



Rapport om AKS-prosjektet ved Feltpleien

1. Innledning

Område psykisk helse og rus har over tid sett at brukere med alvorlige psykiske helseutfordringer og rusproblemer i liten grad kommer i posisjon til ordinære helsetjenester. Mange lever med ubehandlede eller underbehandlede somatiske plager over lang tid, og flere oppsøker ikke fastlege før tilstanden er blitt alvorlig. Dette gjelder en brukergruppe som ofte har høy sykdomsbyrde, lav tillit til hjelpeapparatet, ustabil livssituasjon og begrenset evne til å følge opp avtaler og behandling over tid.

AKS-prosjektet (avansert klinisk allmennsykepleie) ble etablert for å møte dette gapet. Målet har vært å gjøre avansert somatisk helsehjelp tilgjengelig i et lavterskeltilbud der brukerne allerede er kjent, og der relasjon, tilgjengelighet og fleksibilitet er avgjørende for at helsehjelp faktisk blir tatt imot. Prosjektet er et samarbeid mellom Porsgrunn kommune og Sykehuset i Telemark, og er utviklet som et konkret samhandlingstiltak mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Denne rapporten beskriver bakgrunnen for prosjektet, hvordan det ble forankret og etablert, hvordan det er organisert, hva vi har oppnådd så langt, hvilke problemstillinger som er avdekket, og hvorfor prosjektet vurderes som et viktig utviklingsarbeid både lokalt og utover egen kommune.

2. Bakgrunn og etablering av prosjektet

Vi har erfart at dagens helsetjenester ikke i tilstrekkelig grad når en særlig sårbar gruppe brukere med omfattende rus- og psykisk helseproblematikk og samtidig store somatiske behov. Vi erfarte at mange hadde symptomer og tilstander som burde vært vurdert tidligere, men som enten ikke ble fanget opp eller ikke ble fulgt opp fordi brukerne ikke møtte til ordinære tjenester.

Det ble derfor tatt initiativ til å utvikle et prosjekt mellom Porsgrunn Kommune og STHF, hvor sykepleier med avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) skulle jobbe lavterskel på Feltpleien en gang i uken. Prosjektet ble utviklet i dialog mellom kommunen og Sykehuset i Telemark, og ble forankret både faglig og administrativt. I forandringsprosessen var kommunalsjef, kommuneoverlege og andre relevante fagpersoner innad i kommunen involvert. Det har blitt gjennomført flere samarbeidsmøter mellom Porsgrunn Kommune og STHF, og som resulterte i en forpliktende samarbeidsavtale. AKS-prosjektet har også vært i allmennlegeutvalget.

Parallelt med den faglige forankringen arbeidet vi med søknad om tilskuddsmidler til oppstart og drift. Det var viktig å sikre økonomisk grunnlag for å etablere tilbudet på en forsvarlig måte, herunder lønnsmidler, medisiner og nødvendig faglig utvikling.

I etableringsfasen ble det også arbeidet med nødvendige prosedyrer, ansvar, oppgavefordeling og samarbeidsrutiner. Dette var nødvendig for å sikre at tilbudet kunne drives faglig forsvarlig og integreres i den kommunale tjenesten uten å bli et løsrevet prosjekt ved siden av ordinær drift.

3. Formål og målgruppe

Formålet med AKS-prosjektet er å gi rask og tilgjengelig helsehjelp til brukere som ofte ikke benytter ordinære helsetjenester, og som derfor har betydelig risiko for forverring av somatisk sykdom. Prosjektet skal bidra til tidligere oppdagelse av sykdom, raskere igangsetting av behandling, bedre pasientsikkerhet og mer helhetlige pasientforløp. Samtidig skal prosjektet styrke samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og gi kommunen et bedre grunnlag for å utvikle tjenester til en brukergruppe som ofte faller mellom nivåene i hjelpeapparatet.

Målgruppen er personer med alvorlige psykiske helseutfordringer og/eller rusproblemer som i liten grad oppsøker fastlege eller andre ordinære helsetjenester, og som ofte lever med ubehandlede somatiske plager. Mange har samtidig ustabil bosituasjon, svak struktur i hverdagen, lav tillit til hjelpeapparatet og behov for tett oppfølging for å kunne nyttiggjøre seg helsehjelp. Dette er brukere som ofte trenger at helsehjelpen tilpasses deres livssituasjon, og ikke motsatt.

4. Organisering og arbeidsform

Prosjektet er organisert med to spesialister i avansert klinisk allmennsykepleie i samlet 20 prosent stilling, tilsvarende 10 prosent hver, tilgjengelig ved Feltpleien én dag per uke. AKS-tilbudet er lagt til Feltpleien fordi dette er en kjent og lavterskel arena for målgruppen, og fordi Feltpleien har en sentral rolle i å bygge relasjon, avdekke behov og følge opp brukere over tid. Lavterskeltilbudet er kostnadsfritt og under prosjektperioden er også enkelte medisiner i behandlingen gratis.

