

Begreper og tilbud

Pakkeforløp

Koding

Økt helsekompetanse til befolkningen

Leveranse fra Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring
på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF

Kristiansand 30.09.2020

Rapporten har fire deler

A: Begreper og tilbud

B: Pakkeforløp

C: Koding

D: Økt helsekompetanse til befolkningen for øvrig

A: Begreper og tilbud

Oppdrag fra Helse Sør-Øst

I vedtatt prosjektmandat for forprosjektet i spesialisthelsetjenesten, står det bl. a. at det er behov for å vurdere behovet for å definere sentrale begrep innen læring og mestring, og om det er behov for ytterligere presisering av hvilke tilbud som omfattes av læring og mestring i tillegg til det som følger av Helsedirektoratets veileder «Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator».

Også i forprosjektet til Helsedirektoratet er det ønske om å gå gjennom forståelsen av sentrale begreper innen læring og mestring. Bakgrunnen er bl. a. at det kan være helt eller delvis overlappende begreper, at begreper ikke har et tydelig definert meningsinnhold. Bl.a. er det slik at den lovpålagte oppgaven i spesialisthelsetjenesten, pasient- og pårørendeopplæring ikke er entydig definert. Det er også behov for å se på sammenheng mellom begrepene som er i bruk.

Tilsvarende gjelder for hvilke tilbud som omfattes av læring og mestring, hva er kjernetilbudet og hva er tilgrensende tilbud som er naturlig å se i sammenheng med læring og mestring. Det er tilbudet som skal vektlegges, ikke hvem som utfører det.

Svar på oppdraget

Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring bygger denne delen av notatet på et prosjektsamarbeid mellom Oslo Universitetssykehus (OUS), Sørlandet Sykehus (SSHF) og Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørende i Helse Sør-Øst (RK PPO) om kunnskapsgrunnlag for pasient- og pårørendeopplæring. Utgangspunktet for prosjektet var et behov meldt fra ledere og helsepersonell om tydeliggjøring av ansvar og oppgaver knyttet til hovedoppgaven pasient- og pårørendeopplæring omtalt i spesialisthelsetjenesteloven.

Basert på innsiktene i prosjektperioden har prosjektgruppen levert følgende anbefalinger:

1. Styrke kunnskapsgrunnlaget for pasient- og pårørendeopplæring

Dette dokumentet har vist at det er utydlig

- hva PPO innebærer
- hvordan PPO skal forankres og organiseres
- hvordan PPO skal praktiseres i de enkelte enhetene
- hvem som er målgruppen for PPO
- når i pasientforløp PPO er aktuelt og hvordan det skal integreres

2. Utvikle felles begrepsapparatet for pasient- og pårørendeopplæring tilpasset pasientens helsetjeneste

Pasient- og pårørendeopplæring er en del av et omfattende fagfelt med ulike tilnærminger, metoder og kulturer. Dette bidrar til uklarhet hos helsepersonell, ledelse og helsemyndigheter. Det er ulike forståelser av sammenheng mellom PPO og begreper som for eksempel læring og mestring, helsekompetanse, brukermedvirkning, helsepedagogikk og samvalg. Veilederen har vært førende for PPO siden utgivelsen i 2015, men spesialisthelsetjenesten er i rask endring. Dette har igjen ført til

satsinger som å øke pasientens helsekompetanse, mer samvalg og ivareta pårørendes situasjon og behov.

Det er behov for

- fornyelse av innhold i begrepet PPO som samsvarer med dagens praksis og fremtidens pasientbehandling
- fornyelse av PPO relatert til nye begreper, føringer og satsinger i feltet
- vokabular som er gjenkjennbart og anvendelig i pasientnært arbeid
- å bygge bro mellom forskning, teori og pasientnært arbeid

3. Tydeliggjøre nasjonale føringer for pasient- og pårørendeopplæring

Det er manglende sammenheng mellom politiske og faglige ambisjoner og praktiske retningslinjer. Fagområdet PPO fremstår i dag som fragmentert. Dette gjenspeiles i tilfeldig organisering med ulike dimensjonering. Erfaringer fra praksis vitner om at arbeidet i stor grad er ildsjelsbasert og opp til det enkelte helsepersonells erfaring og interesse. Helsepersonell har behov for retningslinjer og prosedyrer for å kunne gjennomføre PPO og for å sikre et likeverdig helsetilbud. Eksempler på føringer der PPO bør synliggjøres og integreres er Helsedirektoratets pakkeforløp, nasjonale faglige råd og veiledere.

Føringer bør blant annet omhandle:

- kunnskapsbasert praksis for PPO
- opplæring til pårørende i alle aldre
- tydeliggjøre skillet mellom PPO som oppgave og PPO som læringsaktivitet
- fremme individuell, digital og skriftlig PPO på linje med gruppebasert opplæring
- generiske anbefalinger med muligheter for lokale tilpasninger

Se vedlagte rapport for utfyllende beskrivelse av innsikter som ligger til grunn for anbefalinger for til videre arbeid.

B: Pakkeforløp

Oppdrag fra Helse Sør-Øst

RK-PPO skal levere en kortfattet analyse av føringer for pasient- og pårørendeopplæring med en overordnet konkretisering om føringer som savnes, jf. Helsedirektoratets pakkeforløp

Svar på oppdraget

Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørende har systematisk gjennomgått Helsedirektoratets pakkeforløp for kreft, hjerneslag innen psykisk helse og rus, og søkt etter føringer for pasient- og pårørendeopplæring.

