

løkta

interkommunal kvalitetsutviklingsenhet
for helse- og sosialtjenesten i Midt-Troms



Arbeidsgruppe

Lærings-og mestringstjenester

Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen

Innhold

1. Innledning	4
2. Om arbeidsgruppe Lærings- og mestringstjenester	5
2.1. Mandat	5
2.2. Deltagere	5
2.3. Prosess	6
3. Oppsummert anbefaling	7
4. Bakgrunn	9
4.1. Sentrale begreper – læring og mestring	9
4.1.1. Lærings- og mestringssenter	9
4.1.2. Læring	9
4.1.3. Mestring	9
4.1.4. Standard metode	9
4.1.5. Helsepedagogikk	10
4.1.6. Frisklivstilbud/Frisklivssentral	10
4.2. Dagens regulering og ny Helse-og omsorgslov	10
4.3. Samhandlingsreformen, Stortingsmelding 47	12
5. LMS i kommunal regi	14
5.1. Eksempler	14
5.1.1. Sandefjord.....	14
5.1.2. Narvik	14
5.1.3. Grenlandspakken	15
5.2. Tanker om framtidige kommunale LMS-aktiviteter i Midt-Troms	16
5.3. Grenseflater mot LMS i spesialisthelsetjenesten	18
5.4. Grenseflater mot Frisklivssentraler.....	19
5.5. Rollen til NK LMS	19
6. Mulige modeller for Midt-Troms	21
6.1. Kommunalt eller interkommunalt/regionalt	21
6.1.1. Befolkningsgrunnlag i Midt-Troms	21
6.1.2. Regionale samarbeidskonstellasjoner	21
6.1.3. Kvalifikasjonskrav for kommunale LMS-tilbud	23
6.2. Avgrensning	23
6.3. Drøfting	24
6.3.1. Kommunale løsninger	24
6.3.2. Regionale løsninger	24
6.3.3. Om lokaler og lokalisering	25
6.4. Anbefaling	26
7. Kompetansebehov	28
8. Vedlegg	30

1. Innledning

Prosjektet Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen eies av Midt-Troms regionråd og gjennomføres av LØKTA i samarbeid med Utviklingssenteret AS.

Prosjektet strekker seg over to år (februar 2010 – desember 2011) og har som hovedmål å *istandsette kommunene i Midt-Troms til å ta lokale og regionale beslutninger som øker kommunenes evne til å møte de utfordringer som danner bakteppet for Samhandlingsreformen, herunder avklare muligheter for interkommunalt samarbeid mellom Midt-Troms kommunene på områder som berøres av reformen.*

Det er nedsatt fire arbeidsgrupper i prosjektet:

- Arbeidsgruppe Forebygging
- Arbeidsgruppe Rekruttering, stabilisering og kompetansebygging
- Arbeidsgruppe Intermediære senger/sykestue
- Arbeidsgruppe Lærings- og mestringstjenester

Dette dokumentet er en resultatrapportering fra arbeidsgruppe Lærings- og mestringstjenester. Forkortelsen LMS vil i denne rapporten bety Lærings- og mestringssenter.

Rapporten er behandla av prosjektgruppa 20. juni 2011 og er godkjent av styringsgruppa 26. juni 2011. Framlagt for oppdragsgiver Midt-Troms regionråd 29. august 2011.

2. Om arbeidsgruppe Lærings- og mestringstjenester

2.1. Mandat

Arbeidsgruppas opprinnelige mandat:

Grappa skal gå gjennom innholdet i regjeringens forslag om å flytte lærings- og mestringstjenestene fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, og hvilken konkret betydning dette får for Midt-Troms kommunene.

Grappa skal fremme et eller flere forslag til hvordan Midt-Troms kommunene kan organisere lærings- og mestringstjenester i kommunal regi.

