

# SLUTTRAPPORT

---

## Klinisk utvalg for samarbeid om forebygging

Avgitt:

04.06.2015





## Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

### Administrativt samarbeidsutvalgs behandling av sluttrapporten:

#### Sak 076-15 Sluttrapport fra klinisk utvalg (R10) – forebygging

Administrativt samarbeidsutvalg vedtok i sak 113-14 å nedsette et klinisk utvalg for revidering av retningslinje 10 – samarbeid om forebygging. Det kliniske utvalget avga sin sluttrapport 19.3.2015

#### Drøfting 21.05.15:

- Helsefremmende arbeid er kommunens ansvar
- Forebygging felles ansvar
- Lærings/mestrings tiltak rettet mot foreldre/foresatte er et felles ansvar
- Savner konkrete satsingsområder

#### Resultat av drøfting 21.05.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg takker det kliniske utvalget for godt utført arbeid.
2. Det kliniske utvalget anmodes om å sette sine anbefalinger inn i retningslinjen og konkretisere mer i forhold til samhandlingen.
3. Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til foreløpig orientering med de bemerkninger som fremkom i møtet.
4. Saken settes opp til beslutning i juni-møtet.

Det kliniske utvalget har utarbeidet forslag til revidering av retningslinje 10 – jfr. sak 060-15

#### Behandling 18.06.15:

- Må se på hvordan vi ønsker å se på /evaluere hvordan anbefalinger blir fulgt opp.
- Retningslinjer skal evalueres hvert andre år og vi har da et oppfølgingspunkt
- Kanskje få en statusrapport ved årsslutt i forhold til aktuelle saker

#### Vedtak 18.06.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg takker det kliniske utvalget for godt utført arbeid
2. Administrativt samarbeidsutvalg tar sluttrapporten til orientering
3. Sekretariatet foretar en gjennomgang av behandlede saker for å se på hvilke saker det er aktuelt å følge opp med en statusgjennomgang

#### Sak 077-15 Revidering av retningslinje 10 – forebygging

#### Vedtak 18.06.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg godkjenner revidert forslag til retningslinje 10 med de endringer som fremkom i møtet.
2. Revidert retningslinje 10 iverksettes fra 1.7.2015.

Revidert retningslinje 10 etter Administrativt samarbeidsutvalg sin behandling vedlegges.

## Innholdsfortegnelse

BAKGRUNN.....	4
MANDAT .....	5
Opprinnelig mandat .....	5
Mandat etter revidering.....	5
FORMÅLET.....	6
Primærforebygging .....	8
Sekundærforebygging.....	9
Tertiærforebygging .....	10
BARN OG UNGE.....	11
VIRKEMIDLER FOR SAMHANDLING.....	12
IMPLEMENTERING AV RETNINGSLINJEN .....	13
ANBEFALINGER FOR DET VIDERE SAMARBEIDET OM RETNINGSLINJE NR. 10 .....	13
LITTERATURHENVISNINGER.....	14
VEDLEGG – REVIDERT RETNINGSLINJE 10 .....	16

## Bakgrunn

Administrativt samarbeidsutvalg (ADMS) besluttet i sak 71/14 at det skulle etableres et klinisk arbeidsutvalg for revidering av retningslinje nr. 10 samarbeid om forebygging.

Et av målene med samhandlingsreformen er styrking av det helsefremmende og forebyggende arbeidet, og reformen pålegger partene et felles ansvar. I dag er det livsstilssykdommene som dominerer sykdomsbildet i Norge i likhet med andre vestlige land det er naturlig å sammenligne seg med.

Det er behov for større innsats for å forebygge sykdom og fremme helse i befolkningen for å møte dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer.