Føringer

«Pasient- og pårørendeopplæring» som begrep er ikke omtalt i pakkeforløpene. Vi finner andre relaterte begrep:

- I «Generelt pakkeforløp for kreft»: «Sentrale tiltak skal ivareta pasientens grunnleggende behov, informasjon, støtte og opplæring til å takle utredning, behandling og oppfølging av kreftsykdom og konsekvensene av denne»
- I «Somatiske helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer»: «Brukermedvirkning og bruker- og pårørendeopplæring er helt avgjørende for å endre vaner. Samtalemotoden motiverende intervju anbefales
- I «Rusbehandling (TSB)»: Opplæring nevnes i tilknytning til bruk av nesespray
- I pakkeforløpene innen psykiske lidelse og rus: Lærings- og mestringstilbud er omtalt i kapittel 2. Kartlegging og utredning: «Det skal tas stilling til tiltak knyttet til sosial aktivitet og inkludering, lærings- og mestringstilbud»
- «Tilpasset informasjon» er gjennomgående i pakkeforløpene. Kommunikasjon og informasjon skal være konsistent og koordinert.
- Helsepedagogiske prinsipper er omtalt, mest i pakkeforløpene for psykisk helse og rus/psykiatri. Eksempler er «Ta utgangspunkt i pasientens beskrivelse, «god informasjon, involvering, medvirkning og dialog», og etterspørre «Hva er viktig for deg?»
- Pakkeforløp for psykisk helse og rus innen rus og psykiske lidelser har egne avsnitt om brukermedvirkning og familieperspektiv. Dette vil styrkes ytterligere gjennom en familiemodulen som nå er under utarbeidelse (Helsedirektoratets årsrapport, 2019)
- I pakkeforløp for psykisk helse og rus og psykiske lidelser står det: «Virksomhetene bør etablere systemer for systematisk opplæring i bruker – og pårørendemedvirkning.»

I Nasjonal helse- og sykehusplan om pakkeforløp for psykisk helse og rus vises det til at et tiltak på tvers er å styrke bruker- og pårørendemedvirkning gjennom samvalgsverktøy, lærings- og mestringstilbud og bedre tolketjenester (Nasjonal helse- og sykehusplan, 2019).

Føringer som savnes

Det er gjort en systematisk gjennomgang av Helsedirektoratets pakkeforløp med sikte på å finne føringer for pasient- og pårørendeopplæring som beskrevet i oppdraget. Det er derfor ikke sett på pasient- og pårørendeopplæring i helhetlige forløp. Imidlertid vil det å integrere pasient- og pårørendeopplæring i helhetlige forløp, fra hjem til hjem, være en viktig innsats videre. Praksisfeltet etterspør føringer som:

1. Identifisering av pasienters og pårørendes behov for opplæring
2. Integrasjon av helsepersonells oppgaver i pasient- og pårørendeopplæring.
F.eks. kartlegge helsekompetanse, avklare behov for opplæring, planlegge og gjennomføre tiltak og samhandling
3. Beskrivelse av når oppgavene skal utføres gjennom forløpet. For eksempel:
 1. Henvising og start: Avklare helsekompetanse
 2. Kartlegging og utredning: Avklare pasienter og pårørendes behov for opplæring for å bidra til ønsket effekt av behandling og sette pasienter og pårørende i stand til å mestre helseutfordringene
 3. Behandling og oppfølging: Planlegging og gjennomføring av læringsaktivitet
4. Helsepersonells pedagogiske funksjon som omhandler pedagogiske prinsipper og verktøy for å sikre god informasjon og dialog for å fremme pasienter og pårørendes læring. Et eksempel er metoden «Teach back» for å sjekke ut om informasjon er forstått.

C: Koding og ønsket praksis

Oppdrag:

«... overordnede vurderinger av om systemet for registrering/koding i NPR kan gi uhensiktsmessige tilpasninger og om det er hensiktsmessig i forhold til ønsket praksis.»

Svar på oppdraget

Bakgrunn

Helsetjenesten skal være likeverdig og rettferdig fordelt. For å vite om helseforetakene gir lik tilgang til opplæring for pasienter i samme hoveddiagnosegruppe, er det behov for gode data. God kodepraksis er dessuten sentralt for at innsatsstyrt finansiering skal kunne virke etter hensikten.

Innsikter og spørsmål vi bringer inn, er et resultat av diskusjoner og funn i et samarbeidsprosjekt mellom Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus og Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring (RK-PPO), hvor det blant annet er gjennomført dialogmøte med klinikk; kursansvarlig lege, kursleder og kodeansvarlig. Vi bygger også på innsikt fra et internt forbedringsprosjekt ved OUS.

