

Hans Donali Tilset
Marit Schei Olsen

Folkehelsearbeid og kompetanseheving

Om regional organisering av forebyggende aktivitet og kompetanseheving i tilknytning til diabetes




**Hans Donali Tilset
Marit Schei Olsen**

Folkehelse og kompetanseheving.

**Om regional organisering av forebyggende
aktivitet og kompetanseheving i tilknytning til
diabetes.**

Et prosjekt i samarbeid med Fosen Helse IKS

**Studio Apertura, NTNU Samfunnsforskning AS
Januar 2013**

 NTNU Samfunnsforskning AS Studio Apertura Postadresse: 7491 Trondheim Besøksadresse: Dragvoll Allé 38B, Telefon: 73 59 63 00 Telefaks: 73 59 62 24 E-post: kontakt@samfunn.ntnu.no Web.: www.samforsk.no Foretaksnr. NO 986 243 836		<h1>RAPPORT</h1>	
		TITTEL	
		Folkehelse og kompetanseheving. Om regional organisering av forebyggende aktivitet og kompetanseheving i tilknytning til diabetes.	
		FORFATTERE	
		Hans Donali Tilset, Marit Schei Olsen	
		OPPDRAKSGIVER	
		Fosen Helse IKS	
RAPPORT NR.	GRADERING	OPPDRAKSGIVERS REF.	
	Åpen	Berit G. Wiklund	
ISBN		PROSJEKTNR.	ANTALL SIDER OG BILAG
978-82-7570-312-3 (trykk)		2271	40
978-82-7570-313-0 (web)			
DATO		PROSJEKTLEDER	KVALITETSSIKRET AV
21.01.2013		Hans Donali Tilset	Trond Kongsvik
SAMMENDRAG Som ledd i arbeidet med forebygging av diabetes har Fosen Helse IKS gjennomført prosjektet <i>Diabetes Fosen</i> med oppmerksomhet på kompetanse-heving for helsepersonell samt forankrings- og informasjonsvirksomhet i kommunene på Fosen. Dette arbeidet inngår i det regionale folkehelsearbeidet som drives av Folkehelse Fosen. Denne rapporten er sluttrapport etter prosjektet <i>Diabetes: Samarbeid, forebygging og kompetanse</i> som har hatt som mål å beskrive de organisatoriske forholdene omkring regionalt folkehelsearbeid og regional kompetanseheving der diabetesarbeidet på Fosen har vært brukt som eksempel. Rapporten gir en beskrivelse av det arbeidet som er gjort på Fosen i denne sammenheng med oppsummering av erfaringer. Det er skissert modeller både for regionalt folkehelsearbeid og regional kompetanseheving.			
STIKKORD	Folkehelsearbeid, organisering, regionalt samarbeid, kompetanseheving, Samhandlingsreformen, diabetes		

FORORD

Denne rapporten oppsummerer et prosjekt utført for *Fosen Helse IKS*¹ i samarbeid med virksomhetsområdet *Folkehelse Fosen*. Prosjektet er et ledd i Fosen Helse sitt arbeid med tilpasning til *Samhandlingsreformen* og den nye *Folkehelsesloven*.

Fosen Distriktsmedisinske Senter v/ Folkehelse Fosen startet i 2011 prosjektet *Diabetes Fosen* for å komme i gang med folkehelsearbeid som forebygger diabetes 2 samt forebygger komplikasjoner for de som allerede har fått diagnosen.

Prosjektet *Diabetes: Samarbeid, forebygging og kompetanse* er et prosjekt som støtter *Diabetes Fosen*, og har hatt fokus på de organisatoriske aspektene knyttet til folkehelsearbeid og tilhørende kompetanseheving rettet mot forebygging av diabetes 2 i Fosenregionen.

Prosjektet er finansiert gjennom tildeling fra Helsedirektoratet og med egeninnsats fra Fosen DMS og Folkehelse Fosen.

Det rettes en stor takk til oppdragsgiver *Fosen Helse IKS* v/daglig leder *Berit Groeggen Wiklund* og til *Folkehelse Fosen* v/folkehelsekoordinator *Karin Helen Størseth* som har vært helt sentral i arbeidet med dette prosjektet. En stor takk også til *Rita Langvold* og *Karita Lysvand* som er kompetansekoordinatorer i *Fosen Helsekompetanse* (et virksomhetsområde i Fosen Helse), samt til *Folkehelse* rådgiver hos Fylkesmannen i Sør-Trøndelag *Jorunn Lervik* og til *folkehelsekoordinator* i Sør-Trøndelag Fylkeskommune *Jon Tore Vik*.

Trondheim, januar 2013

NTNU Samfunnsforskning AS, Studio Apertura

Hans Donali Tilset

Prosjektleder

¹ *Fosen Helse IKS* er det nye navnet på *Fosen Distriktsmedisinske senter IKS*. Navneendring ble vedtatt i styremøte i juni 2012. Navnet *Fosen Distriktsmedisinske Senter* skal fortsatt brukes om de sentrale tilbudene knyttet til ”huset på Brekstad”.

INNHOOLD

FORORD	v
SAMMENDRAG	xi
1 Innledning.....	1
1.1 Oppbygging av rapporten.....	1
1.2 Diabetes.....	1
1.3 Diabetesprosjektet på Fosen	3
1.4 Regionalt helsearbeid på Fosen	3
1.4.1 Fosen Distriktsmedisinske Senter IKS.....	3
1.4.2 Folkehelse Fosen	4
1.4.3 Fosen Helsekompetanse	5
1.5 Om dette prosjektet	5
2 Gjennomføring	7
2.1 Arbeidsform.....	7
2.2 Resultater	8
3 Lokal forankring av regional aktivitet.....	9
4 Folkehelse Fosen	11
4.1 Organisering av folkehelseenheten.....	12
4.1.1 Folkehelsekoordinatoren	12
4.1.2 Felles samfunnsmedisiner	12
4.1.3 Miljøhygieniker.....	13
4.2 Oppstartarbeid	13
4.2.1 Forankring og informering.....	13

4.3	Samordning med fylkeskommune og fylkesmann.....	14
4.4	Prosjektarbeid i folkehelseenheten.....	17
4.4.1	Diabetes Fosen	17
4.4.2	Friskliv Fosen	17
4.4.3	Forebygging barn og unge	17
4.4.4	Kompetanseheving.....	18
4.5	Nettverksarbeid.....	19
4.6	Utfordringer og erfaringer.....	20
4.6.1	Viktige momenter hentet fra erfaringene på Fosen.....	21
4.6.2	Folkehelsekoordinatorens situasjon.....	22
4.6.3	Målrettet folkehelsearbeid.....	24
5	Modell for Folkehelse Fosen	26
5.1	Prosessmodell	26
5.2	Sentrale prosesser i Folkehelse Fosen.....	27
6	Regional kompetanseheving	29
6.1	Kompetansekoordinatorer	29
6.2	Sentrale oppgaver for kompetansekoordinatorer	29
6.3	Forankring og informering.....	29
6.4	Utfordringer og erfaringer.....	30
6.4.1	Kompetanseplaner	31
6.4.2	Forankring	31
6.4.3	Nettverksbygging.....	32
6.4.4	Kursleverandører.....	32

6.4.5	Tilbakemeldinger og kursevaluering	32
6.4.6	Om å være i forkant mht kompetansekrav	33
7	Modell for Fosen Helsekompetanse.....	34
7.1	Sentrale prosesser ved regional kompetanseheving.....	35
8	Overførbare erfaringer	38
9	Referanser	40

FIGURLISTE

Figur 1:	Organisering av Fosen Helse IKS - Vedtatt i styremøte i juni 2012	4
Figur 2:	Forankring på ledernivå gir ikke automatisk forankring på fagnivå.....	9
Figur 3:	For kommunen kan det være vanskelig å få oversikt over rolle- og ansvarsfordelingen mellom ulike folkehelseaktører	16
Figur 4:	Åpningsside for diabeteskurs.....	18
Figur 5:	Folkehelsekoordinatorens omgivelser	24
Figur 6:	Eksempel på matrise for forebyggende diabetesarbeid	25
Figur 7:	Sentrale prosesser i Folkehelse Fosen	26
Figur 8:	Folkehelse Fosen bidrar til at det kan iverksettes både direkte tiltak og indirekte folkehelsearbeid i kommunen	28
Figur 9:	Sentrale prosesser ved regional kompetanseheving	34
Figur 10:	Kompetanseplaner er et viktig redskap i arbeidet til Fosen Helsekompetanse	37

SAMMENDRAG

En av målsettingene med Samhandlingsreformen er å få kommunene til å forsterke folkehelsen gjennom forebyggende arbeid og dermed redusere behovet for sykehusinnleggelse og andre helsetjenester. Fosenkommunene har etablert *Folkehelse Fosen* som en enhet i *Fosen Helse IKS*. Denne enheten ledes av en folkehelsekoordinator som skal arbeide med koordinering av folkehelse-aktiviteter i regionen og være en rådgiver overfor kommunene i deres arbeid med folkehelse.

Folkehelse Fosen ble etablert i 2010 og har hatt oppmerksomhet på diabetes, forebyggende arbeid blant barn og unge samt etablering av regional frisklivssentral på Fosen. I denne sammenheng er det etablert en faggruppe både innen diabetes og en ressursgruppe for barn og unge.

Det har vært en utfordring for folkehelsekoordinatoren at selv om rollen har hatt god forankring på ledernivå har det vært dårligere med forankring i de enkelte fagavdelinger. Dette har ført til uklare forventninger til hva en regional folkehelseenhet kan bidra med. En viktig del av arbeidet til folkehelsekoordinatoren har vært å drive forankrings- og informasjonsvirksomhet ute i kommunene både når det gjelder konsekvensene av den nye Folkehelseloven og hva folkehelseenheten kan bidra med overfor kommunene.

Både hos fylkesmannen og i fylkeskommunen er det etablert særskilte stillinger med ansvar innen folkehelse. Disse har noe ulikt ansvar men skal begge utgjøre en ressurs for kommunene i deres arbeid med folkehelse. Det kan synes som om det er noe uklar oppfatning ute i kommunen hva rollene innebærer og hva kommunene kan forvente av bistand fra disse.

Med erfaring fra to års virke i *Folkehelse Fosen* er det fire hovedprosesser som er sentrale:

- Etablering og drift av en dialogarena som ivaretar både informerings- og forankringsaktiviteter samt bidrar til avklaring og konkretisering av behovene til den enkelte kommune.
- Folkehelsefaglig aktivitet med konkrete prosjekter og faste roller. Dette omfatter faste roller innen miljørettet helsevern og samfunnsmedisin, og det omfatter prosjekter som for eksempel *Diabetes Fosen*.
- Kompetanseheving i tilknytning til folkehelsearbeid er en sentral oppgave. Dette handler om registrering av behov og iverksetting av tiltak. Det

omfatter ikke selve gjennomføringen av kurs etc. som er en del av regional kompetanseheving.

- Nettverksarbeid, både internt i egen region og ut av regionen.

Disse hovedprosessene inngår i en modell for folkehelseenheten *Folkehelse Fosen*.

Fosen Helse IKS har i flere år drevet kompetanseheving for helsepersonell i regionen. Dette har vært koordinert og administrert av to kompetansekoodinatorer i 20% stilling. På bakgrunn av de erfaringer som er gjort og økt behov for tilrettelegging av kompetansehevende tiltak er disse deltidsstillingene økt til to 50%-stillinger.

Erfaringene etter noen års arbeid som kompetansekoodinatorer har vært grunnlag for å skissere en modell for regional kompetanseheving.

Kommunale kompetanseplaner betraktes som nødvendig for å kunne prioritere og gjennomføre riktige kompetansetiltak. Et regionalt samarbeid omkring kompetanseheving krever at kommunene har oversikt over egne kompetanse-behov. Rådgivning og veiledning knyttet til kommunale kompetanseplaner er en viktig rolle for en regional kompetanseenhet.

Hovedprosessene i en regional kompetanseenhet bør omfatte:

- Etablering og drift av en dialogarena for å ivareta informering og forankring samt rådgivning og veiledning knyttet til kompetansebehov ute i kommunene.
- Overordnet plan for kompetanseheving i regionene. Dette er resultatet etter at kommunene har laget egne kompetanseplaner som deretter samordnes med de øvrige kommunene for å komme fram til en plan for regionale tiltak.
- Kompetanseheving og trening. Dette er de konkrete tiltakene som settes i verk. Her kan det være snakk om innleie av eksterne aktører for selve kursgjennomføringen.
- Nettverksarbeid, både mot regionale aktiviteter og mot eksterne kompetanse miljøer og kursleverandører.

Disse hovedprosessene inngår i en modell for regional kompetanseheving.

1 Innledning

Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr 47, 2008-2009) og den nye *Folkehelseloven* (Lov om folkehelsearbeid, nr. 29, 24.06.2011 – heretter forkortet Folkehelseloven) stiller økte krav mht det ansvar kommunene har for helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i egen kommune. Folkehelsearbeidet skal gis oppmerksomhet i alle sektorer i en kommune, og for de fleste kommuner innebærer dette nye roller og nye oppgaver som må løses samt nye arbeidsprosesser og samarbeidsrelasjoner.