*«Befolkningens helse skapes ikke først og fremst i helse- og omsorgstjenesten, men i samfunnet for øvrig» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013)*

## Mandat

Mandatet er gitt fra ADMS sak 113-14 Opprette klinisk utvalg for revidering av retningslinje nr. 10 – samarbeid om forebygging

### Opprinnelig mandat

Det kliniske utvalget fikk i utgangspunktet følgende mandat:

- a) Revidere retningslinje 10 i samarbeidsavtalen slik at den tydelig skisserer de delene av folkehelsearbeidet og det forebyggende og helsefremmende som kommunene og SØ kan samarbeide om, oppgavedeling og ansvar.
- b) Se på hvordan en gjennom lærings- og mestringstilbud kan sikre tidlig intervensjon mot sykdomsutvikling, samt få en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt.
- c) Utvalget skal skissere hvordan revidert retningslinje skal kunne implementeres på en god måte.
- d) Utvalget leverer sin sluttrapport til Administrativt samarbeidsutvalg innen 15.februar 2015.

Utvalget skal selv konkretisere mandatet og endelig mandat legges fram for ADMS til orientering

### Mandat etter revidering

- a) Revidere retningslinje 10 i samarbeidsavtalen slik at den tydelig definerer de delene av folkehelsearbeidet og det forebyggende og helsefremmende arbeid som kommunene og SØ kan/ skal samarbeide om, oppgavedeling og ansvar.
- b) Se på hvordan en gjennom lærings- og mestringstilbud kan sikre tidlig intervensjon mot sykdomsutvikling, samt få en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt.
- c) Utvalget skal skissere hvordan revidert retningslinje skal kunne implementeres på en god måte.
- d) Utvalget leverer sin sluttrapport til Administrativt samarbeidsutvalg (ADMS) innen 1.april 2015.

## Formålet

Rapporten skal konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og SØ innenfor området forebygging, folkehelse og helsefremmende arbeid.

Retningslinje nr.10 skal bidra til å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester. Avtalen skal videre medvirke til gode samhandlingsrutiner, sikre kompetanseutveksling, samt danne grunnlaget for gode pasientforløp.

I avtalen er det lagt vekt på at forebygging er et gjensidig ansvar.

Rapporten beskriver de viktigste områdene innenfor primær-, sekundær- og tertiærforebygging hvor avtalepartene vil samhandle til beste for pasienter, pårørende og for samfunnet som helhet.

### Klinisk utvalg for retningslinje nr. 10 har bestått av:

- Gun Kleve, Halden region,  
Leder for utvalget
- Hilde Freim, Fredrikstad region
- Silje Bruland Lavoll, IØ region
- Morten Andersen, Sarpsborg region
- Bente Rostad Hansen, Moss region
- Bjørn Tore Martinussen,  
Praksiskonsulent
- Inger-Tove van de Vooren, SØ.  
Sekretær for utvalget
- Iren Ekvold, SØ
- Anita Strøm Sandtangen, SØ
- Knut Morten Huneide, SØ
- Randi Olofsson, SØ
- Vigdis Yttervik, brukerrepresentant

## Samarbeidsområder

Kommunene og helseforetaket har tradisjon for å samhandle på flere ulike arenaer.

Samhandlingsreformen har som målsetting å videreutvikle og systematisere dette arbeidet.

Helsefremmende arbeid er et ansvar for alle sektorer. Med *helsefremmende arbeid* menes tiltak som bedrer livskvaliteten, trivselen og muligheten til å mestre de utfordringer og belastninger en utsettes for i dagliglivet

Med *folkehelsearbeid* menes samfunnets faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel.

Med *Forebyggende arbeid* menes tiltak som fører til en reduksjon i sykdommer, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer.

Det er i kommunene innbyggerne lever sine liv, og det meste av helsefremmende tiltak og primærforebygging finner sted der.

Spesialisthelsetjenesten er en medspiller i det helsefremmende og forebyggende arbeidet og har også en viktig rolle for å forebygge sykdom og fremme helse i befolkningen. Implementering av retningslinjen har utvalget delt opp i tre områder: primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Vi definerer hva vi mener er kommunenes ansvar, helseforetakets ansvar og felles ansvar.