Systemet for registrering / koding i NPR

Deltakelse i lærings- og mestringsaktivitet ved sykehuset skal registreres i sykehusets pasientadministrative system. I ISF-regelverket heter det følgende:

«Pasientopplæringsprogrammer og andre tiltak i gruppe for pasienter og pårørende kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF dersom følgende krav er oppfylt:

- Programmet strekker seg over minimum 5 undervisningstimer
- Deltakerne må delta på minimum 80 % av programmet
- Programmet er tverrfaglig, inkluderer brukerkompetanse og er i stor grad basert på gjennomføring i små grupper
- Det foreligger en konkret plan for hvordan primærhelsetjenesten/ primærleger trekkes inn i gjennomføringen av programmene og den videre oppfølging av deltakere
- Opplæringsprogrammet gjennomføres i regi av et HF og med en lege eller psykolog som er ansvarlig for medisinskfaglig innhold og opplegg for gjennomføring.
- Selve gjennomføringen av opplæringen kan utføres av annet kvalifisert helsepersonell i spesialisthelsetjenesten

Ved poliklinisk gruppebasert opplæring av pasienter eller pårørende er det alltid pasienten som opplæringstiltaket utføres til fordel for, som skal rapporteres gjennom NPR-meldingselementet «Pasient». Dette gjelder uavhengig av om det er pasienten selv, pasientens pårørende, eller både pasienten og pasientens pårørende som mottar selve opplæringen. I tillegg gjelder følgende regler:

- «Kontakttype» i NPR-meldingselementet «Kontakt» skal angis med kodeverdi 13 «Opplæring»

- *Hovedtilstand angis i alle tilfeller der opplæringen gjelder sykdom som pasienten har. ICD-10-kode(r) som angis skal reflektere denne eller disse sykdommene*
- *NCMP koder, WPC00 Lærings- og mestringsaktivitet vedrørende aktuelle tilstand sammen med ZWWA30 Prosedyre rettet mot en gruppe pasienter. Denne koden skal benyttes uavhengig av om det er pasienten selv eller pårørende som møter på vegne av pasienten. Dersom det er pårørende som deltar kan ZWWA40 Prosedyre rettet mot foreldre/pårørende eller ZWWA25 Prosedyre rettet mot flerfamiliegruppe benyttes i tillegg.»*

Særkoden A0099 (Grupperettet pasientopplæring) skal registreres en gang per program per pasient når ovennevnte krav er oppfylt. Lærings- og mestringsaktivitet kan utløse bevilgning når visse kriterier er oppfylt. Blant annet må programmet strekke seg over minimum 5 undervisningstimer og deltakerne må delta på minimum 80 % av programmet. Når kriteriene er oppfylt kan det kodes med særkoden A0099. Reglene knyttet til pasientopplæring (A0099) gjelder nå både for somatikk og psykisk helsevern og TSB.

Uhensiktsmessige tilpasninger?

Pasient- og pårørendeopplæring omhandler alt fra informasjon, undervisning, veiledning, kurs og kan være individuell og gruppebasert. Praksisfeltet forteller at det meste av opplæringen i sykehuset er individuelt tilpasset opplæring til den enkelte, og ikke gruppebaserte læringstilbud. Det bør være fokus på helhetlig opplæring til pasienter og pårørende ved bruk av ulike metoder. Dette ønskes synliggjort i større grad ved bruk av koder som også viser til individuell opplæring.

Det rapporteres som vanskelig å kode pasient- og pårørendeopplæring riktig. Kravene til koding oppleves som omfangsrike og det er krevende for klinikkene å sørge for korrekt koding. Kodeverk oppleves som avansert, noe som fører til feilkoding eller at det ikke kodes. Lav inntekt gjør at koding av denne oppgaven ikke alltid prioriteres. Funn i koderevisjon av pasient- og pårørendeopplæring i OUS fra 2015 understøtter dette.

Imidlertid brukes ikke koder som synliggjør aktivitet for veiledning og opplæring som gis individuelt eller til mindre grupper i rapportering av pasient- og pårørendeopplæring. Det er også kun opplæring i gruppe som er omtalt under pasientopplæring i ISF, og gruppetilbud er ikke aktuelt for alle pasientgrupper eller alle pasienter.

En positiv nyhet i 2020 var at timeantall på gruppebasert opplæring ble redusert fra 7 til 5 timer, dette gjør at kursene er enklere å tilpasse deltakere som ikke har kapasitet til å delta pga. helse i så mye som 7 timer. En annen positiv endring er at særkoden A0099 også er innført i psykisk helse.

I psykisk helse og rusavhengighet er det en tradisjon for å arbeide med psykoedukasjon, der opplæring er sentralt. Dette kodes i dag som behandling enten i gruppe eller som familiebehandling (7.8 Gruppebehandling; IBBB20- Psykoedukativ behandling, 7.9 Familiebehandling; IBBB15 Psykoedukativ behandling, familiebehandling).

Det er gråsoner mellom rehabilitering og opplæring, da det kan være en konkret opplæringsintervensjon innenfor et rehabiliteringsforløp som ikke synliggjøres som opplæring.

Forbedringstiltak

Lederinformasjon

Ledere bør innhente kunnskap om omfang av pasient- og pårørendeopplæring. Det finnes i dag gode rapporteringsverktøy som f.eks. NimesVis som gjør det enkelt for helseforetakene å lage faste spøringer på aktivitet som synliggjør pasient- og pårørendeopplæring. Dette kan hentes ut i fra den enkelte klinikk og avdeling, og kan brukes som et godt styringsverktøy for ledelse.

Burde helseforetakene i HSØ ha en felles mal for rapportering? Økt oppmerksomhet på riktig koding av pasient- og pårørendeopplæring og etterspørsel på aktivitetsdata på flere nivå, kan være et positivt bidrag til økt ledelsesfokus på den lovpålagte hovedoppgaven.