Folkehelsearbeid, både i en kommune og som samarbeid mellom kommuner, krever bevisst organisering av roller og oppgaver samt organisering og gjennomføring av nødvendig kompetanseheving. Fosenregionen har i et pågående prosjektet, kalt *Diabetes Fosen*, arbeidet med informering og bevisstgjøring i den enkelte kommune for å komme i gang med arbeid som forebygger diabetes 2 samt for å gjennomføre tiltak som øker kompetansen hos helsearbeidere.

Denne rapporten er sluttrapporten til et følgeprosjekt kalt "*Diabetes: Samarbeid, forebygging og kompetanse*" og oppsummerer de erfaringer og innsikter som er gjort mht organisering av folkehelse-arbeid og regional kompetanseheving i tilknytning til *Diabetes Fosen*.

1.1 Oppbygging av rapporten

Resten av dette kapitlet gir relevant bakgrunnsinformasjon for dette prosjektet, mens *kapittel 2* beskriver prosjektet og hvordan det er blitt gjennomført. I *kapittel 3* gjøres noen betraktninger omkring folkehelsearbeid som regional aktivitet og de utfordringer som det fører med seg rent organisatorisk. Etablering, organisering og drift av enheten Folkehelse Fosen er beskrevet i *kapittel 4* sammen med erfaringer fra dette arbeidet. *Kapittel 5* beskriver en modell for Folkehelse Fosen. *Kapittel 6* tar for seg regional kompetanseheving gjennom Fosen Helsekompetanse og *kapittel 7* illustrerer en modell for regionalt kompetansearbeid. I *kapittel 8* presenteres en del generaliserte erfaringer som kan benyttes som veiledning for andre regioner som arbeider med folkehelsearbeid og kompetanseheving på et regionalt nivå.

1.2 Diabetes

Diabetes er en stoffskiftesykdom hvor kroppen ikke produserer nok insulin for å regulere blodsukternivået i blodet. Ved diabetes 1, som ofte er medfødt, mangler insulinproduksjonen helt og den som rammes må ta insulinsprøyter. Diabetes 1 kan

ikke forebygges på noe vis. Ved diabetes 2 er insulinproduksjonen for lav til å regulere blodsukkernivået tilfredsstillende og pasienten må ta tabletter eller justere kostholdsvanene. Diabetes 2 er som oftest en konsekvens av feilaktig kosthold og inaktivitet, og kan derfor til en viss grad forebygges. Overvekt øker risikoen for diabetes 2 betraktelig.

Begge typene diabetes er livsvarige siden sykdommen ikke forsvinner ved behandling. Den som får diabetes må lære å leve med sykdommen resten av livet. Med riktig oppfølging og behandling vil de aller fleste diabetikere lære seg å ta nødvendige forholdsregler og leve et velfungerende liv med sykdommen.

Diabetes er imidlertid en alvorlig sykdom som er dødelig hvis den ikke følges opp og behandles med riktig medisiner i riktig dosering. En diabetiker må derfor til regelmessig kontroll hos lege. Diabetes 1 er en mer komplisert tilstand enn diabetes 2 og krever derfor at legen er en spesialist. For diabetes 2 er det tilstrekkelig med besøk hos sin fastlege.

Diabetikeren må selv ta ansvar for daglig oppfølging og kontroll av egen sykdom. Dette krever kunnskap om sykdommen og hvordan den påvirker egen kropp. En diabetiker har derfor stort behov for kompetanse. Tilstrekkelig kompetanse reduserer utryggheten ifht hva sykdommen innebærer og hvilke forholdsregler en må ta. Jevnlige kontakt med en spesialutdannet diabetessykepleier vil være av stor verdi for å tilegne seg nødvendig kompetanse, samt få råd og veiledning omkring håndtering av hverdagen på best mulig måte. En diabetessykepleier er derfor en viktig kontaktperson i diabetikerens nettverk.

Tre aktører i helsetjenesten er spesielt viktige for diabetikeren: Legen, diabetessykepleieren og foterapeuten. I tillegg er Diabetesforbundet en viktig aktør i å formidle kompetanse og tilby arenaer for erfaringsutveksling. Det er naturlig at disse aktørene samarbeider for å tilby brukeren mest mulig effektiv og riktig behandling og informasjon. *Dessverre er det mange eksempler på at denne samhandlingen ikke er optimal og at diabetikeren opplever et helsetilbud som ikke er helhetlig.*

Det er en kraftig økning i antall personer med diabetes 2 i Norge (og i resten av verden). Dette er bekymringsfullt, både fra et helseperspektiv og fra et økonomiske perspektiv. Kommunene vil i åra som kommer få en sterk økning i kostnader knyttet til behandling av pasienter med diabetes 2. For å snu denne utviklingen blir det viktig å satse på forebygging.

1.3 Diabetesprosjektet på Fosen

Den kraftige veksten i overvekt og diabetes 2 representerer en utfordring som Fosenregionen har tatt tak i gjennom etableringen av prosjektet *Diabetes Fosen*. Prosjektet fokuserer på aktivitet som skal føre til forebyggende tiltak for å redusere antall tilfeller av diabetes 2, samt til tiltak som reduserer faren for komplikasjoner for de som allerede har fått diagnostisert diabetes.

Slik beskrevet i kapittel 1.2 er utfordringene hovedsakelig knyttet til kompetanse og holdninger, samt til informasjon og forankring i kommunene. Kompetanseheving for helsepersonell, innbyggere og diabetikere samt oppsøkende virksomhet i kommuner og helseenheter har vært sentrale oppgaver i prosjektet.

I tillegg til kompetanseheving har det vært arbeidet mye for å bygge gode samarbeidsrelasjoner mellom 1. og 2. linjetjeneste, mellom kommuner, mellom videregående skole/studenter, brukere og Folkehelse Fosen, samt mellom frivillige lag og organisasjoner (eksempelvis Diabetesforbundet).

Prosjektet *Diabetes Fosen* gjennomføres i regi av Folkehelse Fosen.

Arbeidet som har vært gjort i tilknytning til Diabetes Fosen er nærmere beskrevet i kapittel 4.4.1.

1.4 Regionalt helsearbeid på Fosen

1.4.1 Fosen Distriktsmedisinske Senter IKS

Fosen Distriktsmedisinske Senter er et mangeårig samarbeid mellom seks kommuner² i Fosenregionen og St. Olavs Hospital. Intensjonen med Fosen DMS IKS er å iverksette helserelaterte tiltak som er viktige for hele Fosen, og på den måten være et verktøy for å møte de utfordringer som regionen står overfor. Kommunene på Fosen har lang erfaring med samarbeid, og Fosen regionråd ble opprettet allerede i 1989, og siden 90-tallet har kommunene samarbeidet om miljørettet helsevern. Pilot Fosen Distriktsmedisinske senter startet opp i 2002, og har vært i permanent drift fra 2008. Partnerskap for Folkehelse Fosen ble opprettet i 2004 og det har også vært ønske om felles samfunnsmedisiner fra tidlig 2000-tallet. Mange av samarbeidsområdene under Fosen DMS IKS har altså en lang historie, og ikke minst nyttige erfaringer.

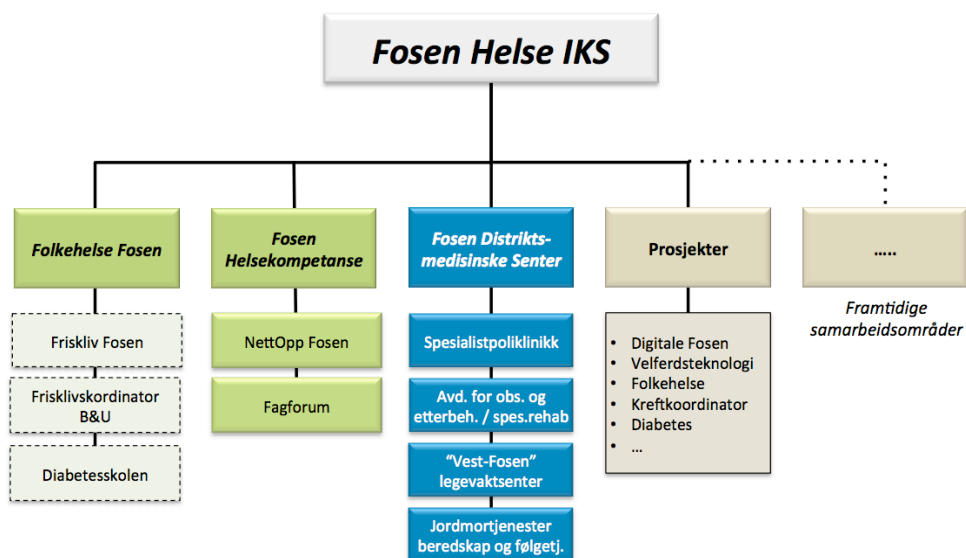
² De seks kommunene er Ørland, Bjugn, Rissa, Åfjord og Roan i Sør-Trøndelag, og Leksvik i Nord-Trøndelag.

I tillegg til å ha etablert *Folkehelse Fosen*, som skal arbeide med folkehelse tiltak, har Fosen DMS organisert flere ulike spesialisthelsetjenester og en avdeling for observasjon og etterbehandling med 13 sengeplasser. Av disse er det 6 senger til etterbehandling, 3 senger til observasjon og 4 senger for rehabilitering av pasienter med kne- og hofteproteser.

Fosen Helse IKS

Representantskapet i Fosen DMS IKS har i møte i 28. september 2012 vedtatt å skifte navn på selskapet til *Fosen Helse IKS*. Dette for tydeligere å markere at selskapet har en regional rolle. Navnet *Fosen Distriktsmedisinske Senter* skal fortsatt brukes om de sentrale tilbudene knyttet til ”huset på Brekstad”.

I denne rapporten brukes i det etterfølgende betegnelsen *Fosen Helse* og *Fosen Helse IKS* i henhold til organisasjonskartet vist i figuren nedenfor.



Figur 1: Organisering av Fosen Helse IKS - Vedtatt i styremøte i juni 2012

1.4.2 Folkehelse Fosen

Folkehelse Fosen er en enhet i Fosen Helse IKS som er etablert for å håndtere folkehelse relaterte oppgaver i Fosenregionen. Siden ressursene har vært begrensede har hovedoppgaven vært å være en regional pådriver, koordinator og et bindeledd mellom kommunene i regionen. Arbeidet har vært sentrert om informering,

forankring, kompetanseheving og veiledning. Den enkelte kommune har selv ansvaret for alle tiltak, men kan benytte *Folkehelse Fosen* som rådgiver i arbeidet. Siden ansvaret ligger ute i kommunene er det naturlig at de inntar rollen som bestiller overfor Folkehelse Fosen. Dette krever imidlertid at de har bestillerkompetanse og at forstår både hva eget behov er og hva Folkehelse Fosen kan bidra med.

De sentrale oppgavene i folkehelsearbeidet og erfaringene fra dette arbeidet er nærmere beskrevet i kapittel 4.

1.4.3 Fosen Helsekompetanse

Kompetanseheving innenfor helse har vært et satsingsområde på Fosen i flere år. Kommunene, gjennom Fosen DMS IKS, besluttet i sin tid å satse på felles kompetanseheving for helsepersonell, og det ble opprettet to 20%-stillinger som kompetansekoodinatorer for å samordne kompetanseheving i regionen.

Et viktig verktøy i arbeidet med kompetanseheving har vært den nettbaserte portalen NettOpp Fosen som er realisert via helsekompetanse.no. Et av kursene som har vært gjennomført ved bruk av denne portalen er kurset Aldring på nett.

Styret i Fosen DMS IKS har i møte i juni 2012 vedtatt å bruke navnet Fosen Helsekompetanse på den organisatoriske enheten som har ansvar for regional kompetanseheving. Denne enheten blir en del av Fosen Helse IKS.

Opgavene til Fosen Helsekompetanse er nærmere beskrevet i kapittel 7.

1.5 Om dette prosjektet

Mange av de utfordringene som *Folkehelse Fosen* har møtt, både i det generelle folkehelsearbeidet og i tilknytning til diabetesprosjektet spesielt, ser ut til å være knyttet til manglende kunnskap, dårlig forankring og andre praktiske hindre av organisatorisk art.

For å støtte opp om *Diabetes Fosen* samt for å få bedre forståelse for hva utfordringene handler om og å beskrive hvordan utfordringene ble møtt på Fosen, ble det utarbeidet et prosjektforslag for et følgeprosjekt kalt *Diabetes: Samarbeid, forebygging og kompetanse*". Prosjektsøknaden ble utarbeidet i samarbeid mellom *Fosen Helse IKS* (daværende Fosen DMS IKS), *Nasjonalt senter for Samhandling og Telemedisin (NST)* og *Studio Apertura* ved NTNU Samfunnsforskning AS.

Prosjektets mål

Prosjektet skal slik beskrevet i prosjektforslaget:

Prosjektet skal iverksette nytt, interkommunalt samarbeid om forebygging av diabetes samt gjennomføre kompetanseheving for helsearbeidere og brukere i tilknytning til diabetes.

Det skal utvikles modeller for realisering av interkommunalt samarbeid gjennom frisklivssentralen "Friskliv Fosen" samt modeller for organisering av et senter for kompetanseheving i Fosenregionen.