Etter en nærmere gjennomgang av høringsdokumentene fra departementet, samt interne drøftinger i arbeidsgruppa, fikk første del av mandatet endra ordlyd. Dette med bakgrunn i at intensjon til departementet nok ikke har vært å flytte alle spesialisthelsetjenestens LMS-tjenester til kommunene, men heller å se på hvilke LMS-aktiviteter det er hensiktsmessig og forsvarlig å legge på kommunalt nivå. Litt seinere i prosessen såg arbeidsgruppa behov for å tilføye et tredje punkt til mandatet, fordi det blei avdekket behov for å belyse overgangene/samarbeidsflatene mellom de to nivåene.

Arbeidsgruppas endelige mandat:

Grappa skal gå gjennom innholdet i regjeringens forslag om å etablere lærings- og mestringstjenester i kommunene, og hvilken konkret betydning dette får for Midt-Troms kommunene.

Grappa skal fremme et eller flere forslag til hvordan Midt-Troms kommunene kan organisere lærings- og mestringstjenester i kommunal regi.

Grappa skal i sitt arbeid forsøke å belyse grensegangene mellom de etablerte LMS i spesialisthelsetjenesten og de nye LMS-tjenestene i regi av primærhelsetjenesten.

2.2. Deltagere

Deltagerne i arbeidsgruppa har vært:

Hanne Ness Eidsvik: daglig leder for Distriktsmedisinsk Senter Midt-Troms

Inger Berit Stene: rådgiver i Mental Helse Nord-Norge

Helga Jørgensen: leder i fylkesstyret for LUPE Midt-Troms (Landsforeningen for Utviklingshemmede og Pårørende), landsstyremedlem i LUPE

Tone Nøren: leder ved Lærings- og mestringssenteret ved UNN HF

Inger Linaker: prosjektleder for videre utvikling av interkommunalt samarbeid knytta til IK legevakt for Bardu, Målselv, Salangen og Lavangen

Jostein Jenssen: rådgiver/faglig ansvarlig for PLO-tjenesten i Lenvik kommune, og prosjektleder for prosjektet Lenvik som regional motor i Samhandlingsreformen

Anita Strøm: spesialrådgiver ved Nasjonalt Kompetansesenter for Læring og Mestring (NK LMS) ved Oslo Universitetssykehus HF, Aker

Ann Kristin Evenstad: leder for Rehabiliteringsenheten i Sørreisa kommune

Ingvild Haugli Endresen: leder for NAV Lenvik

Gruppeleder har vært **Heidi Gløtta Kristiansen:** daglig leder for LØKTA, prosjektansvarlig for *Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen*.

Sekretær for arbeidsgruppa har vært **Linda Lien:** seniorrådgiver ved Utviklingssenteret AS, prosjektleder for *Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen*.

Inger Berit Stene gikk i løpet av arbeidsgruppeprosessen over i annen jobb, og trådte dermed ut av gruppa. Hun har imidlertid fått mulighet til å komme med innspill til gruppas arbeid gjennom korrespondanse med prosjektledelsen.

2.3. Prosess

Gruppa har i perioden 24. nov 2010 til 20. mai 2011 gjennomført tre halvdagsmøter på Finnsnes og ett heildagsmøte i Tromsø. Gruppa har i disse møtene gjennomgått følgende tema og problemstillinger:

- Lærings- og mestringstjenester – forståelse av sentrale begreper
- Hva finner vi om lærings- og mestringstjenester i St.meld.nr. 47 og foreliggende høringsdokumenter til nytt lovverk og ny nasjonal helse- og omsorgsplan?
- LMS-enheter i kommunal/interkommunal regi – hva finnes?
- Mulige modeller og løsninger i Midt-Troms, for organisering av LMS-tjenester i kommunal regi
- Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring – en framtidig samarbeidspartner også for kommunene?
- Frivillig sektor som redskap og samhandlingspartner i kommunenes nye rolle som LMS-aktør
- Kompetansebehov knyttet til LMS-tjenester i kommunal regi

