

## Tilråding

Den interne arbeidsgruppen i Helsedirektoratet har etter en grundig gjennomgang av foreliggende evalueringer, vitenskapelig dokumentasjon, erfaringer og innspill kommet fram til følgende forslag med hensyn til videreføring av Grønn resept-ordningen og utvikling av lavterskeltiltak for fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt.

### **Grønn resept - takst**

*Tilråding: Grønn resept taksten foreslås avvirket.*

Taksten kom umiddelbart i miskreditt hos allmennlegene. De opplevde at de ikke var tatt med i prosessen rundt utarbeidelsen av premissene for taksten. Det var brukt intervensjonsgrenser og mål som ikke var omforent i allmennlegemiljøet. Allmennlegene hevdet videre at denne type rådgiving utføres av allmennlegene uten at det var behov for en egen takst. Tidsforbruket kunne eventuelt dekkes inn under tidstaksten. Videre mente de at også pasienter som sto på medikamentell behandling hadde behov for råd om endring av levevaner og at skillet mellom medikamentell / ikke medikamentell behandling med tanke på utløsning av taksten derfor var meget kunstig. Den obligatoriske bruk av skjema som i tillegg ikke var elektronisk tilgjengelige ble oppfattet som meget tungvint. Mange hevdet også at en resept burde gi noe mer til pasienten enn kun råd, for eksempel en støtte/refusjon til endring av levevaner. Bruken av taksten har vært relativt beskjedne. Den ble benyttet ca. 34 000 ganger i avtaleåret 2007-08 og 40 200 ganger i avtaleåret 2008-09 av alle leger med trygderefusjon (hovedsaklig fastleger).

Det er nå enighet om at begrepet grønn resept har et så dårlig omdømme i allmennpraktikermiljøet at man bør finne et annet navn på liknende tiltak i framtiden.

Da det er viktig å prioritere forebygging i primærhelsetjenesten foreslås det å utrede behov for en *forebyggelsestakst* lignende den man benytter i Danmark (se s.15 "Aftalt forebyggelsestakst"). Denne taksten kan utløses ved avtalt veiledning om levevaner (bl.a. fysisk aktivitet, kosthold og røyking). Ytelsen setter fokus på forebyggelse i primærhelsetjenesten og sikrer fastleger en høyere honorering enn ved alminnelige konsultasjoner.

### **Opprettelse av lavterskeltilbud for endring av levevaner**

*Tilråding: Det opprettes kommunale lavterskeltilbud for endring av levevanene fysisk aktivitet, kosthold og røyking i alle landets kommuner eller i interkommunale samarbeidskommuner. Oppretting av lavterskeltilbud bør sees i sammenheng med Helseministerens samhandlingsreform og forslag om økt satsing på forebyggende helsearbeid.*

### **Forankring**

*Tilråding: Lavterskel helsetilbud for endring av levevaner forankres i kommunehelsetjenesten.*

Dette kan sees i sammenheng med samhandlingsreformen der målsettingen er å styrke primærhelsetjenesten og gjøre kompetanse tilgjengelig lokalt. En tanke bak

Samhandlingsreformen er å kunne gå inn med tidlige intervensjoner og satse på forebyggende tiltak. I Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010 fremheves også innføringen av forebyggende tiltak både overfor befolkningen generelt og overfor personer med høy risiko for å utvikle type 2-diabetes. Et kommunalt forankret lavterskeltilbud med hensikt å øke fysisk aktivitet, forbedre kosthold og bidra til røykeslutt er et tiltak som vil kunne bidra til å oppfylle visjonene for en samhandlingsreform, samt nasjonal strategi for diabetesområdet. Det er videre lovfestet at kommunehelsetjenesten er pliktig å drive forebyggende virksomhet. Gjennom Lov om helsetjeneste i kommunene (Kommunehelsetjenesteloven) av 19.nov 1982 har kommunehelsetjenesten blitt ilagt ansvar for å "fremme folkehelse" og "søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte". I § 1-2 om helsetjenestens formål går det fram at forebygging og helseopplysning er klare mål for helsetjenesten. I § 1-4 presiseres kommunehelsetjenestens rolle. Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen, foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen.

For å sikre etablering av lavterskeltilbud i kommunehelsetjenesten bør dette vurderes forskriftsfestet.