Modellene vil gjøres alment tilgjengelig gjennom en veileder som beskriver både organisering, aktører, prosedyrer, grensesnitt og teknologi for den type samarbeid som dette prosjektet håndterer.

Prosjektet har fått finansiering fra Helsedirektoratet i 2011 / 2012.

Justeringer av mål

På grunn av at tildelingen fra Helsedirektoratet var vesentlig mindre enn det søknadsbeløpet som var beregnet på grunnlag av målene over har det vært nødvendig med en justering av prosjektets mål. Målet som omhandlet *utvikling av veileder* er nedtonet og resulterer ikke i et eget dokument, men framkommer i stedet som eget kapittel om *Overførbare erfaringer* i denne prosjektrapporten.

Det regionale arbeidet med Friskliv Fosen har ikke hatt den forventede progresjon grunnet manglende finansiering. Den modellen for regionalt folkehelsearbeid som er utviklet i prosjektet er derfor ikke knyttet til samarbeid gjennom frisklivssentral.

2 Gjennomføring

Prosjektet er gjennomført i perioden september 2011 – september 2012 og har bestått av tre hoved-aktiviteter:

- Skissere samarbeidsmodell for folkehelsearbeid basert på erfaring fra prosjektet *Diabetes Fosen*.
Ansvar: Studio Apertura
- Skissere modell for organisering og gjennomføring av kompetanseheving i en region.
Ansvar: Studio Apertura
- Utvikling av nettbasert kurs om diabetes beregnet på helsearbeidere.
Ansvar: NST / Fosen Helse IKS
(Dette arbeidet er en komplett delleveranse som ikke er nærmere beskrevet i denne rapporten. Nasjonalt Senter for Samhandling og Telemedisin har utviklet den tekniske løsningen, mens innholdet er utviklet og framskaffet av Fosen Helse IKS.)

2.1 Arbeidsform

Studio Apertura har i dette prosjektet fungert som en samarbeidspartner for Folkehelse Fosen i arbeidet med prosjektet *Diabetes Fosen* (kapittel 1.3). Arbeidsformen har hovedsakelig bestått av arbeidsmøter hvor det har vært fokus på å forstå og beskrive det arbeidet som gjøres. Møtene har bestått av samtaler om igangsatte tiltak, tidligere prosjekter, eksisterende samarbeid, identifisering av viktige samarbeidspartnere samt ønskede samarbeidspartnere. Arbeidet har involvert folkehelse-koordinator, miljøhygieniker og samfunnsmedisiner fra Folkehelse Fosen, to kompetansekoordinatorer tilknyttet *Fosen Helsekompetanse*³, samt andre fagpersoner og samarbeids-aktører som har vært deltakere i diabetesprosjektet på Fosen.

Prosjektet har også bestått av dokumentgjennomgang og intervju/samtaler med viktige folkehelse-aktører i Sør-Trøndelag Fylkeskommune og hos Fylkesmannen i Sør-Trøndelag.

³ Fosen Helsekompetanse er nytt navn på det virksomhetsområdet som før ble kalt *NettOpp Fosen*. Dette for å unngå forvirring mht kompetanseportalen med samme navn. Se **Error! Reference source not found.** side 3.

Prosjektet har ikke vært i kontakt med brukere av helsetjenester og har heller ikke benyttet persondata eller andre sensitive data som krever godkjenning.

2.2 Resultater

Resultatene fra prosjektet består rent konkret av denne rapporten med modeller for regionalt folke-helsearbeid og regional kompetanseheving. Disse modellene er beskrevet i en generalisert form slik at de kan benyttes som informasjon/veileder for andre kommuner og regioner som arbeider med tilsvarende regionale utfordringer. I tillegg kommer de indirekte resultatene som handler om at Folkehelse Fosen, Fosen Helsekompetanse og prosjektet *Diabetes Fosen* har fått en bedre oversikt og forståelse for sammenhengene i det arbeidet de utfører.

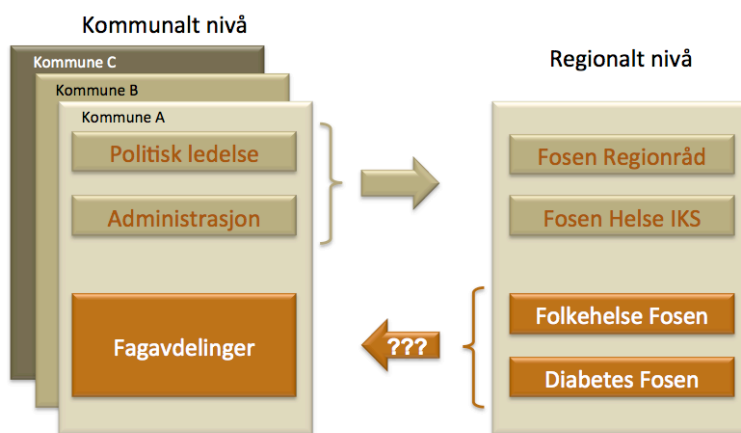
3 Lokal forankring av regional aktivitet

I sitt arbeid, både i *Diabetes Fosen* og i andre aktiviteter, har Folkehelse Fosen møtt en del utfordringer som ser ut til å være av generell karakter i regionalt samarbeid. Det handler om i hvilken grad regionalt igangsatte aktiviteter er forankret på fagnivå i den enkelte kommune. Dette kan igjen gi føringer på hvordan samhandlingen kan fungere og hvilke barrierer man bør ta hensyn til i utformingen av samhandlingen.

Fosen Helse IKS er forankret i Fosen regionråd som består av alle ordførere i kommunene. Disse utgjør også representantskapet for det interkommunale selskapet. Alle strategier, planer og mål er godkjent av styret, som består av alle rådmenn fra de samme kommunene. Aktiviteter i regi av Fosen Helse er dermed godt forankret i ledelsen, både administrativt og politisk i de enkelte kommunene.

Forankringen på ledernivå gir imidlertid ingen garanti for forankring nedover i den enkelte kommune. Dette vil blant annet avhenge av hvordan den enkelte rådmann arbeider med intern informering og forankring. Når det iverksettes tiltak på regionalt nivå, som Folkehelse Fosen i dette tilfellet, er det slett ikke sikkert at dette er kjent eller prioritert blant fagavdelingene i kommunene. Styringslinjen til Fosen Helse er tydelig forankret blant kommunene ved at de er representert i regionrådet, representantskapet og styret for Fosen Helse. Dette betyr imidlertid ikke at det uten videre er tydelige samhandlingslinjer mellom enhetene i Fosen Helse og de ulike fagenhetene/-avdelingene i kommunene. Forankringen fra politisk nivå og rådmannsnivå må også spres ned i organisasjonen; til enhetsledere og ansatte.

Denne forankringsutfordringen er skissert i figuren nedenfor:



Figur 2: Forankring på ledernivå gir ikke automatisk forankring på fagnivå.

Denne situasjonen blir særlig utfordrende når det i utgangspunktet er lagt opp til at kommunene skal ha rollen som bestiller, og det mangler både strategier og strukturer for å tydeliggjøre denne bestiller/leverandør relasjonen. For Folkehelse Fosen har dette blitt svært tydelig. Det er ingen kommuner som har formidlet noe behov i tilknytning til folkehelse, men derimot er det tydelig at det finnes mange og til dels urealistiske forventninger til hva som bør være Folkehelse Fosen sitt ansvar og hva de skal bidra med. Ved opprettelsen av en slik felles enhet som Folkehelse Fosen (underlagt Fosen Helse IKS) kan eierne vedta mål og strategier samt arbeidsområder for enheten. I dette tilfellet skal Folkehelse Fosen arbeide med regionalt folkehelsearbeid, der hovedansvaret for prosjektene er lagt til en folkehelsekoordinator. Viktige problemstillinger i slike samarbeid er blant annet hvem som skal «styre» et slikt samarbeid, og hvem som kan «fraskrive seg ansvaret» for en sak for å kunne «overlate» den til andre. Folkehelse Fosen forplikter seg til å arbeide med prosjektene ved at kommunene (eierne) betaler deler av kostnadene. Det betyr imidlertid ikke at én folkehelsekoordinator skal «overta» folkehelseoppgavene for alle kommunene i regionen. Her er det snakk om et samarbeid, hvor det er tenkt at enkelte oppgaver kan initieres/koordineres på regionalt nivå. Samhandlingen mellom folkehelsekoordinatoren og kommunene er derfor særdeles viktig for både kommunene og folkehelseenheten.

En tydeliggjøring og avstemming av forventninger, behov og forslag til løsninger må på plass for at kommunene skal kunne utnytte de fordeler som finnes ved regionalt samarbeid. Et skritt i riktig retning er opprettelsen av folkehelsekoordinatorstillinger i alle kommunene. Disse vil utgjøre en direkte kobling mellom fagenhetene/kommunene og folkehelsekoordinatoren i den regionale enheten. Et slikt nettverk vil være med å skape en arena for direkte samhandling mellom fagenheter i kommunene og Folkehelse Fosen, og vil gjøre samhandlingen mellom disse enhetene enklere.

Det er helt nødvendig med lokal forankring av folkehelsearbeidet med forståelse for hva det regionale folkehelsearbeidet innebærer og kunnskap om hva som kan etterspørres av tjenester og kompetanse.

4 Folkehelse Fosen

Det er den enkelte kommune som er ansvarlig for alt folkehelsearbeid i egen kommune. Folkehelseloven som trådte i kraft 1. januar 2012 stiller helt nye krav til kommunene, og Folkehelse Fosen er etablert med tanke på å være en ressurs i kommunenes folkehelsearbeid. Folkehelse Fosen skal ikke ha ansvar for konkrete tiltak, men skal kunne samordne og legge til rette for regionalt samarbeid mellom kommunene gjennom ulike prosjekter. I tillegg skal Folkehelse Fosen ha en informerende og koordinerende rolle overfor kommunene. En av de viktigste tjenestene er å være en kunnskapsressurs og et knutepunkt inn til kunnskap og erfaring knyttet til folkehelsearbeidet.

Folkehelse Fosen er i utgangspunktet tenkt å levere tjenester på bestilling fra kommunene, men i oppstartsfasen har det sett ut til at kommunene ikke vet hva som kan bestilles. Det kan også være noe uklar bevissthet omkring hva de selv trenger. En av de viktigste oppgavene i oppstarten handler derfor om informering, forankring og relasjonsbygging. Dette er ansvaret til folkehelsekoordinatoren, som er leder for den regionale folkehelseenheten.

Ved oppstarten av enheten ble det gjennomført et møte med helselederne og kommunelegene i Fosenkommunene hvor de kom med noen føringer for arbeidet til Folkehelse Fosen. Blant annet var det ønskelig at Folkehelse Fosen kunne koordinere prosjekt, samt ha barn og unge som satsningsområde. De ønsket videre at Folkehelse Fosen skulle arbeide med lovpålagte oppgaver, miljørettet helsevern, smittevern, felles planer, helse i plan, og koordinere eventuelt pandemi.

Frivillige lag og organisasjoner er også meget viktige aktører i folkehelsearbeidet, og deres arbeid har direkte virkning på folk sin helse. I tillegg til å arbeide med kommuner skal Folkehelse Fosen også arbeide med lag og organisasjoner i regionen.

Direkte og indirekte folkehelsearbeid

Direkte folkehelsearbeid er arbeid som leder direkte fram mot konkrete folkehelse tiltak rettet mot befolkningen i regionen. Dette kan være tiltak for å endre folks vaner mht aktivitet og kosthold, det kan være tiltak rettet mot nybakte foreldre eller tiltak beregnet på barn og unge i skolepliktig alder etc. Det direkte folkehelsearbeidet utføres av de respektive enheter i en kommune eller av frivillige lag og organisasjoner.

Med indirekte folkehelsearbeid menes arbeid som legger til rette for at folkehelsen skal bli bedre, men som ikke er konkrete tiltak. Fokus på folkehelseproblematikk i

kommunalt planarbeid er eksempel på dette. Ihht folkehelseloven skal folkehelse være en sektorovergripende satsing i kommunen. Nødvendige justeringer mht organisasjon og arbeidsprosesser for å oppnå dette er også eksempel på indirekte folkehelsearbeid.

Aktivitetene til Folkehelse Fosen er indirekte folkehelsearbeid.

4.1 Organisering av folkehelseenheten

Folkehelse Fosen ble etablert i 2010 som et virksomhetsområde under Fosen Helse IKS (tidligere Fosen DMS IKS).

Enheten består av en folkehelsekoordinator, en samfunnsmedisiner, som samtidig har stilling som kommuneoverlege i en kommune, samt en miljøhygieniker som tidligere var underlagt Næringsmiddeltilsynet. Både samfunnsmedisineren og miljøhygienikeren har tilnærmet ”faste” og kontinuerlige oppgaver for kommunene. Folkehelsekoordinatoren jobber med de utvalgte prosjektene i enheten i tillegg til å være kontaktperson og ansvarlig for enheten.

Mens rollen som miljøhygieniker er velkjent ute i kommunene er rollene som regional samfunnsmedisiner og folkehelsekoordinator nye og ukjente. Informering om den nye folkehelseenheten og de nye rollene har derfor vært en meget viktig aktivitet den første tiden.

