlig	12
6.1	Friskliv Follo	12
6.2	Lokalt tilpasset	13

6.3	Kontinuerlig og inkluderende	13
6.4	Trinnvis implementering.....	13
6.5	Samlokalisering og desentralisering	14
7	Folkehelseoppgaver i kommunene.....	15
7.1	Aktivt dagligliv.....	15
7.2	Frivillighetenes hus	16
8	Hva er gjort andre steder?.....	17
8.1	Frisklivssentraler	17
8.2	Lærings- og mestringssentre	17
8.3	Friskvernklubben i Asker	18
8.4	CatoSenteret.....	18
9	Evaluering og forskning.....	18
9.1	Evaluering	18
9.2	Forskning.....	19
10	Økonomi	19
10.1	Frisklivs koordinator og Frisklivssentral	19
10.2	Lærings- og mestringssenter	20
10.3	Frivillige organisasjoner	20
10.4	Frisklivsklinikk	20
10.5	Finansiering av legestillinger	21
10.6	Folkehelse tiltak.....	22
10.7	Kommunal finansiering.....	22
11	Suksessfaktorer i prosjektet	22
	Kilder	23

1 Mål og rammer

Gjennom Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, den nye Helse- og omsorgsloven og den nye Folkehelseloven, har det de siste årene blitt rettet økt fokus på helsefremmende arbeid og forebygging.

Høsten 2009 startet kommunene i Follo og Ahus et samarbeid med formål å bedre samhandling mellom kommunene og sykehus til det beste for pasientene. Arbeidet med forebygging og begrensning av sykdom har kommet inn som en naturlig del av dette. Begrepet Friskliv, som allerede er godt etablert, har blitt valgt som samlebetegnelse på disse tiltakene.

Sommeren 2011 ble det etablert fire delprosjekter med arbeidsgrupper som skulle komme med anbefalinger innen sine felter. Friskliv var her det ene delprosjektet og endelig rapport ble levert i september 2011. Denne inngikk i Delrapport for Samhandlingsreformen i Follo i oktober 2011. Det ble her anbefalt at hver Follokommune oppretter minimum 100 % fast stilling til frisklivskoordinator for etablering av Frisklivssentral i kommunen. Denne prosessen er nå godt i gang i de fleste kommunene.

Det ble også anbefalt å opprette Friskliv Follo på interkommunalt nivå. Dette er tenkt som et nettverk bestående av frisklivskoordinatorene fra hver enkelt kommune, der disse kan samarbeide om mer avanserte, felles tiltak og kompetanseheving. I tillegg ble det anbefalt å utrede opprettelse av en Frisklivsklinikk i Follo, lokalisert til et lokalmedisinsk senter. En slik Frisklivsklinikk er tenkt å være et tilbud for tverrfaglig utredning, vurdering og behandling av Follo-pasienter med kroniske lidelser relatert til muskel- skjelettsystemet, kroniske smerter og psykosomatiske plager.

Våren 2012 har det derfor blitt nedsatt et nytt delprosjekt Friskliv som fikk følgende mandat:

- Utrede og anbefale interkommunale frisklivstiltak i (tilknytning til) lokalmedisinsk senter.
- Utrede grenseoppgang mellom spesialisthelsetjenestens og kommunenes ansvar og anbefale interkommunale lærings- og mestringsfunksjoner i (tilknytning til) lokalmedisinsk senter.
- Foreslå følgeforskning av delprosjektet.

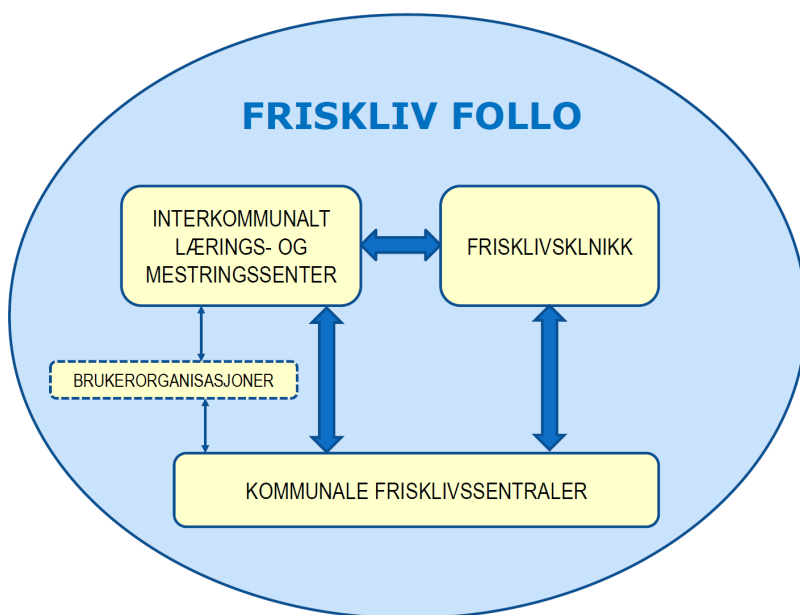
2 Sammendrag av delprosjektets anbefalinger

Det anbefales at hver kommune i Follo ansetter frisklivsordinator og oppretter en kommunal Frisklivssentral. Formålet er å legge til rette for økt livsmestring for kommunens innbyggere og gi hjelp til å endre helseatferd gjennom blant annet økt fysisk aktivitet, sunnere kosthold og røykeslutt.

På interkommunalt nivå anbefales det etablering av et Lærings- og mestringssenter. Formålet her er å lære brukere å leve med kroniske livsstilssykdommer og lettere psykiske lidelser, og gi veiledning i hvordan de kan forebygge utvikling av sykdom. Tilbud her vil gå til pasienter med mer spesielle og sammensatte lidelser enn de som ivaretas kommunalt i frisklivssentralene.

Det anbefales også å opprette en Frisklivsklinikk for tverrfaglig spesialistutredning og behandling av pasienter som har kroniske helseplager på grunn av livsstilssykdommer, sykdommer i muskel-skjelettsystemet, kroniske smertetilstander og lettere psykosomatiske lidelser.

Alle disse strukturene bør i samarbeid med brukerorganisasjoner inngå Friskliv Follo – et interkommunalt nettverk som skal bidra til inkluderende og kontinuerlig arbeid for positiv livsstilsendring blant Follos innbyggere.



Parallelt med disse tiltakene anbefales det at kommunene har fokus på folkehelse gjennom økt tilrettelegging for at innbyggerne skal kunne leve et mer aktivt dagligliv, med blant annet flere lekeplasser, tur- og sykkelstier og frivillig arbeid.

3 Frisklivssentral og frisklivskoordinator

3.1 Frisklivssentral

En frisklivssentral er et kommunalt kompetansesenter og koordinerende ledd innenfor mestring, livsstilsendring og helsefremmende tiltak lokalt. Hovedfokus er på fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Brukerne skal få hjelp til endring gjennom metoder som har dokumentert effekt, og sentralen benytter et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem. Det er hovedsakelig fastlege, NAV og sykehus som henviser personer som har behov for endring av helseatferd, men brukere kan også ta direkte kontakt med frisklivssentralen. Dette skal være et lavterskeltilbud.

3.2 Frisklivskoordinator

Frisklivskoordinatorer leder frisklivssentralene. I samtale med brukere skal de motivere til endring av livsstil, og hjelpe brukerne til å finne egnede tilbud. Frisklivskoordinatorene må kartlegge eksisterende muligheter og tilbud for trening og aktivitet i sin kommune, og bidra til å opprette og organisere nye tilbud, grupper og kurs. Lokal tilpasning er viktig.

3.3 Brukerrettet

Tilbud innen livsmestring og likemannsarbeid utvikles best lokalt i tett samarbeid med brukerorganisasjoner, lag og foreninger. Det er også naturlig med et tett samarbeid mellom frisklivskoordinator og andre kommunale enheter, særlig frivilligsentral, rehabiliteringsenhet, helsestasjon, folkehelsekoordinator og eksisterende tilbud som Aktiv på Dagtid.

3.4 Veileder

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for oppstart av frisklivssentral (februar 2011 - er nå under revisjon). Veilederen er konkret og detaljert. Den forteller hvordan kommunen kan etablere og utvikle Frisklivssentralen med kurs, frisklivsresept og informasjonsarbeid. I veilederen anslås det at 80 % av hjerte- og karsykdommer, slag og type 2-diabetes, samt over en tredjedel av alle krefttilfeller, kan forebygges ved å redusere tobakksbruk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og risikofylt bruk av alkohol.