Prosedyre

En overordnet enkel kodeprosedyre for pasient- og pårørendeopplæring bør på plass. Den kan ha et eget avsnitt om *ofte stilte spørsmål*. Hva er en helseepisode? Hva er et opplæringsprogram? Hva innebærer oppmøte på 80 % i praksis? Hvor lang er en undervisningstime? Hvordan kode opplæring i rehabilitering? Kan dette være et nasjonalt tiltak?

Gjennomgang av koder

Det er behov for en gjennomgang av aktuelle koder som kan være med å synliggjøre bredden av pasient- og pårørendeopplæring i helseforetakene. Det er behov for en diskusjon av hvor vidt eller avgrenset vi skal tolke pasient- og pårørendeopplæring, da dette må gjenspeiles i kodeverket, og koding.

Det er behov for å se på koder for opplæring i relasjon til psykoedukasjon og rehabilitering.

Dersom fagpersoner har individuell samtale med deltaker som har en henvisning til et poliklinisk gruppebasert lærings- og mestringstilbud, skal dette kodes som en ordinær poliklinisk konsultasjon for deltakeren. Kode for deltakerens problemstilling skal være kode for hovedtilstand. Aktuelle prosedyrekoder finnes i kategori OB i prosedyrekodeverket. En aktuell kode er OBAA00 Mestringsorientert samtale. Eksempler på noen aktuelle koder i ISF som viser ulike metoder i pasient- og pårørendeopplæring:

TABELL 1 ANDRE AKTUELLE KODER

Kode	
OBAA00	Mestringsorientert samtale Om sammenhenger mellom tanker, kroppslige reaksjoner og atferd.
OBBM00	Veiledning om ernæring, kost og måltid Utforming av tiltak, informasjon, veiledning og/eller rådgivning om egnet kosthold
OBCD00	Utprøving, tilpasning, opplæring og veiledning i bruk av hjelpemidler
OBDB00	Individuell rådgivning i forebyggende hensikt Vedrørende misbruk av alkohol, narkotika, medikamenter samt ved røyking og spillavhengighet. I tillegg tiltak for endring av livsstil (som fysisk aktivitet, kosthold osv.).
IBBC00	Motiverende intervju

D: Økt helsekompetanse til befolkningen

Hvordan lærings- og mestringstjenestene kan bidra til å heve helsekompetansen i befolkningen for øvrig

Oppdraget

Oppdraget er formulert slik: «Ledernettverket i Helse Sør-Øst har gitt innspill til vedtatt prosjektmandats punkt om hvordan lærings- og mestringstjenestene kan bidra til å heve helsekompetansen i befolkningen for øvrig. RK-PPO bes om å levere en tekst på basis av innspillene, som kan brukes/bearbeides til bruk i sluttrapporten. Teksten må bygge på definisjon av helsekompetanse i Helse- og omsorgsdepartementets Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen.

Målgruppen «befolkningen for øvrig» strekker seg ut over lærings- og mestringstjenestenes primære målgruppe, pasienter og pårørende i spesialisthelsetjenesten og ansatte i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I «befolkningen for øvrig» inngår innbyggere som ikke (foreløpig) er pasienter- eller pårørende.

Bidraget bør ta opp i seg føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan om etablering av helsefelleskap.»

Helsekompetanse

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

Kilde: Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023, HOD

I strategien heter det at helsekompetanse styrker evnen til å mestre ulike livssituasjoner. Dette gjelder både for de som mottar behandling og pleie, de som har økt risiko for sykdom og for friske som skal forholde seg til helsefremmende informasjon. I henhold til strategien er lav helsekompetanse «forbundet med dårligere helse og svakere oppfølging av egen sykdom, større sykdomsforekomst og hyppigere innleggelse i sykehus». Helsekompetanse er, ifølge strategien, viktig blant annet fordi det setter folk i stand til å navigere i og bruke helse- og omsorgstjenestene på en god måte og det skaper forutsetninger for egenmestring og egenbehandling. Lav helsekompetanse kan bidra til å øke helseutgiftene, slik at en innsats for å styrke helsekompetanse i befolkningen også er viktig i et bærekraftsperspektiv.

I definisjonen av helsekompetanse vises det il personens *evne* til å forstå, vurdere og anvende *helseinformasjon*, for å kunne *treffe beslutninger*. Slik vi forstår denne definisjonen, omhandler den for eksempel ikke kunnskap og ferdigheter pasienter og pårørende trenger for å kunne håndtere/ mestre sykdom/ skade. I arbeidet med å øke helsekompetansen til befolkningen velger vi derfor også å legge til denne dimensjonen.

Befolkningens behov for helsetjenester endres ved at antallet mennesker som lever med kroniske sykdommer, nedsatt funksjonsevne og helsesvikt øker. I et samfunn med stadig høyere levealder vil sykdomsbildet preges av at flere lever med sammensatte helseutfordringer, i tillegg til at enkelte sykdommer er mer fremtredende hos noen etniske grupper og derfor trenger særlig fokus. Medisinsk behandling kan ikke løse utfordringene alene. Arbeidet for å bedre folkehelsen fordrer et bredt nivåovergripende samarbeid med økt fokus på forebyggende og helsefremmende innsats.

Hvordan nå fram til befolkningen?

Helsetjenestene bruker flere kanaler for å nå fram til befolkningen, både gjennom tradisjonelle metoder og digitalt. Digitale ressurser har blitt tatt i bruk, slik som nettsider, podcast og apper. Appene for livsstilsendring (BareDu) på Helsenorge.no er eksempler.