4.1.1 Folkehelsekoordinatoren

Folkehelsekoordinatoren er leder for folkehelseenheten og har ansvar for å etablere og vedlikeholde enheten som en ressurs for kommunene i regionen. Hva den nye folkehelseloven innebærer i praksis for den enkelte kommune er ikke klart. En av de viktigste oppgavene for folkehelsekoordinatoren er derfor å ha faglig kontakt med kommunene, informere og bidra til å forankre folkehelsearbeidet lokalt.

I tillegg til å lede folkehelseenheten er folkehelsekoordinatoren også ansvarlig for og pådriver for de prosjektene enhetene arbeider med. Disse vil variere over tid. Fra enheten ble opprettet ble det bestemt at diabetes, frisklivscentral og forebygging (barn og unge) er viktige satsningsområder. I samarbeid med eksterne forskningsmiljøer er folkehelsekoordinatoren også med i utviklingen og søknader etter nye forskningsprosjekter tilknyttet disse satsningsområdene.

4.1.2 Felles samfunnsmedisiner

Samfunnsmedisineren på Fosen skal være en regional ressurs, delta i kommunalt planarbeid og ha ansvar for miljørettet helsevern. Ettersom dette er en ny rolle har

det vært nødvendig med avklaring både i helse- og omsorgslederforum⁴ og blant de øvrige kommuneoverlegene. Noen kommune-overleger har tidligere hatt tilsvarende rolle i egen kommune, og en rolle- og ansvarsfordeling mellom disse og den nye samfunnsmedisineren har vært nødvendig. Denne rollefordelingen er nå vedtatt i de enkelte kommunestyrer.

4.1.3 Miljøhygieniker

Fosenregionen har samarbeidet om en felles miljøhygieniker i flere år, siden 90-tallet. Denne har tidligere vært ansatt i Næringsmiddeltilsynet, men er nå en del av Folkehelse Fosen og har en 60 % stilling. Oppgavene til miljøhygienikeren har så langt vært en videreføring av tidligere oppgaver og har stort sett omfattet målinger og tilsyn. Når miljøhygienikeren nå er en del av en regional folkehelsesatsing er det naturlig å se på hvordan oppgavene stemmer overens med både de overordnede krav som ligger til en slik stilling samt til de behov som kommunene måtte ha og som kan dekkes av den kunnskapen og erfaringene en miljøhygieniker innehar. Eksempelvis hvis kommunene har behov (knyttet til tilsyn, veiledning og lignende) så bør de formidles til Folkehelse Fosen og miljøhygienikeren, på lik linje som andre «bestillinger». For øvrig har rollen som miljøhygieniker mange arbeidsoppgaver å forholde seg til, og Fosen som region vil nok måtte prioritere mellom ulike områder og utfordringer til enhver tid⁵.

4.2 Oppstartarbeid

4.2.1 Forankring og informering

Fra opprettelsen av Folkehelse Fosen har enheten hatt fokus på å være synlig i kommunene og har besøkt alle kommunene flere ganger. Slik synlighet er både ønskelig og nødvendig. Det har derfor vært en bred og lang forankringsprosess siden oppstarten. Under kommunebesøkene har det både vært planlagt og ikke planlagt hvem det skulle være møte med. Når de ikke hadde planlagte møter var folkehelseenheten tilgjengelig for alle som ønsket å ta kontakt. Erfaringen viser at det først og fremst er helselederne som har hatt mest interesse av disse møtene. Forankringsprosessen har også bidratt til å bygge relasjoner med kommuneledelsen

⁴ Et forum for helse- og omsorgsledere på Fosen som møtes regelmessig.

⁵ Eksempel på dette er blant annet dagens fokus på barnehager og skoler, da alle disse skal godkjennes innen 2015.

og andre ansatte i kommunene, det har resultert i nettverk og det har gitt de ansatte erfaringer og kunnskap som er nyttig i det videre arbeidet. Forankringsprosessen har også ført til at prosesser i ettertid har blitt gjennomført på en raskere og bedre måte enn det kanskje ville blitt uten forankringen i kommunene. Etter hvert ble besøkene i kommunene knyttet mer til kommuneledelsen samt at det ble brukt mye tid på presentere og hjelpe til med planleggingen i forbindelse med ny folkehelselov som trådte i kraft 1. januar 2012, og hva den ville innebære for kommunene.

Forankring av rolle som samfunnsmedisiner

Arbeidet med avklaring og forankring av rollen som samfunnsmedisiner har vært viktig og krevende. Dette ble gjort ved at det ble gjennomført møter med de enkelte kommuneoverlegene og det ble hentet inn erfaringer fra andre kommuner utenfor regionen. Kjennskap til lokale forhold i den enkelte kommune og det å kjenne folk er viktige forutsetninger for å skjønne lokale agendaer, forstå hvordan situasjonen oppleves og hva som er viktig for kommunene. Det er viktig at det settes av nok tid til dette forankringsarbeidet. Folkehelsekoordinatoren har vært ansvarlig for dette arbeidet.

Etter at rollen som regional samfunnsmedisiner er kommet på plass arrangeres det halvårlige møter med kommuneoverlegene. I disse møtene deltar alle kommuneoverlegene sammen med samfunnsmedisiner, miljøhygieniker og folkehelsekoordinatoren (som er referent). Møtene benyttes til å diskutere lovverk, planlagte tilsyn i kommunene, planarbeid og høringer ifbm byggeprosjekter osv. I tillegg er dialogen mellom kommuneoverlegene og samfunnsmedisineren et viktig element i disse møtene. En slik arena med regelmessige møter betraktes som nødvendig for å lykkes i å samhandle regionalt.

I løpet av høsten 2012 vil kommunestyrene i alle kommunene som samarbeider om Fosen Helse ha vedtatt bruk av felles regional samfunnsmedisiner. Hovedansvaret til samfunnsmedisineren vil ligge på deltakelse i planarbeid samt planlegging og gjennomføring av tilsyn. I saker hvor det er viktig med lokalkunnskap vil det være et samarbeid mellom den regionale samfunnsmedisineren og lokale leger.

4.3 Samordning med fylkeskommune og fylkesmann

Både i Sør-Trøndelag fylkeskommune og hos Fylkesmannen i Sør-Trøndelag er det etablert særskilte stillinger med ansvar innen folkehelse. Hos fylkesmannen er det en *folkehelserådgiver* som er underlagt fylkeslegen, og i fylkeskommunen er det etablert en stilling som *folkehelsekoordinator*.

Folkehelserådgiveren hos fylkesmannen skal arbeide med folkehelse på systemnivå der hovedfokus er forankringsvirksomhet ute i kommunene. Dette handler om å få rettet oppmerksomhet mot hvordan en kan bruke statistikk og få oversikt over folkehelsen i egen kommune. Fylkesmannen har vanligvis en direkte relasjon til kommunen. Gjennom rådgivning og tilsyn skal det sikres at lovverket følges og at tjenestene er forsvarlige. Fylkesmannen spiller også på lag med regionalt nivå, og da er ”møtet” med ansvarlig i hver kommunegruppe viktig. Kommunene benytter *folkehelserådgiveren* hos fylkesmannen, men det er forskjell i hva som etterspørres.

Sett fra fylkesmannen side virker det som om kommunene har mye individfokus og lite oppmerksomhet på systemtenkning.

Fylkeskommunen skal være en hjelp for distriktskommunene og arbeider med regional utvikling med mål å opprettholde distriktene. Fylkeskommunen har ingen styringsrett, men er en samarbeidspartner og støttespiller for kommunene. Den fylkeskommunale *folkehelsekoordinatoren* har som oppgave å formidle en forståelse for at folkehelsearbeid angår alle og at det også omfatter de enheter og roller som vanligvis ikke knyttes til helsearbeid. Fylkeskommunen har en viktig rådgiverrolle i tilknytning til kommunenes planarbeid. Kommunene har ofte gode tekstformuleringer mht folkehelse men det er vanskelig å finne igjen dette i konkrete handlinger. Fylkeskommunen har mye kompetanse ”i eget hus” samt god kontakt med FoU miljø og kan dermed bistå kommunene planarbeidet.

Folkehelsekoordinatoren besøker kommunene og har kontakt på tjenestemannsnivå. Det oppleves imidlertid vanskelig å få kontakt på rådmannsnivå. Dette representerer en utfordring, siden både den administrative og politiske ledelsen er svært sentrale i kommunens folkehelsearbeid. Men det betinger en rådmann og en administrasjon som gjør ordfører og resten av det politiske nivået ”god”.

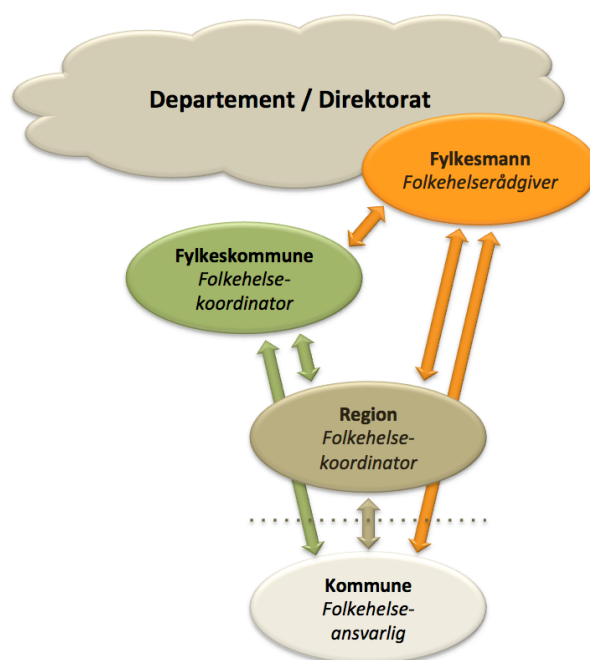
Det er nødvendig med et tett og godt samarbeid mellom fylkesmann og fylkeskommune innenfor folkehelse. I Sør-Trøndelag har fylkesmannen og fylkeskommunen en felles plan for folkehelsearbeid hvor det er definert en fordeling av oppgavene. Begge partene opplever dette samarbeidet som positivt og konstruktivt. Eventuelle rollekonflikter løses når de oppstår. Kommunene kan imidlertid ha problemer med å skjønne rollefordelingen mellom fylkesmann og fylkeskommune. Ifølge *folkehelserådgiveren* hos fylkesmannen og *folkehelsekoordinatoren* i fylkeskommunene spiller ikke dette så stor rolle i praksis. For kommunene vil imidlertid en slik uklarhet være uheldig siden det blir vanskelig å etablere en felles forståelse for hvordan de ulike aktørene skal samhandle innen folkehelsearbeidet.

Samspill mellom mange aktører på ulike nivå

Det er altså fire ulike aktører som har sentrale roller i folkehelsearbeidet. Foruten den regionale folkehelsekoordinatoren og den eller de som ha et kommunalt ansvar, er både fylkesmann og fylkeskommune involvert. Situasjonen kan fort virke uoversiktlig og vanskelig å forholde seg til for de ute i kommunen som til syvende og sist har ansvar for å iverksette tiltak.

Slik situasjonen er i dag er det ikke klart hvem som har ansvar for å formidle en forståelse for helheten slik at de ressursene og den kompetansen som finnes faktisk blir tilgjengelig for de ansvarlige ute i kommunene.

Figuren nedenfor illustrerer aktørene og de ulike relasjonene som finnes mellom disse.



Figur 3: For kommunen kan det være vanskelig å få oversikt over rolle- og ansvarsfordelingen mellom ulike folkehelseaktører

Folkehelseaktørene i regionen, fylkeskommunen og hos fylkesmannen skal alle være en ressurs for kommunene. Men det finnes ingen klar beskrivelse av hvilken rolle disse aktører har i forhold til hverandre, hvem som har ansvar for hva og hva som kan forventes. For kommunene blir totalbildet lett uklart og kan være vanskelig å forholde seg til.

4.4 Prosjektarbeid i folkehelseenheten

I tillegg til løpende aktiviteter for regional samfunnsmedisiner og regional miljøhygieniker, slik beskrevet i kapittel 4, ble ved oppstart i 2010 vedtatt at prosjektaktiviteten til *Folkehelse Fosen* i første omgang skulle være sentrert omkring tre områder:

- Diabetes
- Etablering av frisklivssentral
- Forebyggende arbeid blant barn og unge.

4.4.1 Diabetes Fosen

Diabetesprosjektet begynte med å inngå samarbeid med Diabetesforbundet hvor de sammen så på hva de kunne gjøre og hva behovet var. Det ble arrangert en stor samling i regionen som var åpen for alle, og de inviterte ansatte i helsesektoren, Diabetesforbundet, ansatte fra St.Olavs Hospital og andre ressurspersoner. På denne samlingen kom det frem at kompetansebygging og forebygging i kommunene var veldig viktig.