3.5 Kompetanse

En frisklivskoordinator bør ha bakgrunn med minimum 3-årig høyskole/universitetsutdanning innen fysisk aktivitet og kosthold, og ha videreutdanning/kurs i livsstilsendringskompetanse og avhengighetsproblematikk (se veileder kap 6.1-2). Frisklivskoordinator bør ansettes i 100 % stilling i hver kommune. Kollegebasert veiledning og fordypningskurs anbefales.

3.6 Lokaler

Frisklivskoordinator må ha et kontor der registrering og brukersamtaler kan gjennomføres. Det er en stor fordel å ha tilgang til grupperom/treningslokaler, men mye aktivitet kan foregå ute. For å arrangere inspirerende kostholdskurs må frisklivskoordinator ha tilgang til kantinefasiliteter/skolekjøkken.

4 Lærings- og mestringsenter

4.1 Lærings- og mestringsentre

Lærings- og mestringsentre brukes i dag av helseforetakene for å lære pasienter og deres pårørende om kronisk sykdom og er et supplement til medisinsk behandling. Behandlingen skjer i grupper, der fokus er på brukernes ressurser og muligheter. Metodene er basert på dialog, veiledning og erfaringsutveksling. Brukere og pårørende deltar aktivt i behandlingsopplegget.

Der lærings- og mestringstjenester i spesialisthelsetjenesten i stor grad er diagnoseorientert, bør kommunale lærings- og mestringstjenester rette seg mot funksjonsevne. Det vil si at fokus bør være på å lære å mestre og leve med sykdom og skade. Brukermedvirkning bør være en sentral del av arbeidet, og det er viktig å etablere et system for hvordan dette skal ivaretas best mulig.

4.2 Lærings- og mestringsenter i Follo

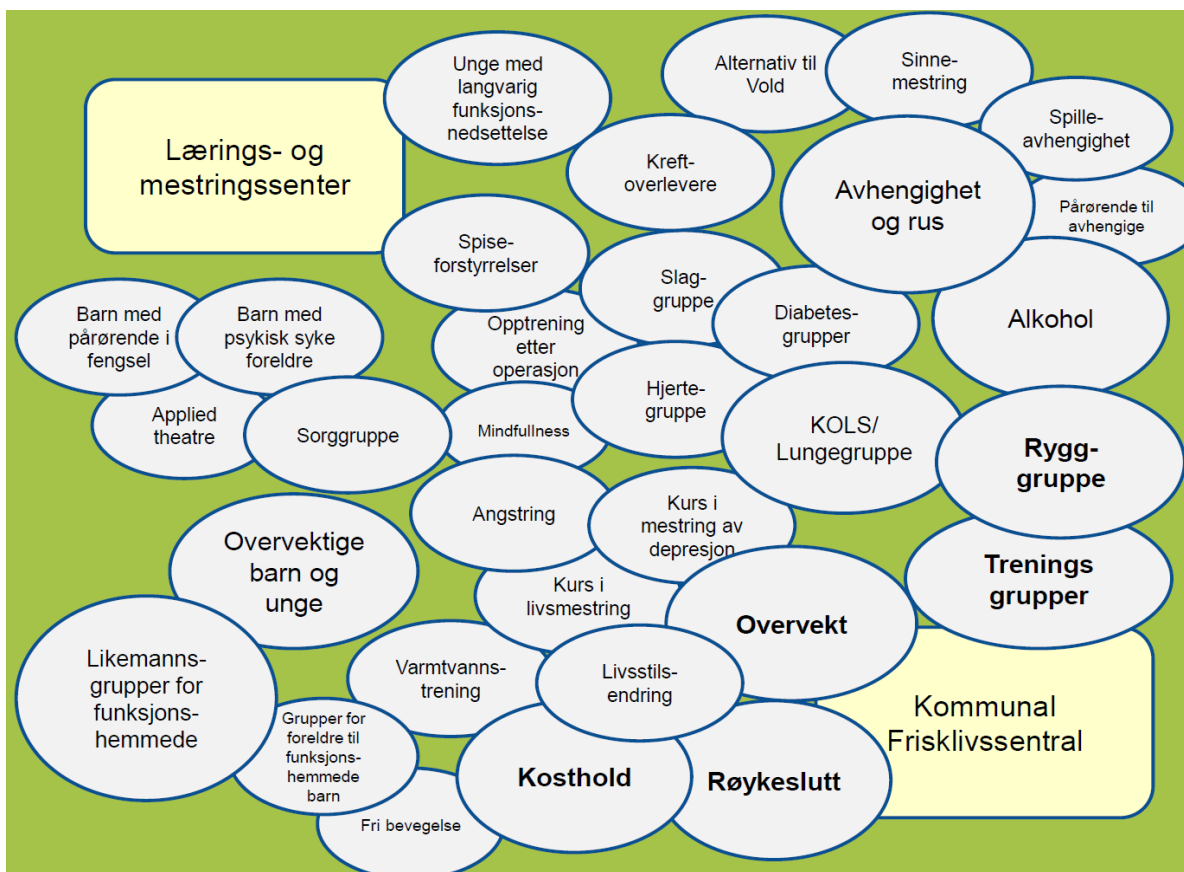
Det anbefales at man oppretter et interkommunalt lærings- og mestringsenter i Follo, der fokus er på å forebygge og lære å leve med livsstilssykdommer og lettere psykiske lidelser. Et interkommunalt lærings- og mestringsenter må drives i tett samarbeid med frivillige organisasjoner og brukere, kommunale tilbud, fastleger, sykehus og lærings- og mestringsentre drevet av Helse Sør-Øst. Senteret bør være et samlingssted der frivillige organisasjoner kan drive likemannsarbeid og etablere og videreutvikle sine tilbud.

4.3 Ingen skarpe grenser

Frisklivssentralene og et interkommunalt lærings- og mestringsenter vil overlappe hverandre, og bør sees i sammenheng med hensyn til oppgaver. Generelt sett bør frisklivssentralene gjennomføre enklere og mer grunnleggende kurs og gruppebehandling der det er store brukergrupper kommunalt. Lærings- og mestringsenteret bør ivareta mer spesialiserte funksjoner og organisere kurs og gruppebehandling dersom brukergruppen er mindre eller mer selektert. Personalet ved lærings- og mestringsenteret kan gjerne bidra til igangsetting av mer avanserte kommunale tilbud dersom det er nok brukere i en kommune. Det er heller ikke noe i veien for at helseforetakenes lærings- og mestringsentre desentraliserer sine tilbud til det interkommunale senteret dersom pasientgrunnlaget er stort nok. Lærings- og mestringsenteret i Follo bør utvikle et formalisert samarbeid med fagmiljøene på Ahus.

4.4 Styrket tilbud

Da Samhandlingsreformen var ute til høring gav Norges Handikapforbund uttrykk for sterk skepsis og var redde for at tilbudet til funksjonshemmede skulle segmenteres og raseses i den nye reformen. Med et interkommunalt lærings- og mestringsenter i tillegg til Frisklivssentralene, håper vi at tilbudet til blant annet funksjonshemmede i Follo i stedet vil oppleves som styrket.



Tenkt fordeling av mulige oppgaver mellom frisklivssentral og lærings- og mestringssentre – uten faste grenser

4.5 Kompetanse/bakgrunn

Personalet bør ha samme kompetanse som en frisklivskoordinator, med fokus på livsstilsending. Da lærings- og mestringssenteret vil få en overordnet funksjon med hensyn til samarbeid og koordinering, bør personalet ha bakgrunn fra samhandling, ledelse og prosjekt- og organisasjonsarbeid.

4.6 Lokaler

Lærings- og mestringssenteret har i utgangspunktet samme behov for lokaler som frisklivssentralene. Senteret trenger kontorer der brukersamtaler kan gjennomføres og tilgang til grupperom/møterom og gjerne kjøkken/kantinefasiliteter. Behovet for grupperom/møterom er sannsynligvis større for lærings- og mestringssenteret. Tilgangen til slike rom må være mer permanent, også på kveldstid og i helger, for å kunne gjennomføre tilbud for brukere og/eller i regi av frivillige som er i arbeid.