Kampanjen *Gjør kloke valg*, lansert av legeforeningen er et eksempel hvor målet er å oppfordre til samtale mellom helsepersonell og pasienter om overdiagnostisering og overbehandling. Mange undersøkelser er unødvendige, og i verste fall skadelige (Den norske legeforening).

Det arbeides med spredning av helsekompetanse i mange sektorer. Faget Folkehelse og livsmestring er på vei inn i skolen.

Nasjonale helse- og sykehusplan 2020-2023 beskriver et målbilde der pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar, opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner og møter i større grad spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv. Helsefelleskapene og det utadvendte sykehuset blir arenaer for læring.

Utadvendte sykehus skal yte mer helsehjelp hjemme hos pasienten, samarbeide mer, både fysisk og virtuelt, med kommunale helse- og omsorgstjenester og jobbe tettere med andre sykehus (HOD, 2019).

Nasjonale helse- og sykehusplan peker på at digitalisering kan gi bedre og mer helhetlige tjenester. Digitalisering er en driver som allerede har gjort det lettere å nå bredt ut, med kunnskap om målgruppers behov og preferanser.

For å kunne nå bredere ut med helsekompetanse til de som ikke nødvendigvis definerer seg som bruker av helsetjenesten, er det behov for økt kapasitet og kompetanse på hvordan nå fram med kunnskap. Det er behov for kompetanse innen kommunikasjon og helsepedagogikk.

Kunnskap om helserisiko i befolkningen og befolkningsanalyser kan gi grunnlag for en forebyggende og helsefremmende innsats overfor innbyggere.

Ansvaret for å fremme folkehelse i helsetjenesten

Kommunene er gjennom Lov om folkehelsearbeid pålagt å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som kan virke inn på denne. Kommunene skal iverksette tiltak for å bedre folkehelsen og utjevne sosiale ulikheter i helse. Kommunen skal også gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom (Lov om folkehelse/ Veileder for kommunale frisklivssentraler).

Samhandlingsreformens målsetting var at en større del av helsetjenestene skulle ytes av kommunen, med et økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon. Oppgaver og roller til de ulike aktørene er

endret og det kreves endrede arbeidsformer og økt fleksibilitet og koordinering om helhetlig opplæring.

Spesialisthelsetjenestens ansvar (Lov om spesialisthelsetjenester med kommentarer) for å fremme folkehelse og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning kan konkretiseres i tre hovedområder:

1. Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten.
Spesialisthelsetjenesten skal informere om forhold som påvirker helse og sykdomsutvikling og gi råd. Dette gjelder ikke bare den sykdommen pasienten får behandling for, men også andre risikofaktorer som pasienten er utsatt for, og som kan gi sykdom.

2. Overvåking av sykdom og risikoforhold og kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse
Dette handler om potensialet som ligger i å iverksette folkehelseiltak basert på datamateriale fra spesialisthelsetjenesten, for eksempel fra medisinske kvalitetsregistre og Norsk pasientregister (NPR). Når spesialisthelsetjenesten oppdager sykdom eller risikoforhold som vil være et grunnlag for forebyggende eller helsefremmende tiltak, skal tjenesten selv aktivt bidra til at denne informasjonen formidles til kommuner og fylkeskommuner. Det vil gjøre det mulig å vurdere tiltak for å forebygge at problemer oppstår eller får utvikle seg.

3. Helsefremming og forebyggingstiltak

Kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse, helsefremming og forebyggingstiltak innebærer at spesialisthelsetjenesten bør informere og samarbeide med helse- og omsorgstjenestene i kommunene og helsemyndighetene om sykdomsutvikling innenfor ulike diagnoser eller sykdomsgrupper.

Et eksempel på et folkehelseiltak i spesialisthelsetjenesten er at sykehus har åpne temamøter om ulike diagnoser for å bringe kunnskapsbasert kompetanse ut til befolkningen. Foredrag som tidligere var på sykehusene flyttes til litteraturhus og folkebibliotek. Et annet eksempel er podkast som virkemiddel for å nå ut med kunnskap til befolkningen. Her vil vi trekke fram podkasten SyktFrisk som startet i juni 2020 hvor spesialisthelsetjenesten videreformidler kunnskapsbasert informasjon til pasienter og pårørende. Podkasten er tilgjengelig for alle, men har sitt utspring i miljø som arbeider med pasient- og pårørendeopplæring i helseforetak og i HSØ. Episodene er laget på bakgrunn av det mange pasienter og pårørende lurer på med innspill fra brukerutvalg og ungdomsråd, og ulike fagfolk. (Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring, Helse Sør-Øst).

Ressursutfordringer

Lærings- og mestringssentrene (LMS) i sykehusene er små enheter. I Helse Sør-Øst finner vi LMS-bemanning som varierer fra 1 årsverk til 7 årsverk. Det er også sykehus som ikke kun har lærings- og mestringssentre, men f.eks. har rådgivere i klinikken som bistår i utvikling av læringstilbud. Friskliv, fastlege, LMS og andre fagpersoner må være basis for en tjeneste som retter seg mot en større målgruppe. En viss tilførsel av nye ressurser bør være realistisk, samt at en ser på mulig omdisponering for en best mulig samlet ressursutnyttelse.