## Primærforebygging

«Primærforebygging eller universelle tiltak brukes om innsats som rettes mot «alle» og som søker å forhindre at et problem, skade eller sykdom oppstår» (Schanke, 2015).

Eksempler på primærforebyggende arbeid kan være levekårsarbeid, strukturell tilrettelegging for sunn helseatferd, vaksinasjon og ulykkesforebyggende arbeid, informasjonsarbeid over for befolkningen (flerspråklig) og informasjonsutveksling.

## **Kommunenes ansvar**

- Overvåke helsetilstanden i kommunen.
- Følge opp ny kunnskap om befolkningens helsetilstand og hvilke tiltak som effektivt kan påvirke denne, samt iverksette tiltak.
- Informere om kommunenes helsefremmende og forebyggende tiltak, samle og gjøre informasjonen lett tilgjengelig for befolkningen og helseforetaket.
- Legge til rette for at befolkningen kan ha en god egenmestring og kan ivareta egen helse.
- Fokuset satsing på tidlig intervensjon for barn og unge.
- Frisklivsarbeid.

## **Helseforetakets ansvar**

- Overvåke utvikling av sykdom, skader og ulykker samt identifisere risikoforhold, for å formidle informasjon til kommunehelsetjenesten og helsemyndighetene.
- Formidle informasjon til pasienter om helsefremmende og primærforebyggende tiltak i kommunene.
- Kunnskaps- og kompetanseutvikling med kommuner og andre samarbeidspartnere.

## **Felles ansvar**

- Styrke befolkningens forståelse for deres ansvar for egen helse.
- Gjensidig forpliktelse for deltakelse i nettverksarbeid.
- Fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid må økes i de ulike helseprofesjonsutdanningene. Partene bør være pådrivere for at dette følges opp.
- Samarbeid med brukerorganisasjoner.



## Sekundærforebygging

«Sekundærforebygging eller selektive tiltak søker å begrense varighet og omfang av et problem, skade eller sykdom som er oppstått» (Schanke, 2015).

### **Kommunenes ansvar**

- Ha oppdatert, lett tilgjengelig oversikt over tilbud innen helsefremmende og forebyggende arbeid og formidle dette til befolkningen og helseforetaket.
- Fokuseret satsing på tidlig intervensjon for barn og unge.
- Tilby sekundærforebyggende, tverrfaglige tiltak til de i befolkningen som er i behov av det.
- Tilby frisklivstilbud, i henhold til Folkehelseloven § 7.

### **Helseforetakets ansvar**

- Ha oppdatert, lett tilgjengelig oversikt over spesialisthelsetjenestens tilbud, innen helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Arbeide med pasient- og pårørendeopplæring innen somatikk og psykisk helse.
- Lærings- og mestringssenter (LMS) skal tilby helsepedagogikk til fagpersoner i kommuner og HF.
- Utarbeide pasientforløp der sekundærforebygging og rehabilitering tas med som viktige elementer.
- Tilby kompetansehevende tiltak til fagpersoner i kommunene.

### **Felles ansvar**

- Samarbeid om gode pasientforløp.
- Benytte og videreutvikle partnerskap i Østfoldhelsa.
- Samarbeid om lærings- og mestringstilbud på individ- og gruppenivå
- Brukermedvirkning skal trekkes inn i forbindelse med lærings- og mestringstilbud på individ-, tjeneste- og systemnivå.
- Identifisere hvilke områder det er viktig å samarbeide om.
- Gode felles IKT-løsninger.
- Stimulerer til økt bruk av velferdsteknologi.
- Økt samarbeid med brukerorganisasjoner og likepersonsarbeid.