5 Frisklivsklinikk

5.1 Sykmelding og uførhet

Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og psykiske lidelser har i følge NAVs statistikk de siste årene stått for over halvparten av det samlede sykefraværet i Norge.

Tabell 2. Andel legemeldte tapte dagsverk pr diagnose for Akershus

År	2006	2007	2008	2009	2010
Prosent i alt	100	100	100	100	100
Allment og uspesifisert	5,2	5,6	5,9	5,7	5,4
Sykdom i fordøyelsesorganene	4,6	4,7	5,2	4,5	4,7
Hjerte- og kar sykdommer	5,1	5,2	4,8	4,4	4,6
Muskel-/skjelettlidelser	39,9	39,4	39,4	38,3	39,7
Sykdommer i nervesystemet	4,7	4,8	5,1	4,6	5,1
Psykiske lidelser	18,5	18,4	18,5	19,5	19,3
Sykdommer i luftveiene	7,0	6,8	6,3	8,7	6,5
Svangerskapssykdommer	5,9	6,2	6,0	5,8	5,9
Andre lidelser	8,6	8,3	8,3	8,1	8,6
Ukjent	0,6	0,6	0,5	0,4	0,3

Kilde: Nav-statistikkportal, <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Statistikkportal>

Årsaken er både at det er mange pasienter med slike lidelser, men også at sykmeldingene ofte er langvarige. Lange sykmeldingsperioder er i seg selv en risikofaktor for at den sykmeldte ikke kommer tilbake i jobb, men i stedet mottar ytelser fra NAV og på sikt kan ende som ufør. Mennesker som står utenfor skole og arbeidsliv har ofte dårligere fysisk og psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid.

For å hjelpe disse pasientene tilbake i jobb – og til bedre helse - er det viktig å korte ned på tid til utredning og behandling.

5.2 Tverrfaglig utredning og behandling

Pasienter med livsstilssykdommer, sykdommer relatert til muskel-skjelettsystemet, kroniske smerter og lettere psykosomatiske lidelser trenger ofte bred tverrfaglig utredning og vurdering før man finner riktig behandling. Fastleger kan bidra i vesentlig grad i denne prosessen, men må ofte henvise til vurdering hos forskjellige spesialister underveis. Spesialistene gjør da hver sin undersøkelse og vurdering, og informerer fastlegen om sine funn. Skal pasienten til flere spesialister blir den totale ventetiden ofte lang. Totaloversikten er det i beste fall fastlegen og pasienten selv som har, og på det grunnlaget blir det bestemt hvilken behandling pasienten bør få. Ofte finnes ikke denne behandlingen som et tilbud på et sted, og pasienten må henvises til flere behandlere. Dette tar ytterligere tid. Når behandlingen utføres av flere behandlere - som ofte har forskjellige syn på årsaksforhold og hvilke tiltak som er best - blir behandlingen i beste fall fragmentert og i verste fall motstridende. Hver enkelt behandling i seg selv kan være riktig, men mangel på helhet og kontinuitet - og den forvirringen pasienten opplever ved stadig å få nye forklaringer på sine problemer - bidrar til at behandlingen blir mindre effektiv.

Tverrfaglige sentre, der pasienten kan komme til vurdering hos alle relevante spesialister innen rimelig tid, hvoretter spesialistene sammen med pasienten bestemmer og utfører den videre behandlingen, vil i betydelig grad forbedre og effektivisere behandlingen av kompliserte og sammensatte sykdommer. Når utredning og behandling foregår som et samspill mellom spesialister/behandlere og pasienten over tid, vil man oftere finne forklaringer, felles forståelse av og behandling for lidelser som i dagens fragmenterte behandlingstilbud ofte blir stående uforklart og ubehandlet.

5.3 Hvilke tilbud finnes i dag?

Det som finnes av tverrfaglige tilbud til pasienter i Follo i dag, er enten ikke tilgjengelig før de har kommet (langt) inn i et sykmeldings-/attpøringsløp, eller de er lokalisert utenfor Follo.

Fastleger kan for eksempel ikke henvide direkte til CatoSenteret for utredning og behandling, kun selekterte pasienter som vurderes av Sentral enhet Rehabilitering. Pasienter som kommer til CatoSenteret henvises oftest etter innleggelse/utredning på sykehus eller fra NAV for arbeidsrettet rehabilitering.

Sykehuset Østfold – Askim, Fysikalsk medisinsk avdeling ved Ullevål sykehus (Oslo Universitetssykehus) eller Friskvernklubben i Asker har alle gode tilbud, men reise og reisetid er et problem for brukere med kroniske lidelser i så stor grad at tilbudene ofte ikke blir benyttet av pasienter fra Follo.

Man kunne tenke seg at sykehusene i regionen burde kunne bidra til tverrfaglig utredning og behandling. Imidlertid er det lite tradisjon for at spesialistene på sykehuset diskuterer og vurderer pasienter tverrfaglig dersom de ikke er organisert konkret for samarbeid slik tilfellet er i avdelingene nevnt over.

5.4 Frislivsklinikk i Follo

Det er et stort behov for et tverrfaglig senter i Follo som både kan utrede og intervensere tidlig med riktig behandling. Det anbefales derfor at det opprettes en interkommunal Frislivsklinikk. Formålet med klinikken er at pasienter kan komme til tverrfaglig utredning og behandling av sykdommer innen muskel-skjelettsystemet, diabetes, KOLS, overvekt, kroniske smerter og lettere psykosomatiske lidelser som er for kompliserte til å ivaretas kommunalt.

Det vil oftest være fastleger og frislivskoordinatorer som henviser til en slik Frislivsklinikk, men klinikken vil også kunne bidra med utredninger, vurderinger og eventuelt behandling av pasienter som mottar ytelse og hjelp fra NAV. NAV sentralt og Helse Sør-Øst RHF kjøper i dag tjenester innen arbeidsrettet rehabilitering og sammensatte lidelser fra flere tilbydere, dels utenfor Follo. Dersom slike tjenester blir tilgjengelige lokalt, vil man i stedet kunne kjøpe tjenestene her. Dette vil bidra både til pasientgrunnlag og finansiering for Frislivsklinikken og til bedre behandling for pasientene.

5.5 Alternativer i Follo

Delprosjektet ser for seg flere alternativer for opprettelse av en Frislivsklinikk i Follo.

1. Kommunene kan gå sammen om å opprette en fullverdig Frislivsklinikk med bemanning for bredt tverrfaglig arbeid. Dette inkluderer legespesialister innen fysikalsk medisin, lungemedisin/indremedisin og rehabilitering, psykologspesialist, fysioterapeuter, treningspedagoger, og kliniske ernæringsfysiologer.

2. Kommunene kan starte et midlertidig prøveprosjekt med en redusert grunnbemanning i forhold til alternativ 1, og evaluere resultater underveis med hensyn til helseeffekt for pasienter og kostnadseffektivitet for kommunene. En fysikalsk medisiner, to fysioterapeuter med idrettsfaglig kompetanse og en kognitiv terapeut (i deltidsstilling) er et minimum for å kunne gi et tverrfaglig tilbud til muskel-skjelettlidelser. For å utvide med KOLS-behandling trenger klinikken lungespesialist (lege/sykepleier) i deltidsstilling. For å kunne arbeide med overvekt og diabetes trenger klinikken en klinisk ernæringsfysiolog.
3. Kommunene kan opprette en Frisklivsklinikk med fysioterapeuter, treningspedagoger og kliniske ernæringsfysiologer, og legge til rette for at legespesialister fra spesialisthelsetjenesten kan jobbe noen dager i uken ved klinikken, i stedet for å se pasientene på poliklinikken på sykehuset eller i egen privat praksis.
4. Kommunene kan inngå avtaler med allerede etablerte institusjoner om kjøp av tjenester.
5. Kommunene kan invitere private tilbydere til å opprette en Frisklivsklinikk.