Hele populasjonen – et eksempel fra Kaiser Permanente

Kaiser Permanente er et helsetjenestekonsern i USA som også trekkes frem av norske myndigheter for måten de arbeider med helhetlig helse, innovasjon og digitalisering.

Det er ulike modeller for integrerte helsetjenester. Modellene kan være individbaserte (bruk av pasientkoordinator eller case-management), basert på gruppe (behandling og oppfølging av multisyke og mennesker med kroniske sykdommer), basert på diagnoser (astma, kols, diabetes, hjerte- og karsykdommer) eller hele populasjoner (Valencia og Kaiser Permanente) (Helse Sør-Øst 2018).

Organisasjonen har satt seg som mål å ikke bare levere helsetjenester til sine medlemmer, men også til befolkningen. Et mål er å påvirke sosiale og miljømessige drivere for uhelse. For å få til dette er blant annet teknologi sentralt. De arbeider tett sammen med lokale myndigheter med befolkningsanalyser og kart med «hotspots» for lokalområder som krever særlig forebyggende innsats f.eks. mht. sykkelig overvekt ol.

Aktuelle modeller

De modellene vi ser som aktuelle, bygger på enten lærings- og mestringssentra, Frisklivssentralene, eller begge i fellesskap, med supplement fra omkringliggende fagmiljøer. Vi kan også se for oss en modell som kun bygger på sentrale nasjonale ressurser. Vi kan tenke oss at måten lærings- og mestringstjenestene bringer helsekompetanse ut til befolkningen på defineres ut fra arbeidsmåter, enten tradisjonelle eller mer moderne, med bruk av digitale verktøy. De modellene vi presenterer og drøfter, finnes derfor i nedenstående figur. Med erfaringene fra de senere måneder, vil digitale læringsressurser måtte tas i bruk.

Verktøy /lokasjon	I kommunehelsetjenesten	I spesialisthelsetjenesten	I helsefellesskap	Nasjonalt
Mer digitale	Robust Friskliv, digitale verktøy	Robust LMS, digitale verktøy	Ressurssenter i helsefellesskap, digitale verktøy	Digitale ressurser
Tradisjonelle	Robust Friskliv	Robust LMS	Ressurssenter i helsefellesskap	---

FIGUR 1 AKTUELLE MODELLER - PRINSIPPSKISSE

Modell 1: Digitalt ressurscenter for helsekompetanse

Både pasienter og helsepersonell bruker digitale helseløsninger og bygging av digital helsekompetanse er viktig for begge grupper (Eide og Eide, 2020). Digitaliseringen fører til at helsepersonell får en ny rolle sier de, og peker på at det stiller krav til deres kompetanse, både med hensyn til teknologi, mestring av teknologien, pedagogikk og innovasjon og implementeringskompetanse.

Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring i HSØ deltok i 2017-18 i et arbeid om en konseptfaseutredning for en personlig kunnskapsoversikt ved Direktoratet for e-helse. Det var et omfattende arbeid hvor tjenesteutviklere, systemutviklere, klinikere, kompetansesentra, ressurspersoner fra helseforetak og pasientorganisasjoner sammen arbeidet frem et forslag til en personlig kunnskapsoversikt for innbyggere via Helsenorge.no. Forslaget ble "et digitalt lærings- og

mestringscenter" med kvalitetssikret pasient- og pårørendeopplæring. Det ble foreslått digitale læringsressurser tilpasset ulike målgrupper som f.eks. e-læringskurs, apper, filmer, podkaster m.m. og innloggbare verktøy for læring og mestring via Min side. Det er i dag en utfordring å finne frem til kvalitetssikrede og egnede læringsressurser. Et digitalt ressurscenter for helsekompetanse eller et digitalt lærings- og mestringscenter kan være aktuelt både som et helsefremmende tiltak for å nå ut med helsekompetanse til befolkningen, men også for pasienter, pårørende og helsepersonell. I tillegg er det en aktuell ressurs for akademia i utdanning av fremtidens helsepersonell.

Det er utarbeidet en konseptfaserapport i prosjektet DIS 2018 om digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten som beskriver behov og muligheter. Dokumentet er en delleveranse i prosjektene DIS-2016 og DIS-2017, et samarbeid mellom de fire helseregionene og Direktoratet for e-helse. De regionale foretakene gikk ikke videre med arbeidet den gangen. Vi forstår det slik at mye av funksjonaliteten som gjorde at prosjektet ble lagt på vent, nå er på plass eller nærmere seg en mulighet for å hente dette frem på nytt. For eksempel testes noen av innholdselementene i ulike prosjekter innen psykisk helse. Vi kan i dag logge inn på MinSide via hels norge.no og under «Verktøy» finne lærings- og mestringsverktøy, med ressurser innen psykisk helse, fysisk helse og livsstil (i oppdatert versjon ultimo september). Vi mener Helsnorge.no er den naturlige plattformen for et Digitalt ressurscenter for helsekompetanse.

Et nasjonalt og digitalt ressurscenter kan distribuere ressurser som er kvalitetssikret og felles for hele landet. Dette kan være et viktig bidrag for en mer likeverdig tilgang til helsekompetanse. En vil nå en stor og stigende andel av målgruppen, som har digital kompetanse. Men det forutsetter også at det arbeides med å øke innbyggerens digitale helsekompetanse slik at de kan ta i bruk ressursene som finnes.