Et viktig tiltak i prosjektet har vært etableringen av en diabetes faggruppe. Denne faggruppen, som ledes av den regionale folkehelsekoordinatoren, er en samhandlingsarena for de som arbeider med diabetes og voksne. I gruppen deltar en diabetessykepleier, to foterapeuter, en erfaren sykepleier samt en representant fra Diabetesforbundet. Hovedoppgaven til faggruppen har i første omgang vært å sette i gang kompetanseheving i hjemmesykepleien og på sykehjem. I tillegg har de også hatt informasjons-møter med flere grupper/interesserte.

4.4.2 Friskliv Fosen

På grunn av manglende finansiering er ikke arbeidet med etablering av regional frisklivssentral igangsatt.

4.4.3 Forebygging barn og unge

Det forebyggende arbeidet blant barn og unge har i første omgang fokusert på problemstillinger knyttet til forebygging av fedme og diabetes. Her er det etablert en ressursgruppe hvor helsesøstre fra alle kommunene deltar. Hovedoppgaven til ressursgruppen er å avklare behov for kompetanseheving og avklare konkrete tiltak som kan iverksettes.

Det arrangeres møter med helsesøstre i hele Fosenregionen. Dette betraktes som et viktig kontakt-punktet for å komme i inngrep med skole og barnehage.

4.4.4 Kompetanseheving

Folkehelse Fosen har hatt fokus på å økt kompetansen knyttet til diabetes og behandling av diabetes. For å øke denne kompetansen til helsearbeiderne har enheten tilbudt kurs til kommunene. Disse kursene holdes av en diabetessykepleier. Kommunene har generelt vist god forståelse for eget kompetansebehov tilknyttet diabetes, men det hadde vært ønskelig at de var mer aktive ved at de hadde konkrete forespørsel om dette.

I samarbeid med Nasjonalt Senter for Samhandling og Telemedisin (NST) er det utviklet et nettbasert tilbud for kompetanseheving innen diabetes. En diabetessykepleier ved Fosen Helse IKS har hatt ansvaret for alt det faglige innholdet i kurset, mens den tekniske løsningen er utviklet av NST.

Figuren nedenfor viser åpningsbilde på kurssidene.

Diabeteslæring på nett
DIABETES FOSEN

Til startside Om kurset Tester Bibliotek Forlat denne gruppa

Velkommen til diabeteslæring

Diabetes på nett er et nytt e-læringstilbud for helsepersonell.

Målet er at du etter gjennomført kurs skal ha kunnskaper om diabetes og beherske grunnleggende prinsipper som sikrer riktig behandling hos pasient/bruker.

Ved å heve kunnskapsnivået hos helsepersonell som arbeider med pasienter/brukere med diabetes vil det skapes større interesse og forståelse for fagfeltet. Økte kunnskaper om diabetes vil motivere og gi økt mestring i arbeidet med mennesker med diabetes.

Omsorg og riktig behandling til pasientene/brukerne vil bidra til kvalitet på tjenesten og trygghet i hverdagen, både for helsepersonell og pasient. Dette kan bidra til å hindre eller forebygge senkomplikasjoner og styrke livskvalitet.

Faginnholdet er åpent for alle, men for å ta testen må du registrere deg som bruker av helsekompetanse.

Når du har lest gjennom faginnholdet og gjennomført kunnskapstesten har du oppnådd sertifisering og kursbevis utstedes.

Lykke til med kurset!

I arkfanene ovenfor finner du

"Om kurset": Her kan du lese mer om hvordan gjennomføringen av kurset er lagt opp
"Tester": Her finner du en kunnskapstest og evalueringen som du må besvare
"Bibliotek": Her finner du relevant litteratur som du kan fordype deg i.

Ansvarlig for oppbygging og sammensetting av faginnhold:
Diabetessykepleier Sissel Hyllmark

Nettside:
<http://www.diahjelpen.no>

Epost: sisselhyllmark@yahoo.no, mobil 91 88 91 86
Teknisk support: www.helsekompetanse.no

Diabetes Fosen

- Sykdomslære
- Diabetesbehandling
- Kost og fysisk aktivitet

Sertifikatstatus
Diabetes Fosen

0%

Vis detaljer

Figur 4: Åpningside for diabeteskurs

4.5 Nettverksarbeid

En viktig oppgave for den regionale folkehelsekoordinatoren er nettverksarbeid. I Folkehelse Fosen har det blitt etablert faggrupper for FYSAK-koordinatorene som skal bidra til samordning av den aktiviteten de bedriver og være en arena for kontakt opp mot folkehelsekoordinatoren.

I forbindelse med diabetes er det etablert en *Faggruppe for voksne* som består av ressurspersoner innenfor diabetes. Gruppen, som ledes av folkehelsekoordinatoren, består av diabetessykepleier, fotterapeut, en erfaren sykepleier samt leder i Diabetesforbundet i Sør-Trøndelag. Gruppen har mye oppmerksomhet på kompetanseheving og arrangerer bl.a. av fagdager og åpne dager for diabetes. Gruppen arbeider også med tanke på å starte en regional filial av diabetesskolen på St. Olavs Hospital. Gruppen har også vært involvert i arbeidet med nettbasert kurs innen diabetes. Har også jobbet med ”Diabetes-knappen” og ønsker å presentere denne.

Det er også etablert en *Ressursgruppe for barn og unge*. Denne gruppen består av helsesøstre og barnefysioterapeuter fra alle kommunene. Her diskuterer de aktuelle tema, blant annet nye veiledere for veiing i skolen samt forebygging av overvekt. Gruppen diskuterer felles problemstillinger, felles løsninger og andre generelle og spesifikke tema.

Alle kommunene på Fosen skal etter hvert få på plass en rolle som lokal folkehelsekoordinator. Nettverket med disse personene blir viktige for å få det regionale folkehelsearbeidet til å fungere etter hensikten. Det er den regionale folkehelsekoordinatoren sitt ansvar å få dette nettverket til å fungere. Opprettelsen av kommunale folkehelsekoordinatorene vil blant annet være viktig i tilknytning til de utfordringer som skisseres i kapittel 3: Kommunale folkehelsekoordinatorene vil være en direkte kobling mellom kommunens faglige ansatte (og kommunens enheter) og den regionale enheten. Samtidig vil det være en utfordring videre hvordan disse kommunale folkehelsekoordinatorene samhandler med kommunenes enheter (og hvor i organisasjonen denne rollen blir «plassert»).

Folkehelse Fosen jobber mye med koordinering av aktiviteter, nettverk, ansatte og tiltak. Folkehelsekoordinatoren har derfor flere viktige samarbeidspartnere i kommunene. Blant annet er det viktig med god kommunikasjon med rådmenn og ordførere, da de har et overordnet ansvar for folkehelsen i kommunene. Helselederne, kommunelegene og helsevesenet er viktige samarbeidspartnere, og der er det spesielt nyttig med forumet hvor helselederne møtes og snakker sammen flere ganger i året (Helse- og omsorgslederforum). Barn og unge er et satsningsområde for Folkehelse Fosen og derfor er spesielt rektorer, skoleledelsen og administrativ ledelse viktige samarbeids- og diskusjonspartnere. Innenfor dette temaet er også

Oppvekstforum Fosen, som består av oppvekstansvarlige fra alle kommunene på Fosen, en viktig samarbeidspartner og ressurs for Folkehelse Fosen og folkehelsekoordinatoren.

I tillegg ønsker også folkehelsekoordinatoren å være mer synlig som person og funksjon i kommunestyrene. Spesielt er det et behov for å informere om arbeidet til Folkehelse Fosen og utfordringene knyttet til folkehelsearbeid. Det er også ønskelig at man er synlig og kjent blant politikerne, slik at de også kan etterspørre ved behov. Utenom regionen er Fylkesmannen og Fylkeskommunen viktige samarbeidspartnere. Per i dag har de gode relasjoner seg i mellom og samarbeidet preges av gjensidig støtte og inspirasjon.

Det er et uttalt ønske at Folkehelse Fosen skal ha rollen som samarbeidspartner mot forskningsmiljøer, og skal arbeide systematisk med bla. søknader om finansiering av forskningsprosjekter samt initiere utviklingsarbeid i samarbeid med forskningsmiljøer.

4.6 utfordringer og erfaringer

Folkehelse Fosen er så langt godt fornøyd med forankringsprosessen i kommunene, de relasjonene og nettverkene de har bygget opp og informasjonen rundt folkehelseloven og kommunenes ansvar for folkehelsearbeid. Imidlertid er det mer usikkerhet knyttet til en omforent forståelse for Folkehelse Fosen sin rolle mot kommunene. Både kommuner og ansatte er usikre på hvilken rolle Folkehelse Fosen skal ha sammenliknet med hva kommunene ønsker. For å få avklart dette er det ønskelig at kommunene kommer med en mer konkret etterspørsel knyttet til tema, utfordringer, satsningsområder eller rene ”bestillinger”.

Slik situasjonen oppleves fra Folkehelse Fosen sin side kan det virke som om kommunene ikke har tatt inn over seg at den regionale folkehelseenheten utgjør en ressurs som kommunene kan benytte seg av, og at det er kommunene selv som må etterspørre hjelp og støtte til det lokale folkehelsearbeidet.

Fosenkommunene har opprettet et Helse- og omsorgslederforum hvor helselederne møtes flere ganger i året. Dette forumet har etterspurt tjenester som de ønsker Folkehelse Fosen og folkehelse-koordinatoren skal levere. Ut over dette har ikke Folkehelse Fosen opplevd særlig mange spesifikke/ generelle bestillinger eller forespørsler.

Folkehelse Fosen har ikke mottatt konkrete uttalte forventninger fra kommunene. Men det er tydelig at slike forventninger kan finnes, men de er ikke formidlet til den regionale folkehelseenheten. Det kan også virke som om disse uuttalte

forventningene er knyttet til en uklar forståelse i kommunen for hvor ansvaret for folkehelsearbeidet egentlig ligger. Det kan virke som om noen mener at Folkehelse Fosen har ansvar for gjennomføring av kommunalt folkehelsearbeid, noe de ikke har.

Det oppleves at informasjon og resultater etterspørres (i ulike sammenhenger, fra ulike instanser), men mange av disse etterspørslene er knyttet til manglende forståelse av roller, mandat og/eller oppgavefordeling. En usikkerhet knyttet til hvilke oppgaver Folkehelse Fosen skal løse gjenspeiles også i usikkerhet knyttet til resultatrapportering. Disse utfordringene viser at det muligens vil være nyttig å se nærmere på organiseringen av samhandlingen mellom den regionale enheten og kommunene. Det kan være nyttig å tenke nytt om hvordan dette samarbeidet og samhandlingen bør organiseres og gjennomføres. Opprettelsen av folkehelsekoordinatorer i alle kommunene kan være en mulig løsning. Disse koordinatorene vil da danne et eget nettverk hvor alle kommunene samt den regionale folkehelsekoordinatoren vil kunne møtes. Dette vil danne en direkte kobling mellom kommunene og den regionale enheten, i tillegg til at det dannes koblinger mellom de ulike kommunene (på et folkehelsenivå). En forutsetning for at dette nettverket også vil «spres» intern i kommunene er at folkehelsekoordinatorens rolle og nettverk internt i egen kommune defineres og «iverksettes».

4.6.1 Viktige momenter hentet fra erfaringene på Fosen

Av de erfaringene som er gjort på Fosen kommer det tydelig fram at det er viktig med en konkret *bestilling* til den regionale folkehelseenheten og til folkehelsekoordinatoren. En slik bestilling vil bidra til at det blir felles forståelse mellom kommunene og folkehelseenheten for hvilke tjenester og bidrag som leveres og hvilke forventninger kommunen kan ha.

Det er også viktig at den enkelte kommune fullt ut har forstått rollefordelingen mellom den regionale folkehelseenheten og kommunen. For å kunne oppnå denne forståelsen er det nødvendig med utstrakt oppsøkende arbeide og forankringsvirksomhet. I dette arbeidet inngår identifisering av sentrale aktører, konkretisering av arbeidsprosesser og avklaring av roller. Dvs hvem har ansvar for hva og hvordan skal samarbeidet mellom disse være.

Godt regionale folkehelsearbeid krever også at det etableres et nettverk mellom sentrale aktører i kommunene og i regionen. Dette nettverket er viktig for å spre informasjon, faglig dialog samt for å rydde opp i uklarheter mht forventninger, ansvar og roller. Det er absolutt å foretrekke at hver enkelt kommune har definert en

rolle som folkehelsekoordinator som er kontaktpunktet for det regionale folkehelsearbeidet og en koordinator og pådriver for de lokale prosessene.

For de aller fleste kommunen er det en generell utfordring at folkehelsearbeid ofte forbindes med helse, og at de som ikke arbeider med helse ikke ser at de har noen rolle i dette. Folkehelsearbeid gjelder alle sektorer i kommunen, og alle sektorledere må bli bevisst sitt ansvar mht å ivareta folkehelsen. For å lykkes med dette kreves et bevisst arbeid internt i kommunen for å etablere felles forståelse for hva folkehelsearbeid egentlig innebærer og at alle sektorer er berørt.

Iverksetting av Samhandlingsreformen har ført til mye oppmerksomhet på å ta tilbake utskrivnings-klare pasienter. I denne situasjonen er det vanskelig å få kanalisert oppmerksomhet og til satsing på forebygging og folkehelse.