Lokal forankring av tilbudene vil være avgjørende for rekruttering av deltakere da store geografiske avstander kan bli en barriere for målgruppen. Samtidig vil interkommunale samarbeid og samarbeid på tvers av fylkeskommuner være hensiktsmessig og avgjørende for god flyt av kompetanse samt videre utvikling av lavterskeltilbud. En offentlig styring og budsjettering vil kunne sikre kontinuitet og kvalitet på tilbudet.

### **Målgruppe**

*Tilråding: Alle voksne personer som kan ha betydelig helsemessig gevinst av å endre levevaner innen fysisk aktivitet, kosthold og røyking, bør få mulighet til å delta på lavterskeltilbud. Dette gjelder friske personer som ikke tilfredsstiller anbefalingene om 30 minutter fysisk aktivitet pr dag, som ikke fører et anbefalt kosthold, og / eller som røyker, og som dermed har økt risiko for å utvikle mellom annet type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer og visse typer kreft. Dette inkluderer også personer som har en kjent diagnose der fysisk aktivitet, endret kosthold og / eller røykeslutt kan være en del av effektiv behandling (27). Tilbudene bør rettes spesielt mot målgrupper som faller utenfor eksisterende tilbud for fysisk aktivitet, kostholdsending og røykeslutt.*

### **Barn og unge**

De eksisterende lavterskeltilbudene er ikke spesielt tilpasset barn og unge. Uheldig utvikling av overvekt og en stor andel fysisk inaktive barn og unge gjør at det er behov for tiltak også rettet mot denne gruppen. Skolehelsetjeneste og helsestasjoner er sentrale i arbeidet med å fange opp tidlige tegn på uheldige levevaner og videre iverksette tiltak rettet mot barn og deres familier.

Foreldrenes valg har stor betydning for barn og unges levevaner. Det er viktig at foreldrene har en aktiv rolle. Barn av foreldre som har sunne levevaner har også betydelig større sjanser for selv å etablere sunne levevaner. Barn av fysisk aktive foreldre er mer fysisk aktive enn barn av inaktive foreldre (27). Motivasjon, kunnskapsutvikling, kursing og aktiviteter innen fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt som tilbys den voksne delen av befolkningen gjennom deltakelse på lavterskeltilbud, vil sannsynligvis kunna ha en positiv sunnhetseffekt for hele familien.

## **Henvisning**

*Tilråding: Arbeidsgruppen anbefaler at leger, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten er aktive med hensyn til å identifisere pasienter med helsemessig behov for endring av levevaner. Også andre yrkesgrupper er i kontakt med den aktuelle målgruppen. NAV, attføringsbedrifter, bedriftshelsetjeneste, helsesøstre, fysioterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer, manuellterapeuter, kiropraktorer, psykologer, kliniske treningsfysiologer, rehabiliteringssentre, Lærings- og Mestringssentre, helseforetak og andre bør få kjennskap til lavterskeltilbudene og anbefale dette for aktuelle brukere. Personer som ikke har fått henvisning bør kunne delta på lavterskeltilbud på eget initiativ.*

Leger er i kontakt med en stor andel pasienter i denne målgruppen, og de bør benytte kontakten til å ta opp endring av levevaner med pasientene på lik linje med andre behandlingsformer. For pasienter som ønsker hjelp til å endre levevaner kan anbefaling eller henvisning videre til lokale lavterskeltilbud være et alternativ eller supplement til annen behandling.

Bedriftshelsetjeneste og NAV kommer i kontakt med en målgruppe som ikke nødvendigvis møter hos fastlegen. Man har bl.a. sett at det har vært mindre rekruttering av menn til lavterskeltilbud via fastleger (38;40;92). Der det foreligger henvisning fra annet personell enn leger, eller det er medisinske årsaker til henvisning til/anbefaling av lavterskeltilbud bør kopi av henvisning sendes fastlege.

Lavterskeltiltak kan videre være et tilbud for personer som kommer hjem fra rehabiliteringsopphold og trenger videre oppfølging etter nylig påført, eller langvarig sykdom/skade.