«I likhet med at samfunnet digitaliseres, blir også helse- og omsorgstjenesten mer og mer digital. Dermed vil folks digitale helsekompetanse være viktig. Dette omfatter alt fra det å søke opp, finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon fra elektroniske kilder til å kunne bruke elektroniske verktøy i oppfølging av egen sykdom» (Strategi for økt helsekompetanse, 2019).

Svakhetene med en rent digital tilnærming er blant annet begrenset mulighet til å nå ut fysisk. Bruken av fastlege og øvrige helsetjenester må ikke bli erstattet av kun digitale ressurser.

Modell 2: Ressurscenter for helsekompetanse innenfor kommunehelsetjenesten

Når en skal styrke helsekompetansen hos de som ikke er pasienter, er det naturlig å tenke på kommunene. Kommunene driver forebyggende arbeid og alle bor i en kommune.

Gjennom Lov om folkehelsearbeid, er kommunene pålagt å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som kan virke inn på denne. De skal iverksette tiltak for å bedre folkehelsen og utjevne sosiale ulikheter i helse. Kommunen skal også gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

Med begrepet «ressurscenter for helsekompetanse» sikter vi til en enhet som har en viss faglig bredde og en viss kapasitet, og med tyngde innenfor måter å legge til rette for økt helsekompetanse og kompetanse innen kommunikasjon og helsepedagogikk. Dette kan omfatte kompetanse på ulike digitale læringsressurser som blant annet e-læring, podcast, film / video, videomøter / webinar og apper av forskjellig slag. Ressursene kan utvikles i senteret eller i nasjonale fagmiljøer.

Modellen kan bygge på eksisterende organisasjon, Frisklivssentralen. Frisklivssentralen skal være en samarbeidspartner i det lokale folkehelsearbeidet, blant annet gjennom veiledning og informasjon til befolkningen. Formålet med arbeidet i Frisklivssentralen er i henhold til Veileder for kommunale frisklivssentraler, å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom. Frisklivssentralen skal samarbeide med andre offentlige, private og frivillige aktører. Dokumentasjon fra frisklivssentralens arbeid kan avdekke behov for tiltak både i og utenfor helse- tjenesten. Frisklivssentralen kan initiere etablering og ta del i gjennomføring av nye tiltak i samarbeid med andre aktører. Frisklivssentralen kan også bidra til kompetanseheving i andre tjenester når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid og endring av levevaner.

Det er aktuelt å se på Helsedirektoratets Veivisere til lokalt folkehelsearbeid, Folkehelseinstituttets Folkehelseprofiler og Kommunehelsestatistikkbank, som kommunene kan benytte for oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer (Veileder for kommunale frisklivssentraler).

En fordel er at en kan ha godt samarbeid med og tilgang til og bruke kompetansen hos folkehelsekoordinator, kommunelege og fastlegene samt øvrig fagkompetanse i kommunen. Det vil også være god tilgang på kompetanse på helsepedagogikk og læring og mestring i en Frisklivssentral.

Ulempen med modellen er avstanden til spesialistenes kompetanse.

Modell 3: Ressurssenter for helsekompetanse innenfor spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten kan en styrke lærings- og mestringssentra og gi dem et bredere nedslagsfelt enn i dag. Med sin kompetanse på formidling og helsepedagogikk kan det bli et ressurscenter som tar i bruk digitale verktøy og formidler ved hjelp av podcast, filmer, informasjonstekster og apper. Et ressurscenter innenfor spesialisthelsetjenesten har tilgang til en bred og tverrfaglig spesialisert kompetanse i sykehusene. Sykehusene har også lang erfaring med brukermedvirkning i utvikling av opplæringstilbud. Det kan tas i bruk og styrke tekster og film på sykehusenes nettsider, og gjøre disse til verktøy overfor de som ikke er pasienter. Her kan en også bruke ressurser på Helsenorge.no.

Et argument mot modellen kan være sykehusenes kompetanse og innretting. Er sykehusene for behandlingsorientert framfor forebyggende og helsefremmende arbeid? Gjennom samhandling kan en få til den beste utnyttelsen av kompetansen.

Modell 4: Ressurssenter for helsekompetanse i helsefelleskap

Helsefelleskapene kan være gode rammer rundt en tjeneste som arbeider for å øke helsekompetansen til den delen av befolkningen som ikke allerede bruker tjenesten. Oppdraget til helsefelleskapene er ifølge nasjonal helse- og sykehusplan å prioritere utvikling av tjenester til barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre. Hvis helsefelleskapene skal rette seg mot befolkningen for øvrig, kan det oppstå en målgruppekonflikt. Samtidig kan det bidra til å øke helsekompetansen til pasienter/ brukere med lav helsekompetanse. Og helsefelleskapene kan utnytte de samlede ressursene i kommuner og sykehus, på en måte som aktørene hver for seg ikke kan. Det ligger derfor godt til rette for at helsefelleskapene kan tilføre noe i arbeidet med helsekompetanse.

Helsefellesskapene kan tilby fysiske arenaer for den delen av målgruppen som vil oppsøke et lavterskel helsekompetansetilbud. De kan videre nå fram til målgrupper digitalt, enten med egne eller nasjonale digitale ressurser.