## Tertiærforebygging

I følge Schancke (2005) kan tertiærforebygging forklares slik «Avklaring av forebyggingsbegrepets mange fasetter»

Utvalget forstår begrepet slik at dette omhandler tilbud til mennesker med langvarige eller kroniske helseutfordringer. Innsatsen går ut på å motvirke forverring av problemene, og grenser derfor opp mot det vi legger i behandling og rehabilitering. Fokus rettes her mot hvordan leve best mulig og oppleve god livskvalitet og mestring i hverdagen til tross for sykdom og helseutfordringer.

## **Kommunens ansvar**

- Tilby rehabilitering og ettervern.
- Helhetlig tilbud og oppfølging av befolkning med kroniske og langvarige helseutfordringer.
- Ha oppdatert, lett tilgjengelig oversikt over tilbud innen helsefremmende og forebyggende arbeid og formidle dette til befolkningen og helseforetaket.
- Tilby tertiærforebyggende, tverrfaglige tiltak til de i befolkningen som er i behov av det.
- Frisklivstilbud i henhold til Folkehelseloven § 7.

## **Helseforetakets ansvar**

- Tilby rehabilitering / ettervern.
- Ha oppdatert, lett tilgjengelig oversikt over spesialisthelsetjenestens tilbud.
- Være kjent med rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med Helse Sør-Øst RHF.
- Arbeide med pasient- og pårørendeopplæring innen somatikk og psykisk helse.
- Lærings- og mestringssenter (LMS) skal tilby helsepedagogikk til fagpersoner.
- Utarbeide pasientforløp der tertiærforebygging og rehabilitering tas med som viktige elementer.
- Tilby kompetansehevende tiltak til fagpersoner i kommunene.

## **Felles ansvar**

- Samarbeid om gode pasientforløp.
- Samarbeid om lærings- og mestringstilbud på individ- og gruppenivå
- Brukermedvirkning skal trekkes inn på individ-, tjeneste- og systemnivå.
- Identifisere hvilke områder det er viktig å samarbeide om.
- Gode, felles IKT-løsninger.
- Stimulere til økt bruk av velferdsteknologi.
- Samarbeid med brukerorganisasjoner.

## Barn og unge

Utvalget har valgt å sette barn som eget punkt i samarbeidsavtalen. Dette fordi en av de viktigste oppgavene i samfunnet er å skape gode oppvekstvilkår og gode rammer rundet det enkelte barns oppvekst og utvikling (Helsedirektoratet, 2007). Mange helsevaner etableres tidlig i livet. God helse i tidlige år er en ressurs for framtidig helse (Statens helsetilsyn, 1998). Et overordnet prinsipp for all offentlig innsats overfor barn og unge er hensynet til barnets beste. Tidlig intervensjon har avgjørende betydning både for den enkelte og for samfunnet. Jo tidligere et problem oppdages og innsats settes inn, desto større er sannsynligheten for en positiv utvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007)

### Kommunens ansvar

- Fokuset satsing på tidlig intervensjon for barn og unge.
- Fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge og deres foreldre/ foresatte.

### Helseforetakets ansvar

- Lærings- og mestringstiltak rettet mot både foreldre/foresatte og barna.
- Tilby kompetansehevende tiltak til fagpersoner i kommunene, med særlig vekt på helsepedagogisk forståelse i samhandling med barn, unge og deres foreldre/foresatte.

### Felles ansvar

- Samarbeid og informasjonsdeling der barn er pasienter eller pårørende for å sikre overgangene mellom tjenestenivåene.
- Kompetanseheving hos fagpersoner, som sees på som viktig satsing for helsefremming og forebygging for denne gruppen.

## Virkemidler for samhandling

### Empowerment

Empowerment er et sentralt begrep i arbeidet med folkehelse, forebygging og helsefremmende arbeid. Empowerment kan oversettes med «myndiggjøring» og «settes i stand til». Målet med empowerment i denne sammenhengen er individuell og kollektiv kapasitetsbygging. (Amdam, 2011).