Leger, manuellterapeuter, kiropraktorer og psykologer har henvisningsrett. En formell henvisning bør foreligge i tilfeller der henvisende instans ønsker skriftlig tilbakemelding om pasientens utvikling ved deltakelse i lavterskelprogrammet. Ved et slikt ønske må samtykke innhentes fra pasienten. Kopi av henvisning bør sendes direkte til lavterskelsentralen (etter pasientens samtykke) for å muliggjøre lavterskelsentralens motivasjonsrolle. Pasienter som ikke møter til helsesamtale ved lavterskelsentralen kan i så tilfelle kontaktes av ansvarlig koordinator ved sentralen.

For å ha lav terskel til deltakelse bør personer som trenger hjelp til endring av levevaner kunne henvende seg uten henvisning.

## **Differensiert og individuelt tilpasset tilbud**

*Tilråding: Arbeidsgruppen anbefaler en modell som bygger på erfaringene fra de fem utviklingsfylkene, der tilbudet blir differensiert ut i fra brukerens behov for oppfølging og ressurser ("Trappetrinnsmodellen"). Det bør opprettes lokale/kommunale driftsenheter (lavterskelsentraler) med fagperson(er) som koordinerer tilbudene og tar i mot brukere. Alle brukere bør få tilbud om "helsesamtale" (endringsfokuseret motiverende veiledning) der behov for oppfølging blir kartlagt og individuell plan for endring av levevaner blir utarbeidet.*

Videre forløp avhenger av brukerens forutsetninger og motivasjon for endring, samt hvilke levevaner man har ønske om å endre. Intensive programmer/kurs innen fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt bør tilbys ved den kommunalt driftede sentralen for brukere med særlige behov for oppfølging. Samarbeid med frivillige og kommersielle lokale aktører bør etableres slik at brukere uten særlig behov for tett oppfølging kan henvises direkte videre til andre eksisterende og passende tilbud. Brukere som deltar på programmer i regi av lavterskelsentralen bør gradvis sluses videre til frivillige eller kommersielle tilbud, eller egenaktivitet. Viser til modell fra Evalueringsrapport (39). Det er avgjørende at lavterskelsentralen skaffer en oversikt over aktuelle eksisterende lokale tilbud for fysisk aktivitet, kostholdsveiledning og røykeslutt i regi av frivillige og kommersielle aktører.

Det bør opprettes samarbeid med eksisterende Lærings- og Mestringssentre (LMS). LMS skal inneha spesialkompetanse for mestring av ulike kroniske sykdommer/lidelser. Det bør også etableres samarbeid med andre aktører med spesiell kompetanse for ulike sykdomsgrupper. Erfaringer viser at spesielt overvektige faller ut av eksisterende lavterskeltilbud (38;40;92), og spesielt tilrettelagte program bør tilbys for denne og eventuelt andre grupper med behov for ekstra oppfølging.

### **Varighet på oppfølging**

*Tilråding: Arbeidsgruppen anbefaler en varighet på minimum 6 måneder.*

De eksisterende kommunale "fysisk aktivitet på resept"-programmene varer per i dag tre måneder. Erfaring tilsier at endring av levevaner er en tidkrevende prosess og at tre måneder ofte er for kort oppfølgingstid. Relevante tiltak bør ses over en lengre oppfølgingsperiode, og varighet bør tilpasses etter individuelle behov. Man anbefaler en viss systematisk oppfølging i minst seks måneder. Oppfølging kan skje som helsesamtaler, eventuelt over telefon.

### **Felles nasjonalt navn**

*Tilråding: "Frisklivsresept" kan være et nasjonalt samlende begrep for lavterskeltilbud forankret i kommunehelsetjenesten.*

Begreper som "Fysisk resept" (Nordland), "Frisklivsresept" (Buskerud), "Opplandsresept" og "Helsekilden" (Aust-Agder) benyttes om kommunale lavterskeltilbud i Norge i dag. Et felles nasjonalt navn på kommunale lavterskeltilbud forankret i kommunehelsetjenesten vil skape et mer oversiktlig og samlende tilbud. Internasjonalt (i Sverige, Danmark, England, Australia m.fl) benyttes "Fysisk aktivitet på resept" / "Exercise on prescription", og det vil være hensiktsmessig med et navn som kan relateres til internasjonale lignende tiltak. Modellen vi tilrår inneholder tilbud for både ernæring og røykeslutt i tillegg til fysisk aktivitet, og vi anbefaler derfor et begrep som omfavner alle tre levevanene, og ikke kun fysisk aktivitet. Vi anbefaler derfor å beholde "resept"-begrepet, som betyr oppskrift, og så legge til "Friskliv" som er et positivt ladet begrep som omfavner alle tre levevaner.