Alternativ 1 med fast ansatt bemanning vil innebære stor grad av interkommunal styring og kontroll. Det vil være den strukturen det blir lettest for fastleger, NAV og de andre aktørene i frisklivsarbeidet å samhandle med. En slik klinikk vil måtte bygges opp gradvis, men med et klart og definert mål om størrelse og bemanning fra starten, innen fleksible rammer ettersom hvor stort behovet viser seg å være. Det må tidlig etableres en administrativ ledelse som også har fokus på anbud og ekstern finansiering. Tilbudet vil gi stor faglig bredde, og innebære gode muligheter for desentralisering av tjenestene klinikken tilbyr ut til kommunene. Det er imidlertid den løsningen som innebærer størst økonomisk risiko for kommunene.

Alternativ 2 med et midlertidig prøveprosjekt, vil innebære lavere økonomisk risiko, mens interkommunal styring og kontroll blir ivaretatt. Evaluering og forskning blir viktig fra første dag for å dokumentere effekt. Det vil sannsynligvis bli vanskelig å finne ekstern finansiering da prosjektet ikke vil kunne konkurrere med eksisterende tilbud. Det kan bli vanskeligere å rekruttere fastleger som henvisere, fordi prosjektet får en midlertidig karakter. Om man velger denne modellen må det legges til rette for at prosjektet enkelt kan videreføres og eventuelt utvides (tilsvarende alternativ 1) dersom resultatene er gode.

Alternativ 3 med eksterne legespesialister vil ha mange av de samme fordelene som alternativ 1, men mindre økonomisk risiko. Kommunal styring og kontroll blir redusert, siden en slik modell krever avtale med helseforetakene. Modellen blir da mer sårbar for interessekonflikter mellom «eierne».

Alternativ 4 med avtaler med eksisterende institusjoner er enkelt og lite risikofylt for kommunene. Den mest sannsynlige samarbeidspartneren i Follo ville være CatoSenteret. Dette ligger imidlertid i utkanten av Follo, og mange aktuelle brukere vil vegre seg for reiseveien. Dette gjelder i økende grad for tilbud utenfor Follo slik som Friskvernklinikken i Asker. Dersom man ønsker et større tilbud, kan dette bli uforholdsmessig dyrt. Det blir også vanskeligere å samordne tilbudet med det øvrige frisklivsarbeidet på grunn av liten grad av interkommunal styring og kontroll.

Alternativ 5 vil kunne innebære en anbudskonkurranse mellom interesserte private tilbydere der kommunen velger den tilbyderen med den totalt sett mest interessante og kostnadseffektive løsningen. Eventuelt kan man invitere private tilbydere til selv å definere det beste tilbudet og deretter etablere

for egen regning og risiko. Dette innebærer lave kostnader, men også liten grad av styring og kontroll for kommunene. En slik løsning medfører sannsynligvis at klinikken blir stående helt på siden av nettverket Friskliv Follo, og den kommer sannsynligvis til å bidra til dette i liten grad.

5.6 Lokaler

En Frisklivsklinikk vil trenge store fleksible treningsrom, dels uten og dels med apparater, i tillegg til kontorlokaler og undersøkelsesrom. Treningsrom uten apparater vil kunne brukes til undervisnings- og grupperom. Det er gunstig med tilgang til gode utearealer for trening og aktivitet.

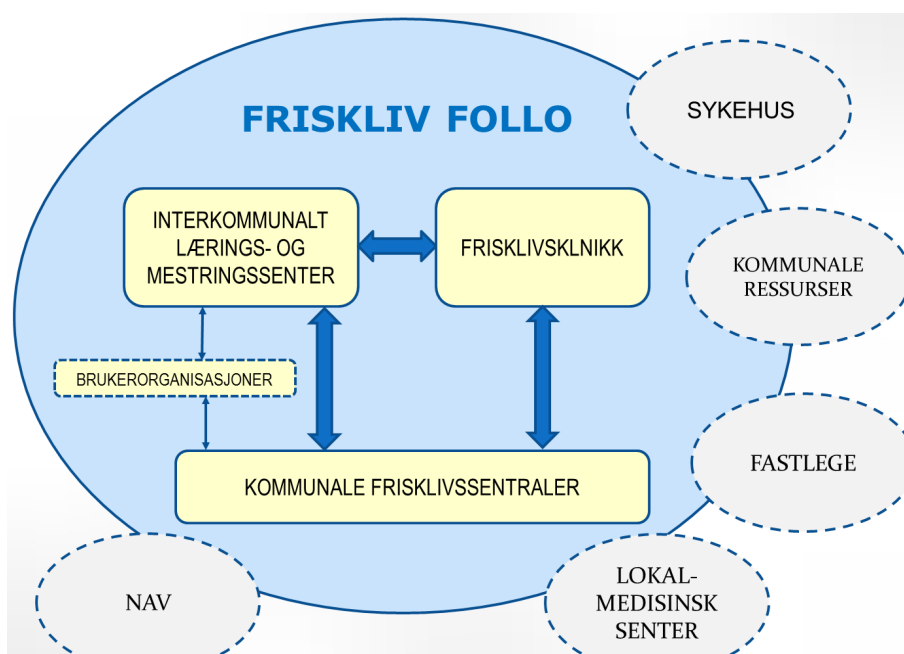
6 Friskliv i Follo – inkluderende og kontinuerlig

6.1 Friskliv Follo

Frisklivsordinator i Ski har tatt initiativ til å opprette et nettverk for frisklivskoordinatorene i Akershus der de kan utveksle kunnskap og erfaringer. Dette har vist seg så hensiktsmessig og nødvendig for frisklivskoordinatorene at organiseringen har blitt overtatt av Fylkesmannen i Oslo og Akershus.

Vi ser for oss at det organiseres et nettverk med alle frisklivskoordinatorene i Follo, med enda tettere samarbeid enn det som finnes i Akershus i dag. Der vil frisklivskoordinatorene både kunne utveksle kunnskaper og erfaringer, men også samarbeide om tiltak over kommunegrensene. Da blir det interkommunale lærings- og mestringssenteret en naturlig overbygning. Frisklivssentralene og det interkommunale lærings- og mestringssentret henger nært sammen med hensyn til innhold, målgruppe og funksjon. Et nettverk med kunnskapsutveksling, kurs og samarbeid med brukerorganisasjoner vil være til det beste for alle parter. Vi ser også for oss at den anbefalte Frisklivsklinikken er en naturlig del av dette nettverket, i alle fall dersom den drives interkommunalt. Dette vil bidra til økt tverrfaglighet og spesialkompetanse på flere områder.

Dette nettverket av Frisklivssentraler, Lærings- og mestringssenter, Frisklivsklinikk og brukerorganisasjoner har vi valgt å gi navnet Friskliv Follo.



6.2 Lokalt tilpasset

Innen Friskliv Follo vil det kunne opprettes gode tverrfaglige og lokalt tilpassede kurs, samlinger og gruppetilbud. Dette gir også rom for at spesialkompetanse innen nettverket reiser ut til de kommunene der det er behov for å holde kurs eller organisere gruppebehandling når det ansees formålstjenlig.

Ressurspersoner som kan bidra i nettverket er fastleger, fysioterapeuter og andre behandlere på kommunalt nivå, samt personale fra det planlagte lokalmedisinske senteret. Tannhelsetjenesten har også mye kunnskap om kosthold og lokal folkehelse, og kan bidra i lokale kurs og grupper.

6.3 Kontinuerlig og inkluderende

Arbeidsgruppen ser for seg Friskliv i Follo som et inkluderende og kontinuerlig tilbud. Brukere med behov for livsstilsendring vil få tilbud kommunalt i frisklivssentralen. Dersom det foreligger mer spesielle behov eller ved mindre vanlige diagnoser, vil brukerne kunne henvises videre til lærings- og mestringssenteret interkommunalt. De som derimot har etablerte livsstilssykdommer, vil kunne få en tverrfaglig utredning og behandling i Frisklivsklinikken interkommunalt før de henvises tilbake til kommunale tilbud. Pasienter som faller ut av tilbudet vil kunne motiveres/henvises på nytt til riktig nivå ved neste kontakt med sin fastlege eller NAV.

Det er imidlertid viktig at man ved behandlingsstart tenker på veien videre for brukerne, og planlegger hvilke tilbud de på sikt kan nyttiggjøre seg innen frivillige lag og foreninger, eventuelt i treningssentre eller brukerstyrte grupper. For å holde ventetiden nede, ser vi for oss at tilbudene innen Friskliv Follo vil være tidsbegrenset til for eksempel 3 måneder, men med mulighet for gjentakelse flere ganger, og med tilbud om nye kurs og grupper som anses aktuelle for den enkelte når disse opprettes. Dette er i tråd med nyere forskning, som viser at livsstilsendring er en krevende og langvarig prosess for mange, men at å delta i et fellesskap ofte er inspirerende.