Bak empowerment tanken ligger et grunnleggende syn om at mennesket er et aktivt handlende individ som kan og vil sitt beste dersom forholdene legges til rette for det (Askheim, 2012), og i et slikt forhold er samarbeidet mellom hjelpeinstanser og brukere gjensidig. Brukere selv er aktive og ansvarlige for egne valg og egen helse, og hjelpeinstansen skal være med å styrke brukerens kompetanse i selv å mestre sitt liv.

### E-helse

E-helse er en samlebetegnelse for informasjon, kommunikasjon og opplæring i helsevesenet mellom tjenestenivåer og mellom tjenestene og pasientene. Målet er økt kvalitet, bedre sikkerhet og bedre effektivitet (Wikipedia, 2015).

Digitale tjenester skal bidra til enklere kontakt slik at befolkningen opplever helse- og omsorgstjenesten helhetlig og tilgjengelig. (Helsedirektoratet, 2014)

### Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er et felles begrep for tekniske løsninger og produkter som har til hensikt å understøtte og forsterke brukernes trygghet og sikkerhet og gi mulighet for aktiv deltagelse i samfunnet. Teknologien skal muliggjøre økt selvstendighet, medbestemmelse, livskvalitet og komfort (Norsk teknologi, 2015).

Spesialist- og kommunehelsetjenesten må i større grad samarbeide om kompatible systemer slik at det blir mulig å utveksle informasjon og samarbeid om pasienten.

## Implementering av retningslinjen

- ADMS informerer respektive kommuner om rapport og revidert retningslinje nr.10.
- Avtalepartene er ansvarlige for å implementere dette i egne internkontrollsystemer og organisasjon.
- ADMS informerer partnere i Østfoldhelsa om den nye rutinen.

## Anbefalinger for det videre samarbeidet om retningslinje nr. 10

- Nettverk for frisklivsentraler og nettverk for læring- og mestring i Østfold. Det bør vurderes om disse to nettverkene bør samordnes til ett nettverk, eventuelt samarbeide tettere.
- Samarbeid om aktuelle pasient- og pårørendeopplæringer mellom SØ og kommuner.
- Kompetansehevingstiltak til fagpersoner rettet mot langvarige og kroniske diagnosegrupper
- Livsstils dokumentasjon. Utarbeide verktøy for registrering av helseparametere for utveksling mellom ulike instanser.
- Gjøre helseinformasjonen på hjemmesidene bedre tilgjengelig.

*«Det er bedre og billigere å forebygge enn å reparere og behandle skader og sykdom.»*

## Litteraturhenvisninger

Amdam, R. (2011). *Planlegging og prosessleing - Korleis lykkast i utviklingsarbeidet*. Oslo: Samlaget.

Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Rundskriv Q 16/2007 Forebyggende innstats for barn og unge*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *NCD-strategi (2013-2017)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, mars 11). *Lov om folkehelsearbeid*. Hentet fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>

Helse sør-øst. (2013). *Regional strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2013-2017*. Oslo: Helse sør-øst.

Helsedirektoratet. (2007). *IS-1405 Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal handlingsplan for e-helse (2014-2016)*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2015, mars 11). *Folkehelse*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/folkehelse>

Norsk teknologi. (2015, mars 11). *Hva er velferdsteknologi?* Hentet fra Norsk teknologi: <http://norskteknologi.no/Naringspolitikk/Velferdsteknologi/Hva-er-velferdsteknologi/>

Schanke, V. A. (2015, mars 11). *Hva er forebygging?* Hentet fra Forebygging.no: <http://www.forebygging.no/Metode/Litteraturstudier-og-kunnskapsoppsummeringer-om-forebygging/1999---2005/Forebygging---fra-forskning-til-praksis/Hva-er-forebygging/>

Statens helsetilsyn. (1998). *IK-2621 Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år i helsestasjon og skolehelsetjenesten*. Oslo: Statens helsetilsyn.