### **Kvalitetssikring**

*Tilråding: Autorisert helsepersonell må tilknyttes lavterskeltilbudet. Det bør stilles spesifikke kompetansekrav til de ulike levevaneområdene. Der det er nødvendig må man trekke inn fagpersoner med relevant kompetanse innen fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt.*

En forankring av lavterskeltilbudet i kommunehelsetjenesten vil tilsi at der må være ansatt minst én person som er autorisert helsepersonell. Øvrige ansatte som ikke er autorisert helsepersonell vil bli omfattet av helsepersonell-loven, noe som tilsier at de er underlagt taushetsplikt. Kvalifisert helsepersonell til denne jobben vil kunne være fysioterapeuter, kliniske treningsfysiologer, kliniske ernæringsfysiologer, helsesøstere, (psykiatriske) sykepleiere og psykologer. Kvalitetssikring av lavterskeltilbudet innebærer at de ansvarlige for sentralen skal kunne vurdere deltakeres helsetilstand og hvilket opplegg for fysisk aktivitet, ernæring og/ eller røykeslutt som er helsefremmende og samtidig forsvarlig for ethvert individ.

Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling (27), retningslinjer for tobakksforebygging samt offisielle gjeldende retningslinjer for behandling av kroniske sykdommer tilknyttet levevaner bør ligge til grunn for individuell tilpasning av tiltak. Retningslinjer for forebygging av hjerte- og karlidelser samt retningslinjer for behandling og forebygging av diabetes og overvekt er under utarbeiding i regi av Helsedirektoratet, og vil være ferdigstilt i løpet av 2009. Retningslinjer for forebygging og behandling av KOLS skal være ferdig i løpet av 2010.

Det bør stilles spesifikke kompetansekrav til de ulike levevaneområdene. Der det er nødvendig må man trekke inn fagpersoner med relevant kompetanse innen fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Jevnlige kompetansetiltak innen endringsfokusert veiledning, treningslære og aktivitetsledelse, kostholdsveiledning og røykeavvenning er viktige kvalitetsfaktorer. Disse bør tilbys gjennom Fylkesmann/fylkeskommune, og bør følge Helsedirektoratets anbefalinger.

#### **Kompetansekrav for Helsesamtalen**

Personer som skal ha ansvar for gjennomføring av Helsesamtaler, bør ha særlig faglig kompetanse innen helsepedagogikk og endringsfokusert rådgivning/ motiverende samtale. Personellet bør ha deltatt på kurs i endringsfokusert rådgivning i regi av Helsedirektoratet eller andre kompetente kursholdere. Helseutdanninger bør vurdere økt fokus på endringsfokusert rådgivning i grunn- og videreutdanning.

#### **Kompetansekrav for fysisk aktivitetstilbud**

Personer som skal ha ansvar for det fysiske aktivitetstilbudet bør ha spesifikk faglig kompetanse innen treningslære og aktivitetsledelse. Aktivitetstilbudet bør følge retningslinjer for diagnosespesifikk aktivitet angitt i Aktivitetshåndboken (27).

#### **Kompetansekrav – røykeslutt-tilbud**

Kursleder bør fortrinnsvis ha fagbakgrunn fra helse, psykologi eller pedagogikk. Det forutsettes personlig egnethet, herunder gode kommunikasjonsferdigheter og fleksibilitet. Kursleder bør ha gjennomført kurslederkurs – røykeslutt, f.eks. i regi av fylkesmannen fylke/fylkesmannens samarbeidspartnere (frivillig organisasjon) og etter kursnorm fra Helsedirektoratet. Gjennomført kurslederkurs innebærer kunnskap om gruppe- og endringsprosesser. Videre at gjennomført kurs innebærer kjennskap til endringsfokusert veiledning. Kursene bør i størst mulig grad følge de metodene som er beskrevet i kurslederpermen som er utarbeidet av Helsedirektoratet. At kursleder henter råd/støtte og oppdatert kunnskap gjennom Røyketelefonen 80040085, de ansatte i avdeling tobakk eller på [www.tobakk.no](http://www.tobakk.no)