6.4 Trinnvis implementering

De forskjellige strukturene i nettverket kan opprettes trinnvis.

Trinn 1

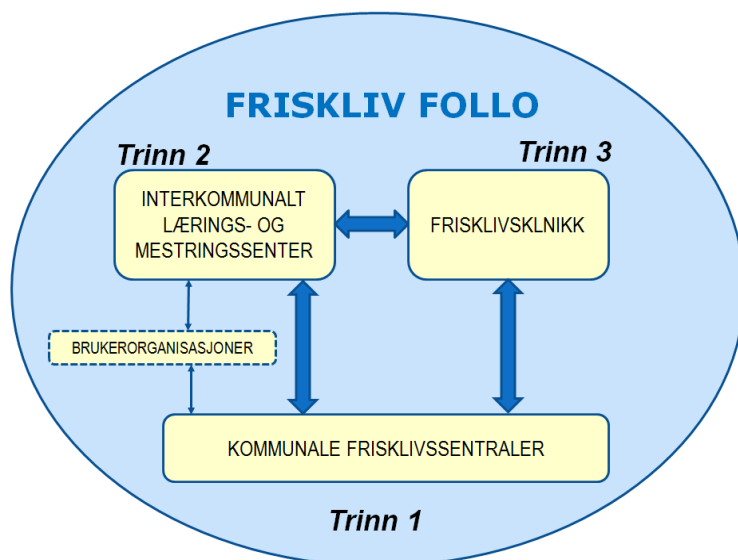
Kommunene i Follo har enten drevet frisklivssentral en periode (Oppegård, Ski), ansatt koordinator (Nesodden), er i ansettelsesprosess (Ås), eller planlegger og har søkt midler til ansettelse av frisklivskoordinator (Enebakk, Frogn). I Vestby er prosessen foreløpig på idestadiet. Etablering av nettverk er allerede i gang, og det er naturlig at det fortsetter parallelt med nyansettelser. Ansettelse av frisklivskoordinator i kommunen er en forutsetning for at kommunens innbyggere skal kunne få tilgang til og nytte av de øvrige frisklivstilbudene i Follo.

Trinn 2

Etablering av et interkommunalt lærings- og mestringssenter som en overbygning og spesialisering av tilbudene i frisklivssentralene er en naturlig fortsettelse som et andre trinn. Flere kommuner har allerede kommet godt i gang med frisklivsarbeidet. Prosjektgruppen vurderer derfor å ansette en person som kan koordinere de tilbud som finnes, evaluere og bidra til å videreutvikle disse, jobbe mot brukerorganisasjoner sentralt og søke prosjektmidler. En interkommunal koordinator vil også virke som en katalysator og veilede i den videre prosessen i de kommunene som ikke har kommet helt i gang med frisklivsarbeidet.

Trinn 3

En Frisklivsklinikk er viktig i forhold til tverrfaglig utredning og behandling, og vil bidra til å forebygge og redusere kronisk sykdom og innleggelse i sykehus. De andre strukturene er likevel ikke avhengig av en slik klinikk for å fungere. En Frisklivsklinikk blir dermed trinn 3.



6.5 Samlokalisering og desentralisering

Det er viktig at alle strukturer i Friskliv Follo lokaliseres i tilknytning til offentlig kommunikasjon slik at alle brukere får lett tilgang.

En samlokalisering av flere strukturer, sammen med det planlagte lokalmedisinske senteret vil ha betydelige synergieffekter og bidra til økt tverrfaglig samarbeid og tettere nettverk. Ikke bare vil de kunne ha felles administrasjon og IKT-løsninger, men lærings- og mestringssenteret og frisklivsklinikken kan disponere felles undervisnings-, møte-, trenings- og grupperom. I et lokalmedisinsk senter vil det sannsynligvis også bli kjøkken- og kantinefasiliteter, og da kan disse bli tilgjengelige også for kurs i regi av Friskliv Follo.

Faglig sett vil en slik organisering medføre at det blir lettere å jobbe med gjensidig kompetanseutvikling, oppdatering innen forskning og formidling av ny kunnskap. En større, sentralisert frisklivsenhet i Follo vil også lettere kunne få en rolle som kunnskapsformidler og nettverksbygger for fagpersoner som jobber kommunalt, og dermed bidra til kompetanseheving på alle nivå. Erfaringer så langt har også vist at brukerorganisasjonene er mer interessert i å etablere sentrale tilbud.

En samlokalisering av lærings- og mestringssenteret, frisklivsklinikk og det planlagte lokalmedisinske senteret er sannsynligvis den beste faglige og mest kostnadseffektive løsningen.

På den annen side vil sentralisering og samlokalisering føre til økt reisetid for brukere som bor i kommunene lengst fra senteret. Det blir også større avstand mellom det kommunale hjelpeapparatet i disse kommunene og det interkommunale frisklivstilbudet. I tillegg er det naturlig å tro at vertskommunen og de tiliggende kommunene vil benytte tilbudet i større grad enn kommuner lenger unna.

Dette kan i noen grad kompenseres ved at personalet ved lærings- og mestringssenteret og frisklivsklinikken reiser ut til kommunene etter avtale og tilbyr sin kompetanse som en ambulerende tjeneste. Personalet ved lærings- og mestringssenteret kan benytte frisklivssentralens lokaler, mens personalet fra frisklivsklinikken kan gjøre avtaler om bruk av lokaler på et fysioterapi- eller treningssenter etter behov. Slik vil en kunne oppnå en balanse mellom behov for effektiv utnyttelse av lokaler og personale, tverrfaglighet og kostnadseffektivitet på den ene siden, med behov for desentralisering av tilbudene i et såpass vidstrakt område som Folloregionen på den andre siden.

En slik desentralisering av tilbudet i frisklivsklinikken blir lettere med fast ansatt personale og større grad av interkommunal styring. Desentraliserte tilbud er vanskeligere å organisere med privatpraktiserende spesialister, kjøp av tjenester fra eksterne organisasjoner, spesialister som lånes ut fra sykehus eller dersom private aktører etablerer en frisklivsklinikk.

7 Folkehelseoppgaver i kommunene

7.1 Aktivt dagligliv

Kommunene får et betydelig økt ansvar for folkehelsearbeidet i årene fremover gjennom de nye reformene og lovene. Prinsippet «helse i alt vi gjør» er nå nedfelt i folkehelseloven.

Helsefremmende og forebyggende arbeid er svært viktig for å redusere konsekvenser av livsstilssykdommer og kostnadene som følger med. Effekten av dette arbeidet vil ikke være så synlig de første årene. For å høste disse effektene så tidlig som mulig, bør kommunene snarest igangsette enkle tiltak og ha kontinuerlig fokus på dette arbeidet fremover.

Mange mennesker ønsker ikke å drive aktiv trening. For mange er heller ikke aktiv trening nødvendig for å leve et sunt liv, da et aktivt dagligliv gir mye av den samme mosjonen. Det er ikke mindre trening som gjør at livsstilssykdommer øker i vår befolkning. Gjennomsnittsnordmannen trener mer enn for 30-50 år siden. Det er aktiviteten i det daglige som er redusert. Derfor er det viktig at kommunen legger til rette for at personer som i dag savner et tilbud, men som ikke ønsker å trene aktivt, kan finne andre arenaer for fysisk aktivitet.

I 1950 var det fem ganger flere barn enn biler i Norge. I dag er det 2,5 ganger flere biler enn barn. Det gjør at veien (og «løkka») som tidligere var den nærmeste og en av de viktigste arenaene for barns lek, ikke lenger er særlig aktuell til dette i de fleste områder. Hvis det da ikke finnes lekeplasser eller andre utearealer barn kan bruke til lek i nærområdet, vil de ofte leke innendørs som gjerne innebærer mer stillesittende aktiviteter med spill, data og liknende.