Wikipedia. (2015, mars 11). *E-helse*. Hentet fra Wikipedia: <http://no.wikipedia.org/wiki/E-helse>

World health Organization. (2015, mars 11). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet fra World health Organization: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Østfold fylkeskommune. (2015, mars 11). *Folkehelse*. Hentet fra Østfold fylkeskommune:

<http://www.ostfold->

[f.kommune.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=1&C=459&I=0&m=1459](http://www.ostfold-f.kommune.no/modules/module_123/proxy.asp?D=1&C=459&I=0&m=1459)

## Vedlegg – Revidert retningslinje 10



### Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

## Retningslinje nr. 10 – samarbeid om forebygging

### 1 Formål

Sikre at kommunene og Sykehuset Østfold (SØ) samarbeider om folkehelsearbeidet og styrker det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

### 2 Bakgrunn

Et av hovedtiltakene i samhandlingsreformen er å rette mer fokus og innsats mot forebygging og folkehelse. Det primære ansvaret for folkehelsearbeidet er lagt til kommunen gjennom -- folkehelseloven. Kommunen skal også jobbe helsefremmende og sykdomsforebyggende (§ 3-3, helse- og omsorgstjenesteloven).

Spesialisthelsetjenesten skal bidra til å fremme folkehelsen og jobbe for å forebygge sykdom og skade (§ 2-1a i spesialisthelsetjenesteloven). Iht. samme lov § 6-3, har spesialisthelsetjenesten veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten.

### 3 Virkeområde

- Retningslinjen gjelder for de delene av folkehelsearbeidet og det forebyggende og helsefremmende arbeidet som kommunene og SØ kan samarbeide om
- For folkehelse gjelder samarbeidet helseovervåking, statistikk og kompetanseutveksling
- For forebyggende og helsefremmende arbeid gjelder samarbeidet hovedsakelig sekundær- og tertiærforebygging innen somatisk helse, smittevern, skade- og ulykkesforebyggende arbeid, forebyggende psykisk helsearbeid og rusforebyggende arbeid

### 4 Samarbeid innen folkehelse

Kommunene og SØ samarbeider om helseovervåking, og sørger for at nødvendig statistikk fremskaffes og utveksles, jfr. Retningslinje 6

### 5 Samarbeid om forebyggende helse

Kommunene og SØ:

- ivaretar det forebyggende perspektivet ved utvikling av pasientforløp og andre faglige rutiner
- identifiserer pasienter/ brukere/ grupper som kan ha nytte av forebyggende og/eller helsefremmende tilbud, og sørge for videre henvisning til aktuelt tilbud som friskliv og lærings- og mestringstilbud
- sikre lett tilgjengelig informasjon på hjemmesider om tilbud innen for eksempel friskliv, helsefremmende arbeid og opplæring for pasienter og pårørende
- ivareta det forebyggende perspektivet for barn gjennom utveksling av informasjon, pasientforløp og klar ansvarsdeling
- formidler mulighet til å forebygge ved utskrivning fra sykehus gjennom epikriser, meldeskjemaer og sykepleie- og fysioterapiepikriser
- identifiserer systematisk svikt og svakhet, og melde etter vedtatte rutiner
- sikrer hensiktsmessige rutiner for melding og informasjon om smittevern/ smitteførende pasienter
- Nettverk for læring og mestring i Østfold.





## Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

### 6 Videre arbeid

- Nettverk for frisklivsentraler og nettverk for læring- og mestring i Østfold.
- Samarbeid om aktuelle pasient- og pårørendeopplæringer mellom SØ og kommuner.
- Kompetansehevingstiltak til fagpersoner rettet mot langvarige og kroniske diagnosegrupper.
- Livsstils dokumentasjon. Utarbeide verktøy for registrering av helseparametere for utveksling mellom ulike instanser.
- Gjøre helseinformasjonen på hjemmesidene bedre tilgjengelig.