### **Kompetansekrav – kostholdstilbud – Bra mat for bedre helse**

De som kan bli kursledere er autorisert helsepersonell, ernæringsfysiologer, helsesøstre, fysioterapeuter, kjøkkenfaglig personell, kliniske treningsfysiologer og pedagogisk personell. Dette kan være ansatte ved lavterskeltilbudene i kommunene, medlemmer av ressursgruppene i ernæring, folkehelsekoordinatorer i kommunene og ansatte ved Lærings- og mestringsentrene. Et minimumskrav til de som skal drive kurset "Bra mat for bedre helse"-kurs er at de må ha grunnleggende kunnskap om de offisielle kostholdsanbefalingene, samt kunne benytte endringsfokusert veiledning som metode. Videre bør kursholder ha tilstrekkelig kompetanse til å vurdere varedeklarasjoner og gi enkle råd om et sunt kosthold. Kursholder skal ikke behøve å gå inn i mer kompliserte problemstillinger. De bør ha kompetanse til å vurdere egne begrensninger i forhold til å svare på kompliserte eller kontroversielle spørsmål eller påstander om kosthold. Det å holde Bra mat kurs erstatter ikke veiledning fra autorisert helsepersonell (KEF, lege, evt. andre). Kurslederne bør derfor inngå i et kompetansenettverk som ledes av personer med formell kompetanse innen ernæring – gjerne på regionalt nivå.

### **Fastlegenes bidrag i arbeidet med lavterskel helsetiltak**

Veiledning til pasienter om ønskelige endringer i livsstil har lenge vært en sentral del av allmennlevers virksomhet. Erfaringene fra forsøksvirksomheten med "grønn resept" viser at det er mye å hente på økt fokus, styrket kompetanse og bedre systematikk over tid i fastlegenes arbeid med dette. Det er svært ønskelig at slik veiledning gis før legen vurderer forskrivning av legemidler eller andre tiltak.

Sett fra fastlegenes synspunkt vil det være langt mer motiverende å drive slik veiledning av pasienter og å skrive eventuell henvisning dersom det lokalt faktisk er etablert lavterskel helsetiltak med vekt på fysisk aktivitet, røykeslutt og ernæring som dekker pasientens behov. Når slike tilbud etableres over hele landet bør helsemyndighetene drøfte med Legeforeningen hvordan utrulling kan understøttes med pedagogiske tiltak for å styrke fastlegenes kompetanse, for eksempel innenfor rammen av foreningens meritterende kurssystem, slik man har gjort andre steder som f.eks. Göteborg.

Det er også behov for å dreie innholdet i grunnutdanningen mer i samsvar med en bredt anlagt folkehelsestenkning.

### **Finansiering**

*Tilråding: Det foreslås en øremerket statlig grunnfinansiering til hver kommune for opprettelse av kommunal lavterskelsentral, samt krav om kommunal medfinansiering. Videre foreslås det støtte per deltaker, for eksempel finansiert gjennom HELFO, i tillegg til en lav egenandel.*

Egenandelen bør vurderes medregnet i frikortordningen under egenandelstak 2.

Ved å anta at tall fra eksempelkommunen Modum er representativ for de fleste av landets kommuner, kan man gå ut i fra et årlig finansieringsbehov på om lag 4000 kr per deltaker, eller 100 kr per innbygger. Små kommuner vil sannsynligvis ha behov for en relativt større statlig støtte.

Finansieringsordninger må analyseres nærmere.