En kommune må tilrettelegge for at befolkningen får gode lekeområder, friområder, friluftsområder og rekreasjonsområder. Utforming av boligarealer med infrastruktur der gang- og sykkelveier og lekeplasser prioriteres er viktig. Tilbud som er nær der folk bor og lever, fører til at flere brukergrupper får mulighet til å nyttiggjøre seg tilbudene.

Lokal tilrettelegging for et aktivt dagligliv:

- *sentrumsnære turveier*
- *lekeapparater på skoler og i det offentlige rom*
- *treningsapparater ute*
- *preparerte skiløyper*
- *sykkel- og turstier mellom kommunene*
- *åpne idrettshaller*
- *lekeplasser regulert inn i nye boligområder*
- *kostholdskurs for lærere i mat- og helse og SFO/barnehager*
- *merker og konkurranser mellom skoler organisert av frisklivs koordinator administrert av skolepersonale/idrettslinje*
- *uformelle konkurranser innen friskliv mellom skoler, kommunalt ansatte, firma mm (gang-/sykkelkonkurranser, gå-til-skolen kampanjer, sunneste matpakke, kokkekamp, turmerker etc.)*

7.2 Frivillighetenes hus

En arena for aktivt dagligliv kan også være et Frivillighetens hus – en møteplass for de som ønsker hjelp og for de som ønsker å hjelpe - for alle mellom 0 og 100+. Huset bør inneholde både ute- og inne fasiliteter for en kreativ hverdag. Et Frivillighetens hus vil være i tråd med Folkehelseloven §4 *Kommunens ansvar for folkehelsearbeid tredje ledd; «regulere særskilt forholdet til frivillig sektor og andre aktører, både offentlige og private.*

Frivillighetens hus skal være en lavterskel møteplass der alle kan bruke lysten til å bidra med frivillig innsats, bruke evnene sine, oppleve mestring og livsglede og ikke minst være med i et sosialt fellesskap. Et slikt hus bør stor grad bør være brukerstyrt, og drives gjennom frivillig innsats i samarbeid med kommunen og frivilligsentralen.

En samlokalisering av frivilligsentral, frivillighetens hus og frisklivssentral vil ha positive synergieffekter. Tilbud som dette har blitt formalisert gjennom blant annet NaKuHel (NaturKulturHelse), se www.nakuhel.no

I et Frivillighetens hus kan det legges til rette for

- Turgrupper, trimgrupper, stavganggruppe, "tjukkasgruppe", trillegrupper for småbarnsforeldre
- Bridgegrupper, akvarellkurs, litteraturgrupper, korgrupper, fotogrupper
- Matlagingskurs, mat-4-men-kurs, bakegruppe; spise middag sammen
- Snekkergruppe i kjelleren, mekanikergruppe i garasjen, gartnergruppe med urtehage og drivhus etc.
- Bål plass
- SMS - og datakurs for pensjonister via ungdommer
- Kurs, samhandling mellom ung og voksen, foredrag for diagnosegrupper
- Arbeidstrening f.eks. merkantil arbeid/drift av hus
- Selvhjelpsgrupper, sorggrupper
- Frivillige organisasjoner

Kun fantasien setter grenser.

8 Hva er gjort andre steder?

8.1 Frisklivssentraler

Mange kommuner har startet frisklivssentral. For utfyllende informasjon vises det til veilederen.

Evalueringsstudier av frisklivssentraler i Buskerud og Nordland har vist at dette er et tilbud som rekrutterer personer med lav utdanning. Det er viktig, da det i Norge er vist en klar sammenheng mellom helsetilstand og utdanningsnivå.

Evalueringsstudier fra fem fylker viser også at frisklivssentralene treffer deltakerne med et godt tilpasset tilbud. Legene som henviser mener frisklivssentralene er gode tiltak for å nå dem som ikke kommer i gang med fysisk aktivitet på egen hånd. Forskning i Norge, Sverige og Danmark dokumenterer bedret helse og at tiltaket er kostnadseffektivt (Veileder for kommunale frisklivssentraler, Hdir, s12).

I indre Østfold ble det gjort et forsøk med frisklivskordinator i 40 % stilling som skulle fordeles på åtte kommuner. Arbeidet her ble tilfeldig etter hvilke kommune som tok kontakt med frisklivskordinator og hvilke kommuner som hadde rom å tilby for samtale. Erfaringen som ble gjort her, var at stillingsprosenten ikke sto i forhold til arbeidsområdene, avstander og antall mennesker frisklivskordinatoren måtte forholde seg til.

8.2 Lærings- og mestringssentre

I Trondheim har det blitt opprettet et interkommunalt lærings- og mestringssenter med sterk fokus på brukermedvirkning. Arbeidet her har fokus på informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere langvarig sykdom og helseforandringer. Lærings- og mestringssenteret har en koordinatorfunksjon i samarbeid med helseforetak, brukerorganisasjoner og andre lokale aktører.

Lærings- og mestringssenteret i Sandefjord startet i 2004. Senteret gir tilbud om kurs- og læringstilbud. Noen av tilbudene er på tvers av diagnoser og livssituasjon, mens andre er for personer med relativt likt utgangspunkt. På senteret er det et godt utstyrt treningssenter, og gruppetrening ledes av fysioterapeuter og instruktører. Det gis også kurs i bruk av trygghetsnett, som er et nettbasert tilbud for pårørende til hjemmeboende med slag eller demens. Selvhjelpsgrupper har møteplass på senteret, og det arrangeres temadager i samarbeid med interesse- og brukerorganisasjoner. På senteret er det også etablert Lyst på livet-cafe etter svensk modell – et tiltak for å fremme egen helse og livskvalitet hos pensjonister.

På Stovner i Oslo er det etablert et frisklivs- og mestringssenter som har som mål å tilby alle som har behov for det, et skreddersydd og individuelt tilpasset opplegg som stimulerer til endring av livsstil og økt mestring. Der arrangeres mestringkurs knyttet til temaer som berører mental helse, kosthold, livsstilsendring og diabetes.

Distrikts-medisinske sentre (DMS) har blitt opprettet flere steder i Norge de siste ti årene. Fellesnevneren for disse sentrene er at de gir et desentralisert tilbud av spesialisttjenester, samlokalisert med kommunale tjenester. Friskliv og Lærings- og mestringssentre har blitt en del av dette tilbudet på flere DMS de senere år, blant annet i Inn-Trøndelag, Værnesregionen/Stjørdal og Hallingdal. I disse DMSene har Lærings- og mestringssentrene hatt fokus på overvekt, diabetes, KOLS, livsstyrketrening, hjertepasienter, Parkinson og balansetrening for å forebygge fallskader.

8.3 Friskvernklubben i Asker

Friskvernklubben i Asker har et tverrfaglig helsetilbud på spesialistnivå til de pasientgruppene som topper sykmeldings- og uførestatistikken i Norge. Dette gjelder pasienter med utbrenthet, sykkelig overvekt og pasienter med kroniske og sammensatte problemstillinger innen muskel/skjelettsystemet. Fagteamet ved Friskvernklubben består av legespesialister innen psykiatri, fysikalsk medisin og rehabilitering, psykologspesialist, fysioterapeuter, herunder spesialist manuell terapi, treningspedagoger, og kliniske ernæringsfysiologer samt arbeidskonsulenter. Dette utgjør tilsammen 30 medarbeidere fordelt på 25,5 årsverk. Klubben har lokaler med store treningsrom, grupperom for spesialisert trening og undervisning, og kontorer og undersøkelsesrom.

Friskvernklubben er i dag privat eid og hovedfinansiert gjennom rammeavtaler med Helse Sør-Øst for behandling av overvekt hos voksne og barn, behandling av muskel- og skjelettlidelser og attføringsarbeid gjennom ordningen «Raskere Tilbake». Friskvernklubben har også rammeavtaler med NAV og Asker kommune. I 2011 utredet Friskvernklubben ca. 1800 pasienter og behandlet ca. 650 pasienter. Dette utgjorde til sammen ca. 20 000 pasientkonsultasjoner. Etterspørselen etter klubbens tjenester er stadig økende.

8.4 CatoSenteret

CatoSenteret i Son er en stiftelse etablert av flere brukerorganisasjoner, og har siden 1998 gitt tilbud innen kompleks rehabilitering. Siden 2003 har de også tilbud innen arbeidsrettet rehabilitering. Cato Zahl Pedersen har hele tiden vært en viktig medspiller, og brukes som eksempel på hva mennesker kan utrette med motivasjon, målrettet innsats, kreativitet og samarbeid. I tillegg til trenings- og behandlingsrom har senteret basseng og kantine. Senteret tilbyr døgnbehandling med overnatting.