4.6.2 Folkehelsekoordinatorens situasjon

Rollen som regional folkehelsekoordinator på Fosen er ny. Hva rollen egentlig innebærer av ansvar og oppgaver har blitt til underveis. Det samme har forståelsen av hvilke aktører som er viktige og hvilke relasjoner og kontaktnett som må være på plass. Oppmerksomheten på viktige kanaler for informering, rapportering og formidling av forventninger har også blitt tydeligere underveis.

Ved oppstarten hadde Helse- og omsorgsledere på Fosen samt leder i Fosen Helse IKS endel forventninger til folkehelsekoordinatoren og folkehelsearbeidet. Det samme gjaldt kommuneoverleger og *Oppvekstforum Fosen*⁶. Forventningene var ikke konkret formulert, men ledet fram til en liste med tre satsingsområder for Folkehelse Fosen (se kapittel 4.4). Forventningene var altså knyttet til overordnede tema som folkehelseenheten skal arbeide med. Hvilke konkrete forventninger som knyttes til rollen som regional folkehelsekoordinator er ikke formidlet.

Det er kommunen som har ansvar for folkehelsearbeid i egen kommune. Rådmenn og ordførere det overordnede ansvaret og en viktig rolle i dette. Så langt har ikke rådmenn og ordførere på Fosen formidlet hvilke forventninger de har til en regional folkehelsekoordinator og det regionale folkehelsearbeidet. Men folkehelsekoordinatoren har hatt flere kommunebesøk for å informere om hva Folkehelse Fosen er og hva den regionale enheten kan bidra med.

Sett fra folkehelsekoordinatorens side hadde det vært ønskelig med formelle informasjons- og rapporteringskanaler til kommunestyre og regionråd. Dette ville

⁶ Oppvekstforum Fosen (OFO) er et nettverk bestående av oppvekstansvarlige i kommunene på Fosen.

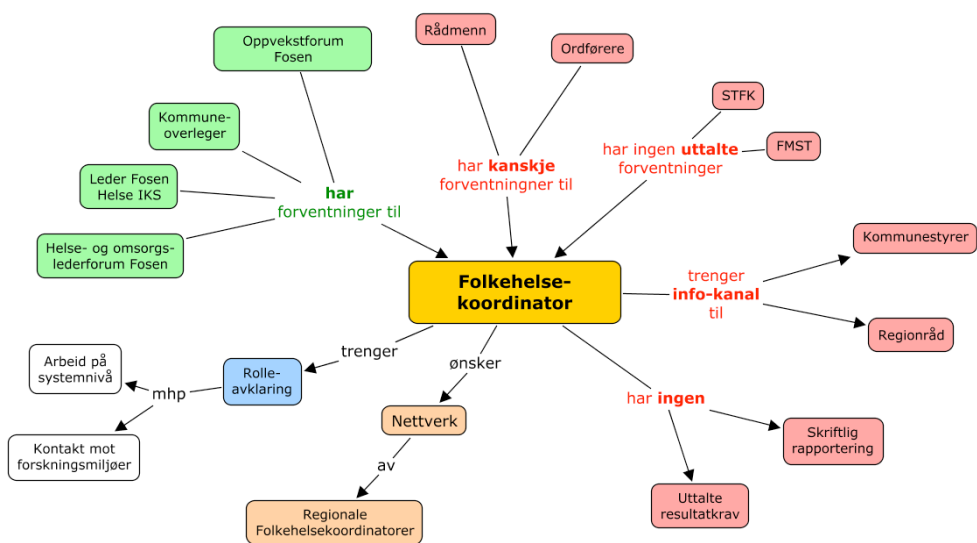
forenklet arbeidet med å etablere en felles forståelse for hva den regionale folkehelseenheten kan bidra med og hvordan samarbeidet med lokale ressurser best kunne foregå.

Både hos Fylkesmannen og i Fylkeskommunen er det særskilte roller med ansvar for folkehelse (se kapittel 4.3). Disse har god kontakt med folkehelsekoordinatoren på Fosen, men de har ingen uttalte forventninger til denne rollen eller til hvordan samarbeidet mellom region og fylkesmann/fylkeskommune burde være.

Situasjonen kan fra utsiden oppleves som uklar. Men ikke mer uklar enn at det gir store muligheter for folkehelsekoordinatoren til å utvikle og definere rollen ihht til de behov som dukker opp. Ulempen er at det faktisk finnes noen urealistiske forventninger ute i kommunen om hva folkehelsekoordinatoren skal bidra med. *Det kan virke som om noen har en forventning om at koordinatoren skal ta over deler av det ansvaret som faktisk ligger på kommunen.*

Erfaringen fra Fosen har vært at det har krevdes mye informasjons- og forankringsvirksomhet overfor kommunene. I tillegg er det nødvendig at den enkelte kommune arbeider aktivt med å formidle konsekvensene av den nye folkehelseloven nedover i organisasjonen slik at den enkelte sektorleder skjønner sitt ansvar. Det antas imidlertid at etter hvert som folkehelseloven og dens pålegg til kommunene blir bedre kjent og bedre implementert vil behovet for informasjon og forankring avta.

Figuren på neste side illustrerer litt av den opplevelsen Folkehelsekoordinatoren på Fosen har etter å ha vært i rollen to år.



Figur 5: Folkehelsekoordinatorens omgivelser

Organiseringen rundt folkehelsekoordinatoren virker noe diffus, da denne regionale rollen står utenfor kommunenes lovpålagte ansvar, og uten direkte kobling til fylkesnivå (fylkeskommune og fylkesmann). Et resultat av dette er en litt «uklar» organisering, hvor ansvar og mandat ikke er formalisert (og kanskje heller ikke burde være det). Det krever derfor at man er bevisst på sammenhengen mellom oppgaver og rollefordeling når kommunene/Fosen regionråd/Fosen Helse IKS skal enes om samhandlingen seg i mellom.

4.6.3 Måltrettet folkehelsearbeid

Både det direkte og det indirekte folkehelsearbeidet omfatter varierende fokusområder og ulike målgrupper. Som hjelpemiddel i arbeidet med å etablere en helhetlig og felles forståelse for det varierende arbeidet folkehelseenheten har ansvar for er det i samarbeid med Folkehelse Fosen utarbeidet en matrise. Denne matrisen kan brukes både til planlegging og informering.

Matrisen viser sammenhengen mellom hva som gjøres og hvem det angår. En slik matrise vil redusere kompleksiteten og forenkle formidlingen for hva det regionale folkehelsearbeidet innebærer. Den er også godt egnet som hjelpemiddel i rolleavklaring mellom kommunale og regionale ansvarsområder.

Et eksempel på en slik matrise beregnet på forebyggende diabetesarbeid er vist i figuren nedenfor.

	Aktivitet	Kosthold	Kompetanse	Informasjon	Samhandling
<i>"Alle"</i>					
Brukere					
Helsefolk					
Skole					
Kommune-administrasjon					
Politikere					
Diabetes-foreningen					
Media					

Figur 6: Eksempel på matrise for forebyggende diabetesarbeid

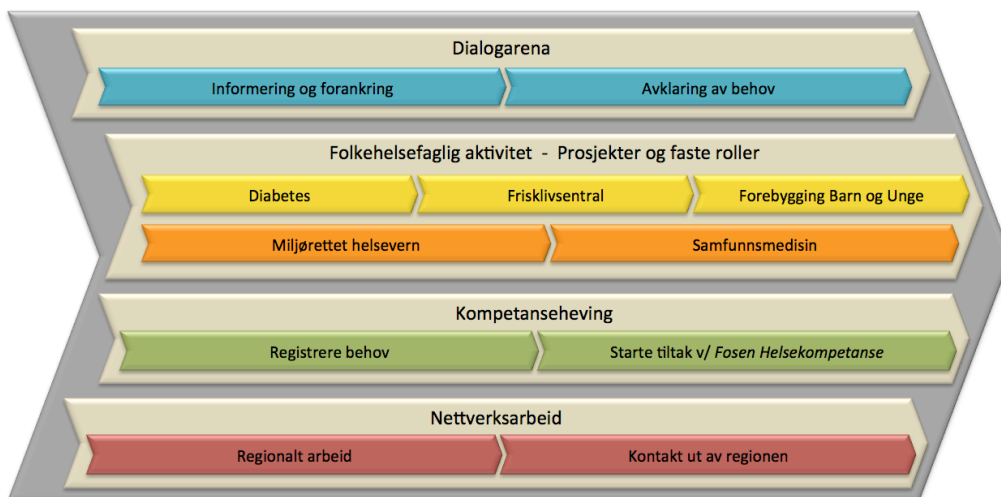
5 Modell for Folkehelse Fosen

5.1 Prosessmodell

En prosessmodell er en grafisk beskrivelse av de prosesser som inngår i hele eller deler av en virksomhet. Den er et alternativ til å beskrive prosessene med tekst, og er beregnet på å gi oversikt over helheten samtidig som den kan benyttes som inngang til å forstå detaljer. En slik prosessmodell kan lages på flere nivåer der underliggende nivå beskriver detaljer i deler av prosessbeskrivelsen på nivået over. Det er laget en prosessmodell på øverste nivå som viser hvilke prosesser som inngår i Folkehelse Fosen.

Prosessmodellen kan videreutvikles i flere nivåer og implementeres som klikkbare modeller på en nettside. Da vil modellen kunne brukes som inngang til mer informasjon om hvorfor prosessene er der, hva prosessene innebærer og hva de resulterer i. I tillegg kan det finnes øvrig informasjon, for eksempel kontaktinformasjon til ansvarlige.

Etter oppstarten i 2010 har Folkehelse Fosen arbeidet innenfor fire sentrale områder. Foruten den folkehelsefaglige aktiviteten, som omfatter ulike prosjekter samt samfunnsmedisiner og miljøhygieniker, er det fokus på dialog med kommunene, kompetanseheving og nettverksarbeid. Disse arbeidsområdene er skissert i prosessmodellen som er vist nedenfor .



Figur 7: Sentrale prosesser i Folkehelse Fosen

5.2 Sentrale prosesser i Folkehelse Fosen

Dialogarena

Det er kommunene som 'eier' Folkehelse Fosen gjennom Fosen Regionråd og Fosen Helse IKS, og Folkehelse Fosen skal levere tjenester ihht bestillinger fra kommunene. Dette forutsetter tett kontakt mellom Folkehelse Fosen og kommunene, både for å informere om og forankre folkehelsearbeid generelt og for å etablere felles forståelse for de behov kommunene har og hvilke tjenester som kan leveres for å dekke disse behovene. Denne dialogen mellom folkehelseenheten og kommunene danner grunnlaget for alt det arbeidet Folkehelse Fosen skal gjøre og må foregå regelmessig på en dertil egnet arena.

Folkehelsefaglig aktivitet – prosjekter og faste roller

Ved etablering av Folkehelse Fosen ble diabetes utpekt som det viktigste satsingsområdet. I tillegg til dette har enheten to fokusområder til: Forberedelse og opprettelse av frisklivsentraler og forebygging blant barn og unge. Disse satsingsområdene er organisert som tre prosjekter, og er nærmere beskrevet i kapittel 4.4.

Folkehelse Fosen har både en samfunnsmedisiner og en miljøhygieniker. Disse har faste roller som utøves overfor kommunene i regionen. Rollene er nærmere beskrevet i kapittel 4.1.

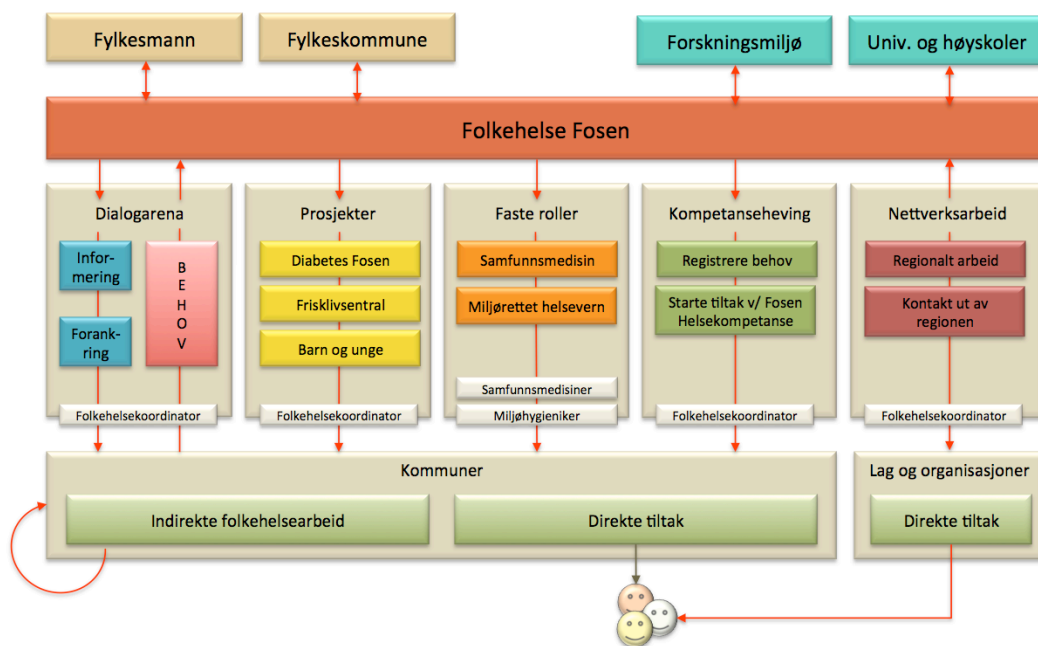
Kompetanseheving

Folkehelsearbeid medfører stort behov for kompetanseheving. For Folkehelse Fosen vil det være en viktig oppgave å registrere hvilket behov som finnes og sørge for at tilfredsstillende kompetanseheving blir iverksatt. Alt det praktiske arbeidet knyttet til selve kompetansehevingen utføres av den eller de som får ansvaret for dette. Folkehelse Fosen håndterer en del kompetansehevende tiltak på egen hånd, men vanligvis er det *Fosen Helsekompetanse*, som er Fosen Helse sin enhet for regional kompetanseheving, som er tiltenkt slike oppgaver.