## **Evaluering av kommunale lavterskeltiltak**

*Tilråding: Vi anbefaler at det etableres et felles system for å evaluere nytten av lavterskeltilbud forankret i kommunehelsetjenesten.*

Registrering av driftskostnader, kurstilbud og antall deltakere vil være nyttig for å dokumentere omfanget av etablerte tilbud. Det vil videre være nyttig å registrere anonymiserte data over sosiodemografiske kjennetegn ved deltakere for å evaluere hvilken del av befolkningen man når med slike tilbud. Det bør videre registreres fysisk aktivitetsnivå, kosthold og tobakksvaner samt helserelatert livskvalitet ved programstart, programslutt og 6-12 måneder etter deltakelse ved programmet. Formålet må være å kunne dokumentere langtidseffekter med hensyn til endring av levevaner (fysisk aktivitet, kosthold, tobakksbruk) og livskvalitet. Datainnsamlingen bør skje ved hver sentral ut i fra valide og reliable målemetoder (objektive målinger og subjektiv selvrappotering). Det vil være hensiktsmessig med oppretting av et felles elektronisk registreringssystem for jevnlig rapporteringer fra kommunene. En kvalitetssikret evaluering vil kunne bidra til videre utvikling av framtidige, målrettede og effektive lavterskelmodeller.

### **Utfordringer**

Man ser at rekruttering av menn og av minoritetsgrupper er en utfordring. Videre ser man at det er vanskelig å holde på personer som er henvist på grunn av overvekt. Lavterskeltiltakene bør videre utvikles med tanke på å nå disse viktige målgruppene, samt å tilpasse programmene slik at flest mulige av utsatte målgrupper gjennomfører programmene.

Som et ledd i arbeidet med å forbedre Grønn resept-ordningen skulle legeveilederen som ble utarbeidet i tilknytning til ordningen revideres. En revidering av legeveilederen skulle ses i sammenheng med arbeidet med nye nasjonale retningslinjer for primærforebygging av hjertekarsykdom. Dette arbeidet har tatt lengre tid enn planlagt. Retningslinjene ble lansert 13.mai 2009. I tillegg er arbeidet med ny legeveileder ikke prioritert grunnet usikkerhet mht hva som vil skje videre med Grønn resept-ordningen. Arbeidsgruppen ser likevel behov for å utarbeide informasjonsmateriell til leger og pasienter om betydningen av endring i levevaner i forebygging og behandling av en rekke sykdommer/tilstander.

Helsedirektoratet skulle også se på mulighetene for tilpassing av grønn resept til legenes elektroniske journalsystem, samt videreutvikle databaserte intervensjonsprogrammer for fysisk aktivitet, kosthold og røykeavvenning relatert til ulike diagnoser. Selve resepten foreligger i elektronisk versjon i legenes journalsystem. Når det gjelder databaserte intervensjonsprogrammer nedsatte Helsedirektoratet i 2005 en arbeidsgruppe som skulle utarbeide en kravspesifikasjon for elektronisk verktøy for Grønn resept, og dette arbeidet ble avsluttet i 2006. Hensikten med å utarbeide et slikt verktøy er å gi støtte og råd i den veiledningen legen og annet helsepersonell gir under konsultasjonen og i oppfølging av pasientene. Et slikt verktøy er også ment å kunne gi pasientene et alternativ til papirskjema for utfylling av sine levevaner, samt gi individuelle systemgenererte tilbakemeldinger i forhold til data som pasientene oppgir i det elektroniske skjemaet. Det er pr i dag ikke tatt noen avgjørelse om å legge kravspesifikasjonen om e-verktøy ut på anbud. Dette bør vurderes i det videre arbeidet med utvikling av lavterskel-tilbudet.

Evaluering av lavterskeltiltakene blir viktig i fremtiden for å kunne dokumentere om dette er tiltak som når ønskede brukergrupper, om tiltakene fører til positive effekter i form av endring av levevaner hos deltakerne, samt om dette er samfunnsøkonomiske nyttige tiltak.

## **Utviklingsarbeid**

Sju fylker har per i dag fått økonomisk støtte fra Helsedirektoratet til å etablere og utvikle lavterskeltiltak. Stadig flere fylker bør inkluderes i utviklingsarbeidet og målet bør være å etablere lavterskeltiltak forankret i kommunehelsetjenesten i alle landets kommuner / interkommunale samarbeid.

Man bør ha en langsiktig plan på utviklingsarbeidet. Modum kommune har drevet tålmodig utvikling i over fem år. Nå ser de resultater med over 350 deltakere og gode individuelle resultater. Man bør derfor ha minst et fem års perspektiv på arbeidet med å etablere kommunale lavterskeltilbud før man evaluerer resultatene.