CatoSenteret har i dag avtale med Helse Sør-Øst RHF om rehabilitering rett fra sykehus etter skader, multitraume, kreft, hjerneslag, nevrologiske sykdommer og utmattelsestilstander. Senteret har også avtale med NAV om arbeidsrettet rehabilitering med tverrfaglig utredning og behandling som både dag- og døgntilbud. Pasienter som vurderes i spesialisthelsetjenesten kan henvises under ordningen «Raskere tilbake» dersom det anses at de trenger et rehabiliteringstilbud. Pasienter kan henvises fra fastlege/relevant spesialist utenfor offentlig sykehus, men slike henvisninger vurderes av Sentral enhet for Rehabilitering med hensyn på om pasienten vil kunne profitere på rehabilitering i forhold til videre yrkesaktivitet før de eventuelt oversendes CatoSenteret. Det er i dag ikke noe lavterskeltilbud ved CatoSenteret for henvisning direkte fra fastlege for pasienter som ikke har et arbeidsforhold.

9 Evaluering og forskning

9.1 Evaluering

I Oppegård og Ski er frisklivssentralene i ordinær drift. Så langt har det ikke blitt gjort noen strukturert innsamling av resultater og brukeropplevelse. Det er derfor vanskelig å kvantifisere helseeffekten av dette arbeidet i Follo. Frisklivskoordinatorene i Oppegård har imidlertid svært gode erfaringer fra sine prosjekter. Blant annet har ingen pasienter som har deltatt i KOLS-gruppen vært innlagt i sykehus siden prosjektet startet opp. Dette er et svært viktig resultat, men ikke formelt dokumentert.

Det er viktig at resultatene fra Oppegård og Ski evalueres kontinuerlig slik at de andre kommunene kan lære av arbeidet som er gjort og de erfaringene som er høstet. Slik kan alle raskere fokusere på god og kostnadseffektiv behandling.

9.2 Forskning

Mangel på dokumentert effekt gjelder ikke bare Folloregionen. Totalt sett foreligger det for lite forskning på friskliv. I veilederen fra Helsedirektoratet understrekes behovet for mer forskning.

I delprosjektet er det enighet om at forskning bør være en integrert del av arbeidet fra starten. Professor Camilla Ihlebæk, som forsker på folkehelse ved Universitetet for miljø- og biovitenskap (UMB) på Ås, har gitt råd om hvordan forskningen bør gjøres og har uttrykt stor interesse for å delta aktivt i prosjektet fremover. Forskning med bruk av såkalte randomiserte kontrollerte forsøk stiller store krav til utforming og en fast struktur, og er for ambisiøst i oppstartsfasen av et prosjekt hvor nødvendige endringer må gjøres underveis. Dette må vi derfor vente med til organisasjon og struktur er på plass og utredning og behandlingsmetoder er vel etablert.

Vi anbefaler derfor i første omgang å benytte en modifisert versjon av Helsedirektoratets registreringsskjema for friskliv når pasienter/brukere inkluderes i frisklivsarbeidet, og når de avslutter behandling. Dette er skjema der bruker registrerer livskvalitet, psyke, smerter, daglig funksjon mm, som til sammen gir gode mål på effekt av den behandling den enkelte har fått. Innleggelse i sykehus og annen behandling av sykdom før, under og etter deltakelse i frisklivsprosjektet vil også bli registrert. For dette er det gjort en foreløpig avtale med Ahus om utveksling av nødvendige data.

Innhenting og registrering av data bør automatiseres i størst mulig grad gjennom IT-baserte spørreskjema. Den øvrige bearbeidelsen av dataene og tolkning av resultatene, kan utføres av studenter under veiledning ved UMB, som gjør dette som en del av et masterstudium i folkehelsevitenskap. På sikt kan det bli aktuelt å søke om midler til en eller flere doktorgradsstudenter dersom prosjektet videreføres over flere år. Det er sterkt ønskelig med så lang prosjekttid som mulig, da det finnes svært få langtidsstudier i dette forskningsfeltet.

Man tenker seg også å invitere til samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (Ullevål), Trenings- og rådgivingscenteret (TRS) på Sunnaas sykehus HF, Universitetet i Oslo og eventuelt Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim som har et godt miljø for forskning på Lærings- og mestringssentre. Endelige avtaler her bør inngås når prosjektet er vedtatt og iverksatt av kommunene.

10 Økonomi

10.1 Frisklivskordinator og Frisklivssentral

Frisklivskordinatorer ansettes kommunalt. Det anbefales minimum 100 % stilling. Lønn og ytelser til frisklivskordinator og lokaler til frisklivssentral må ivaretas over den enkeltes kommunes budsjetter.

10.2 Lærings- og mestringssenter

Et lærings- og mestringssenter forutsetter minst en full stilling og lokaler helst sentralt i Follo. Dette bør finansieres gjennom prosjektmidler i oppstartsfasen og videreføres som et interkommunalt spleiselag dersom det vurderes som vellykket.

10.3 Frivillige organisasjoner

Mye av driften (kurs og gruppebehandling) både i den kommunale frisklivssentralen og i det interkommunale lærings- og mestringssenteret forutsetter at man benytter seg av frivillige organisasjoner og det personalet og kompetansen disse innehar.

10.4 Frisklivsklinikk

Finansiering av en frisklivsklinikk avhenger av hvilken modell kommunene eventuelt velger.

Dersom kommunene ønsker en kommunalt drevet frisklivsklinikk som angitt i alternativ 1-3, må dette hovedsakelig etableres som et interkommunalt spleiselag, eventuelt med delfinansiering gjennom prosjektmidler tilsvarende det som allerede har blitt hentet inn i Samhandlingsprosjektet fra starten. Det er naturlig å anta at en vesentlig del av finansieringen etter hvert vil kunne komme gjennom anbudsordninger fra NAV innen arbeidsmarkeds- og attføringstiltak, «Raskere tilbake», prosjekter fra Helse Sør-Østs satsningsområder, HelseDirektoratet og Extra-stiftelsen. Slike prosjekter er underlagt Lov om offentlige anskaffelser.

Konkurransen om tilbud med etablerte aktører, stiller store krav til kompetanse, bredde og tverrfaglighet. I tillegg må det finnes personale med tid og kompetanse til å søke prosjektmidler og drive tilbudsvirksomhet. Lønnsomheten i Friskvernklubben i Asker har imidlertid vist seg å være så godt at denne har blitt kjøpt opp av private investorer. Dette gir tro på at en god administrativ leder som ansettes tidlig, og som aktivt søker prosjektmidler, i betydelig grad vil redusere de kommunale utgiftene.

Dersom kommunene vil etablere en frisklivsklinikk som et midlertidig prøveprosjekt med kun en grunnbemanning, vil det være vanskelig å ha fokus på tilbud og å hevde seg i konkurransen med andre aktører. Kommunene bør da ikke budsjettere med slike eksterne midler.

Hvis kommunene velger en modell med leger som lånes ut til klinikken fra spesialistpraksis privat eller fra sykehus, kan ekstern finansiering gjennom helseforetakene bli avtalemessig svært komplisert, og blir i praksis mindre sannsynlig.

En frisklivsklinikk som (del-)finansieres ved tilbud og prosjekter, må ha midler til drift i perioder der det kan forekomme tap av tilbud. Dette er essensielt for at en frisklivsklinikk skal kunne bli en stabil struktur som får tillit og brukes av både pasienter, fastleger, NAV og andre over tid.

Dersom man velger å etablere en frisklivsklinikk ved hjelp av private tilbydere kan dette gjøres på minst tre måter.

- Kommunene kan stille lokaler og infrastruktur til rådighet for privatpraktiserende spesialister som jobber i klinikken på hel- eller deltid.
- Kommunene kan innhente tilbud fra private aktører for samarbeid om etablering av en frisklivsklinikk.

- Private aktører oppfordres til å etablere seg for egen regning og risiko.