AKS-sykepleierne bidrar med kliniske undersøkelser, helsekontroller, vurdering av symptomer og funksjon, blodprøvetaking og oppfølging av svar, behandling av enkelte tilstander, samt koordinering og samhandling med fastlege, legevakt og spesialisthelsetjeneste når det er nødvendig. Tilbudet er ikke ment å erstatte fastlegen, men å supplere fastlegetjenesten ved å fange opp sykdom tidligere, stabilisere brukere og gjøre det lettere å koble dem på videre helsehjelp. Dette skjer i tett samarbeid med feltsykepleier som er på Dagsenteret 5 dager i uken.

5. Nøkkeltall og aktivitet

Nøkkeltall for AKS-prosjektet i perioden mai 2025 til mai 2026:

- Konsultasjoner: 138 stk
- Innleggelse Sykehus: 7 stk
- Konfereringer med fastlege eller legevakt: 34
- Antibiotikabehandlinger: 18 stk
- Hjemmebesøk: 4 stk
- Unike brukere som har fått helsehjelp: 40 stk
- Gjennomsnitt på konsultasjoner de dagene AKS er til stede: 4 stk

I tillegg kommer et ukjent antall konfereringer mellom AKS og Feltpleien som ikke er tallfestet i datagrunnlaget.

Tallene viser at tilbudet har hatt reell aktivitet og konkret nytte. Vi ser at AKS ikke bare har vært tilgjengelig som et lavterskeltilbud, men også har bidratt til vurdering, behandling, videre henvisning og oppfølging i saker som ellers kunne blitt stående uavklart eller utviklet seg i alvorlig retning.

6. Hvilke problemstillinger som er avdekket

En viktig del av prosjektets verdi ligger i hvilke somatiske problemstillinger som faktisk er blitt oppdaget og håndtert. Gjennom AKS-tilbudet har vi blant annet avdekket og fulgt opp:

- Smerteproblematikk
- Abscesser
- Hudinfeksjoner og andre hudlidelser
- Sykdom og plager i urinveiene
- Skader og behov for suturering og sårbehandling
- Generelle helsekontroller
- Mangeltilstander
- Behov for fjerning av fremmedlegeme
- Hypertensjon
- Stoffskifteproblematikk
- Diabetesproblematikk
- Luftveisinfeksjoner

Dette viser at brukerguppen har et bredt og sammensatt somatisk sykdomsbilde. Flere av problemstillingene er tilstander som med tidligere vurdering og behandling kan håndteres på et lavere omsorgsnivå, mens andre er forhold som krever raskere videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet har dermed både en behandlende og en avklarende funksjon.

Vi har også sett høy forekomst av infeksjoner og mangeltilstander, og erfaringen er at mange brukere over tid har gått med helseproblemer som ikke tidligere er blitt fanget opp eller fulgt opp i tilstrekkelig grad.

7. Hva vi har oppnådd

Det viktigste vi har oppnådd, er at flere brukere som ellers ikke ville kommet til vurdering, faktisk har fått helsehjelp. Brukerne har blant annet gjennomført antibiotikabehandling, som de tidligere ikke har prioritert. Vi har senket terskelen for å ta imot somatisk vurdering ved å legge tilbudet til en arena brukerne kjenner og oppsøker. Dette har gjort det mulig å avdekke sykdom tidligere, starte behandling raskere og koble brukere videre til fastlege, legevakt eller sykehus på en mer målrettet måte.

Vi ser også at prosjektet har styrket samhandlingen rundt brukerne. AKS-tilbudet har fungert som et bindeledd mellom Feltpleien, fastlegene, legevakten og spesialisthelsetjenesten. Dette er særlig viktig for en brukerguppe som ofte ikke klarer å holde oversikt, møte opp eller følge opp videre helsehjelp uten tett støtte. Ved at vi følger brukerne tettere i forkant og etterkant av konsultasjonene, blir overgangen videre i helsetjenesten mer realistisk og mer forpliktende.

Et annet viktig resultat er at prosjektet har gitt oss bedre innsikt i målgruppens faktiske somatiske helsebehov. Dette styrker både den faglige forståelsen av brukerguppen og grunnlaget for videre tjenesteutvikling.

8. Veien videre

Vi er på andre året av samarbeidsavtalen med STHF. Prosjektet vil evalueres innen utgangen 2027. Prosjektet skal også presenteres på Lavterskelkonferansen 2026. Det er et uttrykk for at erfaringene våre har interesse utover egen kommune, og at arbeidet vurderes å ha overføringsverdi til andre steder som ønsker å utvikle lavterskel helsehjelp til tilsvarende målgrupper.

Vi har også et pågående arbeid med følgeevaluering i samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Telemark (USHT) ved Heidi Johnsen. Det arbeides med søknad om tilskuddsmidler til følgeevaluering, med mål om å få en mer systematisk vurdering av hva tilbudet betyr for brukerne, hvilke faktorer som fremmer og hemmer bruk av tilbudet, og hvilke gevinster prosjektet gir faglig og organisatorisk. Dette vil styrke kunnskapsgrunnlaget vårt og gjøre det mulig å videreutvikle tilbudet på en mer systematisk måte.

Prosjektet finansieres med tilskuddsmidler over statsbudsjettet kap.0765 post 62 ut 2026.