Økt fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid gjennom tettere samhandling gir bedre forvaltning av ressurser. Den kanskje viktigste fordelene med et ressurscenter i helsefellesskap er tilgangen til kompetanse i både sykehusene og kommunene. Modellen vil ha god kompetanse på helsekompetanse, helsepedagogikk og mestring, den bygger på allerede etablerte samhandlingsstrukturer og en kan bygge noe nytt og sikre oppmerksomhet på målgruppen, og bidra til økt bærekraft i helsetjenesten.

Det kan innvendes at helsefellesskap fordrer ressurser til koordinering mellom aktørene. I den grad modellen henter ut ressurser fra sykehus eller kommunale enheter til en ny målgruppe, kan en risikere at etablerte målgrupper får et svekket tilbud. Dette må møtes med god samhandling i de styringsorganene som etableres i helsefellesskapene.

Konklusjon og anbefaling

Ved valg av modeller mener vi det er to forhold som særlig bør vektlegges, mulighetene som ligger i digitale løsninger og potensialet i helsefellesskapene.

Et nasjonalt og digitalt ressurscenter kan tilby kvalitetssikrede ressurser felles for hele landet og slik bidra til en mer likeverdig tilgang til helsekompetanse. Helsenorge.no er en egnet plattform å bygge videre på. Det vil nå en stor andel av målgruppen i de fleste aldersgrupper. En svakhet med en rent digital tilnærming er mulig dekobling til øvrig helsetjeneste, som fastlege og øvrige ressurser i lærings- og mestringstjenestene.

Vi viser til sykehuset Kaiser Permanente i USA som har arbeidet systematisk med helsefremmende og forebyggende helsearbeid og har satt seg som mål å ikke bare levere helsetjenester til sine medlemmer, men også til befolkningen. De arbeider tett sammen med lokale myndigheter for å identifisere områder som krever forebyggende innsats.

Den kanskje viktigste fordelene med et ressurscenter i helsefellesskap er tilgangen til kompetanse i både sykehusene og kommunene. Modellen vil ha god kompetanse på helsekompetanse, helsepedagogikk og mestring, den bygger på allerede etablerte samhandlingsstrukturer og en kan bygge noe nytt og sikre oppmerksomhet på målgruppen, og bidra til økt bærekraft i helsetjenesten. Helsefellesskapene kan tilby fysiske arenaer for den delen av målgruppen som vil oppsøke et helsekompetansetilbud og de kan nå fram til andre i målgruppen digitalt.

Vi mener helsefellesskapene har gode muligheter til å utnytte kompetansen som er tilgjengelig i både kommune- og spesialisthelsetjeneste og bli spennende arenaer for utvikling av lærings- og mestringstjenestene.

Vi anbefaler at det gjøres et forsøk med utprøving av ressurscenter for helsekompetanse i helsefellesskap. En kan prøve ut i to-tre piloter med litt ulik innretning. Demografisk variasjon vil gjøre sentrene ulike. Det som passer i Oslo, vil måtte innrettes annerledes på Sørlandet, for eksempel. Ressurscenteret må benytte digitale ressurser i tillegg til fysiske.

Vi mener Helsenorge.no er den naturlige plattformen for videre utvikling av et Digitalt ressurscenter for helsekompetanse.

Vi anbefaler at en utvikler både

1. Digitalt ressurscenter for helsekompetanse (modell 1) og
2. Ressurscenter for helsekompetanse i helsefelleskap (modell 4)

Referanser

Den norske legeförening, *Gjør Kloke Valg*. Hentet fra: <https://www.legeföreningen.no/kloke-valg/>

Direktoratet for e-helse. (2018). Målbilde for personlig kunnskapsoversikt. DIS 2018. Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten.

Eide, H. E. (2020). Digital helse, læring og mestring. I A. Vågan, *Helsepedagogiske metoder. Teori og praksis* (ss. 159 - 185). Oslo: Gyldendal.

Folkehelseoven. (2011). Lov om folkehelse (LOV-2009-06-19-65) Hentet fra: <https://lovdata.no>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2020-06-19-78). Hentet fra: <https://lovdata.no>

Helsedirektoratet. (2015). Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere>

Helsedirektoratet (2013). *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer* (Rundskriv IS-5/2013) Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet (u.a). Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/produkter>

Helsedirektoratet (2011). *Veileder for kommunale frisklivssentraler*. Etablering og organisering. Revidert utgave 2016. (Veileder IS-1896). Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere>

Helsedirektoratet. (u.a). Innsatsstyrt finansiering (ISF) – regelverk. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet>

Helse og omsorgsdepartementet. (2019). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. (Meld.St.7.(2020-2023) Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen 2019-2023. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no>

Helse Sør-Øst RHF. (2018). Regional utviklingsplan 2035. Hentet fra: <https://www.helse-sorost.no/regional-utviklingsplan-2035>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v (LOV-1999-07-02-64) Hentet fra <https://lovdata.no>

Kaiser Permanente. (2020). Hentet fra: <https://healthy.kaiserpermanente.org/georgia>

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (u.å). mestring.no. Hentet fra: <https://mestring.no>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra: <https://lovdata.no>

Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring, Helse Sør-Øst. (2020). Podkast SyktFrisk. Hentet fra: <https://mestringforalle.no/syktfrisk/>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra: <https://lovdata.no>

Vågan, A. (Red.)(2020). *Helsepedagogiske metoder. Teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Vedlegg:

Pasient- og pårørendeopplæring og relaterte begreper, September 2020