Nettverksarbeid

Etablering av nettverk mellom sentrale aktører innen folkehelsearbeidet, både i regionen og ut av regionen, betraktes som et viktig element i å lykkes med en rolle som regional folkehelseenhet. Dette omfatter også dialog med folkehelseaktører hos fylkesmann og i fylkeskommune.

Arbeidet til Folkehelse Fosen skal bidra til direkte tiltak i regi av en kommune eller i regi av lag og organisasjoner. I tillegg skal arbeidet bidra til indirekte folkehelsearbeid i kommunen ved at det etableres organisatoriske strukturer og arbeidsprosesser som tar inn over seg kravet om at folkehelse er en sektorovergripende utfordring som alle ansatte i kommunen skal ha oppmerksomhet på. Figuren nedenfor illustrerer dette.



Figur 8: Folkehelse Fosen bidrar til at det kan iverksettes både direkte tiltak og indirekte folkehelsearbeid i kommunen

6 Regional kompetanseheving

6.1 Kompetansekordinatorer

Fosen Helse IKS har i flere år drevet med kompetanseheving for helsepersonell i Fosenkommunene. For å samordne kompetanseheving i regionen ble det i sin tid opprettet to 20%-stillinger som kompetansekordinatorer. Erfaringene fra gjennomførte læringsprogram og kurs er gode, men satsningen oppleves å være for smal og svak i forhold til framtidige behov. Fra 2012 har hver av disse fått økt stillingsprosent til 50 % stilling.

6.2 Sentrale oppgaver for kompetansekordinatorer

Hovedoppgaven til kompetansekordinatorene har vært å forberede, tilrettelegge, gjennomføre og evaluere kurs/seminar/foredrag med mål å heve kompetansen blant helsearbeiderne på Fosen. Dette har omfattet både aktiviteter som har gått over lengre tid og aktiviteter som har vært engangshendelser eller over en kortere periode.

I sitt arbeidet har kompetansekordinatorene hovedsakelig arbeidet med:

- Forberede, tilrettelegge, gjennomføre og evaluere kompetansehevende tiltak
- Veiledning og formidling, for eksempel ved utarbeidelsen av kompetanseplaner i kommunene
- Planlegging og koordinering av fremtidige tiltak
- Informasjon og nettverksbygging, for eksempel med andre aktører innenfor kompetansearbeid, fagfolk og foreninger
- Forankringsarbeid og oppsøkende virksomhet, basert på kontakt med kommuner gjennom helseledere, avdelingsledere, fagansvarlige, gruppeledere og andre interesserte

6.3 Forankring og informering

På grunn av lav stillingsandel har kompetansekordinatorene prioritert kontakt med enhetsledere og avdelingsleder ute i kommunene, samt kontakt med *helselederforum*, hvor lederne innen helse fra alle kommunene møtes jevnlig. I løpet av de tre siste årene er det gjennomført to besøk og ett videokonferansemøte med kommunene, og to møter med *helselederforum*. Målsettingen med disse besøkene

har vært å øke bestillingskompetansen ute i kommunene slik at de kan komme med bestilling på hvilke kompetanse som de trenger hjelp til å bygge opp.

Kompetansekoordinatorerne har også lagt ned mye tid på å støtte og være delaktig i fagnettverket *Fagutvikling Sykepleie Fosen*. Både i arbeidet med å opprette gruppen, lage mandat og etablere fagnett for gruppen i kompetanseportalen *NettOpp Fosen*.

Det har vært arbeidet med å få på etablert ressurspersoner innen de ulike faglige interesseområdene ute i hver kommune. (Aktuelle fagområder er: kreft, diabetes, ernæring, hud og sår, demens, psykiatri, rehabilitering, kols og etikk). Disse ressurspersonene vil være viktige kontaktpersoner mht kompetanseheving innen de ulike fagfeltene.

Mye av tiden til kompetansekoordinatorerne har blitt brukt til organisering av kurs og kompetansehevende tiltak. En utfordring framover blir å forankret forståelsen av at Fosen Helsekompetanse er et felles satsningsområde og at de ulike tiltakene og tilbudene som tilbys til kommunene blir mottatt og iverksatt i den enkelte kommune.

Det mangler en del på at dette er tilfredsstillende i dag, og ved oppstart av kurs beskriver deltakerne dette som en betydelig utfordring. Mangelfull forankring fører til at kompetansekoordinatorerne mangler både bestilling fra kommunene samtidig som de ikke får informert nok om kursene helt ut til den enkelte helsearbeider. Forankringsarbeid bør derfor fortsatt ha høy prioritet for kompetansekoordinatorerne

I tillegg til forankringsarbeid for å bygge relasjoner og nettverk samt spre informasjon, er forankringen også viktig for å skaffe oversikt over utfordringer ute i den enkelte kommune. Et viktig moment er å få tydeligere bestillinger fra kommunene for å lage de kursene som trengs. Etter hvert vil kommunenes kompetanseplaner bli viktig kilder for slik informasjon, men per i dag brukes ikke disse til dette.

Kompetansekoordinatorerne er ansvarlig for utarbeidelsen og gjennomføringen av kompetansetiltakene. Kommunene selv, spesielt lederne innenfor helsesektoren, må bidra ved å være formidler av kurstilbud i egen kommune og egen enhet, samt gjøre det som må gjøres for å få med deltakere til kursene. Dette fungerer ikke optimalt i dag.

6.4 Utfordringer og erfaringer

Erfaringene fra regionalt kompetansearbeid på Fosen har vist at det er noen grunnleggende forutsetninger som må være på plass i regionens kommuner før man kan sette inn kompetansetiltak som dekker de «rette» behovene.

6.4.1 Kompetanseplaner

En viktig faktor i dette er kommunenes kompetansebehov, som igjen bør inkluderes i kommunenes kompetanseplaner. Det vil være viktig at kommunene erkjenner at de har et kompetansebehov. En slik erkjennelse er nødvendig for å kunne etterspørre kurs og kompetansehevede tiltak i samarbeid med andre kommuner i regionene. Videre bør kommunene ha rutiner for utarbeidelse og oppfølging av lokale kompetanseplaner. Uten slike kompetanseplaner er det vanskelig å planlegge og samordne hvordan kompetanseheving kan gjennomføres i regionen. Den regionale kompetanseenheten vil kunne være en viktig samarbeidspartner i utviklingen og utformingen av kompetanseplaner, og ønsker også å være med i denne prosessen. For å kunne møte kommunenes behov på en god måte vil det være viktig at kommunene kommer med gode bestillinger.

6.4.2 Forankring

Forankringsarbeid er også viktig for den regionale kompetanseenheten og kommunene må ha et eierforhold til den regionale kompetanseenheten slik at det er naturlig å benytte denne enheten der det er formålstjenlig. Dette eierforholdet må bygges og vedlikeholdes gjennom forankringsvirksomhet som gjennomføres av de regionale kompetansekoordinatorene. Kompetansekoordinatorene er avhengige av at kommunene har god nok informasjon om deres tjenester og er deltakende i etterspørring av kompetansetiltak som svarer til kommunenes behov. Sentrale personer i kommunene vil blant annet være de som er ansvarlig for kompetanse innenfor helse (ressurspersonene som opprettes med hjelp av *Fagutvikling Sykepleie Fosen*), gjerne også lokale ledere som kan følge opp dette og spre informasjonen ut til organisasjonen. Det vil derfor være nødvendig med lokale ressurspersoner som har ansvar for kompetansehevingen i en kommune. Dette kan for øvrig være flere personer, og kommuner kan dele på en slik ressurs. Det som er viktig er at de regionale kompetansekoordinatorene har noen som er lokalt ansvarlig og som er deres kontaktpunkt i den enkelte kommune. Erfaringene så langt tilsier at kompetansekoordinatorene ikke har klart å etablere mange nok kontaktpersoner ute i kommunene, knyttet til ulike tema/kompetanseområder. På grunn av tidkrevende oppgaver og få ressurser har det heller ikke blitt tid til å gjennomføre noe særlig forankrings- og informasjonsarbeid ute i kommunene. Etter at koordinatorene fikk økt stillingsandel er det nå ønskelig at man får brukt mer tid ute i kommunene, både på informering og forankring. Dette vil igjen skape gode relasjoner og muligheter for et enda mer nyttig samarbeid mellom kommunene og kompetanseenheten.

6.4.3 Nettverksbygging

Nettverksbygging er spesielt viktig for kompetansekoordinatorene, da de er avhengige av å få tak i gode fagfolk for å gjennomføre tiltakene (kurs/konferanse/forelesning). Dette gjelder både aktuelle kontaktpersoner og relevante kompetanseaktører i kommunene, men også relasjoner og nettverk som kan bidra til å innhente gode kurs- og/eller foredragsholdere. Etter hvert vil de kunne få en oversikt over hvilke personer som kan forelese om ulike tema, men de er foreløpig avhengig av å bruke nettverk og relasjoner for å få tips om aktuelle forelesere/kursholdere. Over tid vil de kunne lage et register/en oversikt som kan være nyttig for fremtidige kompetanseheving og arrangering av tiltak i regionen. Samtidig vil man etter hvert også få erfaringer med hvem som egner seg til hva, og hvordan man får tak i de aktuelle personene.

6.4.4 Kursleverandører

NST (Nasjonalt Senter for Samhandling og Telemedisin) har vært og er en nyttig samarbeidspartner. Fosen Helsekompetanse har allerede etablert en velfungerende relasjon til NST. Dette samarbeidet er viktig for den tekniske utførelsen av kompetansetiltakene, i tillegg til at de har faglige innspill som kommer til nytte. Det er imidlertid også viktig at kompetansekoordinatorene får oversikt over og et godt samarbeid med andre kompetanseaktører, for å unngå at man «konkurrerer» eller leverer det samme. Dette vil være blant annet helsefaglige utdanningsinstitusjoner og andre helseaktører som også arbeider med og/eller arrangerer kompetansehevende tiltak. Spesielt vil det gjelde aktører i regionene – her bør man heller sikte på å samarbeide (da det ikke er et mål i seg selv at kompetansehevende tiltak *kun* skal komme fra Fosen Helsekompetanse).

6.4.5 Tilbakemeldinger og kursevaluering

En av utfordringene kompetansekoordinatorene har opplevd så langt, er å få nok deltakere til kursene, samt at de «rette» personene kommer på kurs. Dette henger også litt sammen med utfordringen om å lage de «rette» kursene. Hvis kommunene har behov for spesielle kurs, vil det også være viktig at noen i kommunene følger opp at aktuelle deltakere deltar på og fullfører kursene. En mulighet for å løse dette vil muligens være å gi kommunene incentiv til å «følge opp» deltakerne, ved at kommunene får direkte tilbakemelding på hvem som deltar. Dette er også verdifull informasjon for kompetansekoordinatorene og bør derfor uansett registreres. Dette vil igjen fungere som rapportering, om det er ønskelig (eksempelvis til Fosen Helse IKS). Man kan også tenke seg at kommunene kan få månedlig oversikt over

deltakelse fra egen kommune. Det må da ordnes med tekniske løsninger for å hente ut slike data (registrering av deltakere).

6.4.6 Om å være i forkant mht kompetansekrav

Et ønske fra kompetansekoordinatorene er også at man skal kunne være i forkant med kompetansehevende tiltak. Et eksempel på dette er når det kommer nye forskrifter og spesielle satsningsområder som krever økt/spesialisert kompetanse. Hvis man er klar over slike behov før de aktuelle forskriftene trer i kraft kan man også arrangere tiltak i forkant, slik at kommunene vil være bedre forberedt ved innføring/endring av forskrifter/lover og lignende.

7 Modell for Fosen Helsekompetanse

En modell for Fosen Helsekompetanse er basert på det arbeidet som i dag utføres av kompetansekoordinatorene og det de mener de burde ha gjort basert på erfaringene de har fått etter flere år med planlegging, koordinering og gjennomføring av regional kompetanseheving.