Den store fordelene ved å etablere en frisklivsklinikk ved hjelp av private er at kommunene reduserer sin økonomiske risiko. Det er imidlertid sannsynlig at en privat klinikk eller spesialister som jobber privat i mindre grad vil delta i det planlagte nettverket Friskliv Follo, og det blir sannsynligvis vanskeligere å oppnå en desentralisering av tilbudene.

10.5 *Finansiering av legestillinger*

Kommunene kan være tilbakeholdne med å knytte til seg leger i prosjektet, da utredninger i stedet kan foregå hos pasientens fastlege eller etter henvisning til spesialist i 2. linje både privat og i sykehus. En vurdering hos fastlege eller privatpraktiserende spesialist vil dekkes av pasienten selv og Helseøkonomiforvaltningen (Helfo), mens en poliklinisk vurdering på sykehus vil dekkes av helseforetaket og kommunen gjennom kommunal medfinansiering. Dette er selvfølgelig en enkel økonomisk løsning for kommunene. Imidlertid er slike løsninger ikke tverrfaglig orientert. Fastlegen kan ikke utføre alle utredningene, og det er ofte lang ventetid på spesialist i det offentlige. Slike løsninger kan dermed vise seg mer kostbare på sikt ved at pasienten ikke får nødvendig behandling, eller må vente lenge på behandling og i mellomtiden har nedsatt funksjonsnivå og i verste fall blir sykere.

Et alternativ er at en frisklivsklinikk knytter til seg spesialister fra sykehusene som kommer ut til klinikken for å delta i arbeidet der. En slik modell innebærer ofte rullerings- og vikarordninger med flere leger. Det vil føre til at flere personer bidrar med sin kompetanse, og dermed gi økt bredde i tilbudet. Klinikken blir også mindre sårbar dersom en fagperson blir forhindret fra å delta i prosjektet i en periode på grunn av sykdom, permisjon etc. I en frisklivsklinikk er imidlertid kontinuitet og tverrfaglighet viktig for både utredning og behandling. Mangel på faste sentrale fagpersoner internt vil forringe tilbudet, ved at brukerne stadig møter nye fagpersoner, mer tid brukes til å bli kjent og endringer oppstår underveis. Det blir også mindre aktuelt å desentralisere tilbudene i frisklivsklinikken ut til kommunene.

Slik sett kan det være mer gunstig å legge til rette for at private avtalespesialister i regionen kan praktisere i en frisklivsklinikk på hel- eller deltid. Dette må avtales med Helse Sør-Øst som i så fall gir oppdraget til spesialistene. Det er i dag etablerte avtalespesialister i regionen innen psykologi og indremedisin/lungemedisin som kunne være aktuelle for arbeid i en slik klinikk. Fysikalsk medisin er etablert på Romerike, og nevrologer er også etablert i andre regioner. Ut i fra Helse Sør-Østs egen oversikt over avtalespesialister synes det å være forholdsmessig få avtalespesialister i Follo-regionen, og tildeling av eventuelt nye hjemler kunne være et tema å ta opp med Helse Sør-Øst. For arbeid i en Frisklivsklinikk er det fysikalsk medisin, lungemedisin og eventuelt nevrolog og indremedisiner som synes mest aktuelle. En ordning med faste avtalespesialister vil gi bedre kontinuitet og kan lettere desentraliseres til kommunalt nivå ved behov.

Det er pr. i dag ikke mulig å ansette egne leger i en kommunalt drevet frisklivsklinikk og kreve refusjon for pasientarbeid fra Helfo på samme måte som en privatpraktiserende spesialist eller fastlege. Slik refusjon krever avtale med helseforetaket for en spesialist, og med kommunen for en fastlege. Man kan tenke seg en ordning med fastlegehjemler i en interkommunal klinikk, men det vil sannsynligvis bli ansett som vel kreativt i Helsedirektoratet.

Kommunene bør imidlertid drive aktiv lobbyvirksomhet overfor Helsedirektoratet som i disse dager lager utkast til nye modeller for finansiering og samhandling i helsetjenesten. Det kan argumenteres godt for at interkommunalt ansatte leger bør ha samme rett til refusjon fra Helfo som fastleger og

privatpraktiserende avtalespesialister. Det blir ikke flere eller færre pasientkonsultasjoner dersom en pasient utredes eksternt eller internt i en frisklivsklinikk. Det vil være uheldig om et tverrfaglig alternativ for utredning og behandling i en frisklivsklinikk blir valgt bort til fordel for et fragmentert tilbud i det eksisterende systemet av økonomiske årsaker. Det kan medføre dårligere behandling for pasienten og økte kostnader for samfunnet. Et mulig alternativ er å søke om å få etablere et prøveprosjekt for å høste erfaringer, der interkommunalt ansatte legespesialister får refusjon fra Helfo i prøveperioden.

10.6 Folkehelseiltak

Folkehelseiltak for å tilrettelegge for et aktivt dagligliv i kommunene vil naturlig inngå som en del av Plan for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv, og kan (del-)finansieres gjennom midler fra Norsk Tipping. De øvrige kostnadene må dekkes av den enkelte kommune.

10.7 Kommunal finansiering

Kommunal finansiering av både kommunale og interkommunale tilbud vil hovedsakelig komme fra de pengene som er overført til kommunene til medfinansiering av innleggelse og behandling i sykehus og andre institusjoner i spesialisthelsetjenesten. En satsing på forebygging og tidlig intervensjon med de angitte frisklivstiltakene vil sannsynligvis føre til store besparelser for kommunene i form av færre innleggelse og utredninger i spesialisthelsetjenesten. Dette er mye av intensjonen i Samhandlingsreformen.

Noen av tiltakene vil også kunne finansieres gjennom styrkingen av kommunens frie inntekter til satsing på forebygging. For 2010 og 2011 utgjorde dette 230 millioner kroner på landsbasis. For Follokommunene totalt ble beløpet nesten 5,5 millioner. For 2012 er beløpet foreslått økt til 255 millioner på landsbasis.

Nå i oppstartsfasen av samhandlingsreformen er det også mulig å søke om prosjektmidler til blant annet utvikling av gode prosjekter innen samhandling. Follo har nylig blitt tildelt slike prosjektmidler etter søknad.

11 Suksessfaktorer i prosjektet

Forslagene i denne rapporten er avhengige av at samtlige kommuner deltar aktivt og har etablert en kommunal frisklivssentral med frisklivskoordinator.

Det må rekrutteres gode fagpersoner til stillinger på alle nivå. Personene som ansettes må ha adekvat utdanning og bakgrunn, ha et ønske om å jobbe tverrfaglig og være motivert av utfordringer.

Brukere og frivillige organisasjoner må involveres i stor grad, og det må legges til rette for brukerstyring. Fordeling av oppgaver må defineres tydelig i samarbeidsavtaler. Brukere bør være representert i interkommunale styrings- og beslutningsorganer i forhold til Samhandlingsreformen og Friskliv Follo.

Fastlegene må trekkes inn i samarbeidet tidlig i prosessen. Gode henvisningsrutiner er viktig for utveksling av korrekt og adekvat informasjon. Det bør også avsettes ressurser til å gi enkle tilbakemeldinger til henvisende instans om effekten av tiltaket for den enkelte bruker.

Det er viktig at alle tiltak man bestemmer seg for å gjennomføre, etableres som stabile strukturer over tid. I helsetjenesten har det forekommet alt for mange hastetiltak de siste årene for å avhjelpe en akutt mangel eller et medieskapt behov. Disse bortfaller imidlertid ofte når budsjettet er oppbrukt eller fordi tilbudet ikke fikk den oppmerksomhet det trengte. Blant helsearbeidere har dette skapt en utbredt skepsis til nye tilbud, og denne skepsisen kan bare overkommes ved å gi et godt faglig tilbud over tid.

Tilbudene må ha en høy faglig standard for å oppnå resultater og være konkurransedyktige i forhold til støtte fra eksterne finansieringskilder.

Det er viktig at alle strukturer i Friskliv Follo har en sterk politisk og administrativ forankring.

Kilder

Folkehelse rapport 2010:2 Helsetilstanden i Norge, Folkehelseinstituttet

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5669&MainLeft_5669=5544:84206::0:5667:1:::0:0

Kunnskapsgrunnlag 2011 om folkehelsen i Akershus, Akershus fylkeskommune

<http://www.akershus.no/tema/Statistikk/Folkehelse/>