Kommunale kompetanseplaner

Kompetanseheving bør gjennomføres på en planlagt, systematisk og koordinert måte. Dette krever at kommunene og helseenhetene har planer for hvilken kompetanse de trenger, hva som er prioritert og hvordan de ønsker å gjennomføre kompetansehevingen. Gode kompetanseplaner gjør det mulig å gjennomføre kompetanseheving som både dekker myndighetskrav, eventuelle særskilte behov samt den enkeltes personlige ønsker om økt kompetanse. Det er imidlertid ikke vanlig at slike kompetanseplaner finnes i kommunene. En viktig oppgave for Fosen Helsekompetanse vil være å tilby bistand i utarbeidelsen av kompetanseplaner, både med prosesskunnskap omkring hvordan planene skal utarbeides og hva de bør omfatte, samt med kunnskap om konkrete tiltak som kan inngå i planen.

De viktigste prosessene som naturlig ligger under *Fosen Helsekompetanse* er vist i figuren nedenfor.



Figur 9: Sentrale prosesser ved regional kompetanseheving

Den overordnede målsettingen med Fosen Helsekompetanse er å sørge for effektiv og samordnet kompetanseheving for helsepersonell i regionen. Derfor er prosessen kalt *Kompetanseheving og trening* definert som primærprosessen for Fosen Helsekompetanse. De øvrige prosessene er da sekundærprosesser, eller prosesser som støtter opp om og leder fram mot en effektiv primærprosess.

7.1 Sentrale prosesser ved regional kompetanseheving

Dialogarena

Slik erfaringene fra kompetansekoordinatorerne på Fosen viser er kontakten mot sentrale enheter og ledere i kommunene en viktig forutsetning for effektive kompetansetiltak. Det er derfor viktig å etablere en eller annen arena for regelmessig dialog.

Denne arenaen vil kunne benyttes til å informere om aktiviteten til Fosen Helsekompetanse og om hvilke kurs- og treningstilbud som finnes samt å etablere en felles forståelse med den enkelte kommune om de behov og ønsker de har mht kompetanseheving for helsearbeidere. Her vil det også være aktuelt å ta opp problemstillinger knyttet til kompetanseplaner og hvordan Fosen Helsekompetanse evt. kan bidra i prosessen med å utarbeide slike.

Ansvar for å gjennomføre dialogmøtene bør ligge hos Fosen Helsekompetanse. Det er imidlertid nødvendig med en kontaktperson i hver kommune som på vegne av kommunen kan bidra til den praktiske gjennomføringen av møtene, inkl. ansvar for at kommunen er representert med relevante personer. Uten at kommunene deltar med personer med relevant ansvar og myndighet vil ikke dialogarenaen kunne dekke den funksjonene den er tiltenkt.

Overordnet planlegging

En effektiv regional kompetanseheving forutsetter en viss samordning og koordinering av kompetanseplaner. Uten at kommunene samhandler på dette området vil det være vanskelig å oppnå de fordeler som ligger i å gjennomføre samme tiltaket for i flere kommuner samtidig. I planarbeidet er det derfor nødvendig med en regional fokus og en kontinuerlig oppmerksomhet på hvordan en best mulig kan få fordeler av at tiltak iverksettes i flere kommuner samtidig.

Denne samordningen og overordnede planleggingen er en av hovedprosessene til Fosen Helse-kompetanse, som er den enheten som har ansvar nødvendig koordinering og informasjonsspredning. Resultatet av dette arbeidet vil være kommunale kompetanseplaner som ”henger sammen” og overlapper, både i form, innhold og tidsplan, slik at en oppnår mest mulig effektiv og ressursbesparende kompetanseheving.

Kompetanseheving og trening

Klargjøring og gjennomføring av kurs handler om konkrete kompetanse- eller treningsopplegg som er besluttet gjennomført. Dette kan være planlagt ihht kompetanseplaner eller det kan være spontant fordi et behov eller ønske har dukket opp. Hvis slike spontane behov og ønsker kommer fra enkeltkommuner eller noen få kommuner og ikke er ihht vedtatte kompetanseplaner, er det viktig at dette blir formidlet til alle kommunene i regionen.

Når et konkret kompetansetiltak er besluttet gjennomført er det Fosen Helsekompetanse sitt ansvar å sørge for at dette skjer. I dette ligger også ansvar for å konkretisere kursinnhold (om dette ikke allerede er definert) samt å avklare hvordan kompetansehevingen skal foregå. Skal det være et ordinært kurs med fysisk oppmøte eller skal det være et nettbasert opplegg som gjennomføres av den enkelte i eget tempo. Eller kanskje en hybridløsning hvor også undervisning via videokonferanse kan benyttes.

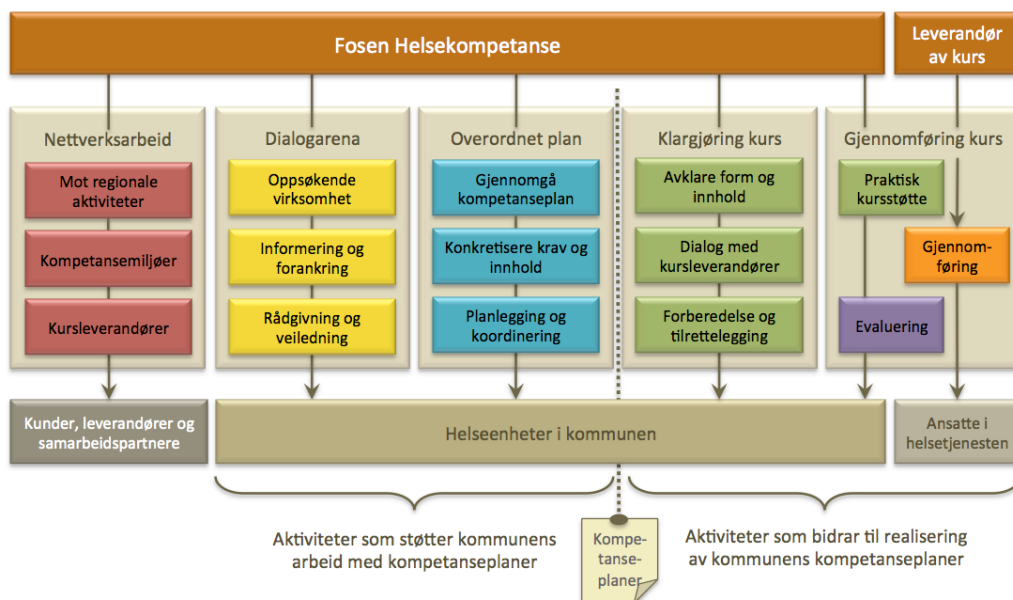
Fosen Helsekompetanse har dialog med aktuelle leverandører av kurs og trening og ”bygger opp” et tilbud som dekker det aktuelle behovet. Her kan det også være aktuelt å benytte sentrale kompetansemiljøer som for eksempel høyskoler og universiteter, eller andre fagmiljøer med relevant og anerkjent kompetanse.

Den konkrete gjennomføringen utføres av kursleverandøren eller det aktuelle kompetansemiljøet som benyttes. Alt det praktiske mht deltakere, påmelding, lokaler, evaluering og etterarbeid er ansvaret til Fosen Helsekompetanse.

Nettverksarbeid

Forutsetningen for at Fosen Helsekompetanse skal kunne spille rollen som sentral koordinerende aktør på et regionalt nivå er at de utvikler og vedlikeholder gode nettverk både mot de som har behov for kompetanseheving og mot de som står som leverandør av ulike kompetansehevende tilbud. Dette er nødvendig for å kunne bistå kommuner og helseenheter med kunnskap om hva som finnes av ulike kurstilbud og

hva som skjer av utvikling innen relevante fagområder. Siden Fosen Helsekompetanse ikke har mulighet til å inneha all denne kunnskapen på egen hånd trengs det et godt nettverk både mot fagmiljø og kurstilbydere.



Figur 10: Kompetanseplaner er et viktig redskap i arbeidet til Fosen Helsekompetanse

8 Overførbare erfaringer

Samarbeid og samhandling er vanskelig og bør organiseres med hensyn til kontekst, rammebetingelser, behov og muligheter. Å angi et skreddersydd opplegg for samarbeid er ikke mulig, men man kan komme med anbefalinger og vurderinger som bør tas med i utformingen av et eventuelt samarbeid. Knudsen (2004:60) understreker at «samarbeid ikke nødvendigvis kommer i gang fordi det er økonomisk eller teknisk rasjonelt. Samarbeid og nettverksbygging skjer når noen vil det og gjør det!». Selv om man lager en modell for samarbeid er det likevel viktig å være oppmerksom på kostnader ved å etablere samarbeid (og de institusjonelle betingelsene det krever), motstand mot å få til samarbeid, og tregheten i systemene (Knudsen, 2004). Samtidig må man være obs på at det i praksis finner sted mye samarbeid og det kan skje både pga press utenfra eller initiativ fra partene, og mye av dette er uformelt samarbeid som kanskje ikke engang beskrives eller benevnes som «samarbeid». For å lykkes med samarbeid og koordinering er det altså en grunnleggende forutsetning at det eksisterer et behov for det, og det må være nyttig å samarbeide.

Fosenkommunene har i lang tid samarbeidet, og dette har resultert i samarbeid innen på flere områder (skatt, helse, IKT osv.). Selv om historien til Fosen er unik og vanskelig å overføre er det likevel flere momenter som også kan være nyttige for andre kommuner (med annen struktur, historie og behov).

Når det gjelder folkehelsearbeidet har det kommet tydelig frem at det blir komplisert og stort når alle i kommunene er ansvarlige for folkehelsen. I samarbeid mellom flere kommuner og en slik regional enhet ser det ut til at faste kontaktpersoner i kommunene vil være viktig. Dette vil blant annet skape en relasjon mellom den regionale enheten og kommunene som gjør samarbeid enklere. Enhetene i kommunene og den regionale enheten er ikke formelt knyttet sammen i en fastlagt struktur eller samhandlingsmønstre, da samarbeidet er bestemt på politisk nivå. En utfordring i kommunene vil være utvelgelse og plassering av en slik kontaktperson («folkehelsekoordinator»). Det vil nok være gunstig om kontaktpersonen har god kontakt med rådmann og ledelse (både politisk og faglig) i kommunene, men dette vil nok også være utfordrende å få til i praksis. Det vil også være opp til kommunene å bestemme mandatet til en slik kontaktperson.

Fra den regionale enheten er det enklere å lage mandat og struktur for koordinatoren. En slik rolle vil allerede være på tvers av fagområder og med folkehelse som eneste fokusområde. Selve mandatet kan vedtas av styret i selskapet, eventuelt

kommunestyrene i kommunene som «kjøper» tjenesten. En viktig erfaring fra Fosensamarbeidet er imidlertid betydningen av at den regionale koordinatoren er synlig for kommunene. Det ser ut til at informasjons- og forankringsarbeidet har vært svært lønnsomt for å opprette relasjoner og kontakt ut i kommunene.

Fra samhandlingsmodellen til Folkehelse Fosen er noen av suksessfaktorene for god samhandling knyttet til felles arenaer. Eksempel er prosjektgrupper eller nettverksgrupper som er dannet på tvers av kommunene, som nå også forsøkes å gjøres på tvers av fagområdene. Selv om enkeltpersoner eller hendelser/endinger (slik som innføring av reformer, nye forskrifter og lignende) kan initiere oppstart av en slik gruppe, er det noe som kan bli varig nettopp på grunn av nytteverdi og interesse. Ved å opprette slike nettverksgrupper vil man også danne relasjoner mellom kommunene, samt tilgjengeliggjøre ressurspersoner som også den regionale enheten får nytte av.

Kompetansekordinatorerne på Fosen begynte med en liten stillingsandel og en noe uklar oppgave. Denne stillingsandelen er økt nå, men opplevelsen til koordinatorene fra oppstarten gir også grunnlag for noen overførbare erfaringer. Til tross for gjennomførte informasjons- og forankringsarbeid har det vært utfordrende å få kommunene til å «bestille» oppdrag, samt komme med innspill og ønsker (Slik som Folkehelse Fosen opplever). Et ønske fra koordinatorene (og også fra kommunene) er blant annet et tettere samarbeid om kompetanseplaner. Felles kompetanseplan for kommunene (i dette tilfellet for helse- og omsorgssektoren) vil i seg selv kunne fungere som en bestilling fra kommunene. Hvis man har en kompetanseplan å forholde seg til vil også koordinatorene kunne bruke denne til å tenke langsiktig i planleggingen av kompetansetiltak. Det er tidkrevende å lage kurs/sette opp forelesninger via videokonferanse. Det vil derfor være en fordel om kommunene er enige om en mer langsiktig satsning, i tillegg til at man også har muligheten for å løpende vurdere behov for ulike kompetansehevende tiltak. Utarbeidelsen av felles kompetanseplan vil være viktig for hvordan bruken av planen blir, og prosess og involvering vil være spesielt viktig for en god kompetanseplan. Et samarbeid om felles kompetanseplan vil også virke koordinerende i seg selv.

9 Referanser

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) (2011). Nr. 29, 24.06.2011.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. *Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*

Knudsen, H. (2004): "*Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser*" i Repstad, P (2004) (red.) Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget

ISBN 978-82-7570-312-3 (trykk)
ISBN 978-82-7570-313-0 (web)

Dragvoll Allé 38 B,
7491 Trondheim
Norway

Tel: 73 59 63 00
Fax: 73 59 66 24

 **NTNU**
Samfunnsforskning AS



Foto: Karin Helen Storseth