Gruppa har underveis også brukt tid på å sette seg inn i status for regjeringens progresjon i arbeidet med Samhandlingsreformen, samt engasjert seg i høring på forslag til ny helse- og omsorgslov, ny folkehelselov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan. Gruppesekretær har underveis hatt dialog med Helse- og omsorgsdepartementet for avklaring av spørsmål knyttet til framtidige juridiske rammer for kommunale LMS-tilbud. Gruppesekretær Linda Lien og gruppedeltager Anita Strøm har i tillegg deltatt på et dialogmøte 21.06.11 i regi av helsedirektoratet, knyttet til kommunale LMS-tilbud og frisklivssentraler.

3. Oppsummert anbefaling

Arbeidsgruppa anbefaler at kommunene i regionen ser på ansvaret for å yte lærings- og mestringstiltak, i et interkommunalt/regionalt perspektiv. Gruppa anbefaler at det etableres en felles samordningsenhet for lærings- og mestringsaktiviteter i regi av primærhelsetjenesten i Midt-Troms.

Gruppa mener at den interkommunale kvalitetsutviklingsenheten LØKTA er bærer av de kvaliteter som kreves for å starte opp samordningen av LMS-tiltak i kommunal regi. I tillegg er LØKTA er forankret i hele regionen. Gruppa ser for seg en pilot med LØKTA som samordner og koordinator, og de helsefaglige miljøene ved DMSene på Finnsnes og Setermoen som nære samarbeidspartnere, hvor man gjennom utprøving kommer fram til en hensiktsmessig organisering av den faktiske lærings- og mestringsaktiviteten i Midt-Troms kommunene. Det bør rekrutteres en stilling inn i LØKTA med ballast på feltet og det bør vurderes om der fins andre funksjoner knyttet til kommunenes samarbeid mot brukersiden og frivillig sektor, som kan inkluderes i denne samordningsfunksjonen.

Arbeidsgruppa mener at LØKTA gjennom sin samordningsfunksjon blant annet skal:

- bygge regional kompetanse innenfor helsepedagogikk og standard metode for pasient og pårørende opplæring
- etablere et nært samarbeid med DMSene i regionen, for sammen å initiere, planlegge, markedsføre, gjennomføre og evaluere pasient- og pårørendeopplæring i Midt-Troms kommunene, i tråd med krav i den nye helse- og omsorgsloven
- være en informasjons- og samhandlingsarena for regionens pasienter/brukere, pårørende og deres organisasjoner
- etablere samarbeid og initiere samhandling med
 - UNN LMS og Nasjonalt kompetansesenter for LMS
 - legetjeneste, helsestasjoner og koordinerende enheter for rehabilitering i hver enkelt kommune
 - folkehelsekoordinatorer, frisklivssentraler og frivillighetssentraler i regionen

Arbeidsgruppa ser for seg at daglig leder i LØKTA, i samarbeid med regionrådssekretær og ansvarlig ledelse ved begge DMSene, så snart som mulig kan legge fram en konkret plan for overnevnte satsing, både med hensyn til framdrift og prosjektfinsiering av piloten. Rapporten fra denne arbeidsgruppa samt vedtak fra regionrådet i saken (med etterfølgende vedtak fra alle kommunestyrer) kan brukes som et grunnlag for å søke finansiering.

Kommunale LMS-tilbud og kommunale Frisklivssentraler med frisklivstilbud vil ha flytende grenseflater. Arbeidsgruppa vil gå for at man fortsetter å arbeide med den strukturen som regionen har på Frisklivssiden, ved å stimulere flere kommuner til å etablere frisklivstilbud og videreutvikle de allerede etablerte. Samtidig vil det bli viktig å følge utviklingen på feltet videre, og se til at samordning og samarbeid mellom Friskliv og LMS etableres der hvor det vil være til fordel for pasienter, brukere og pårørende i regionen.

Arbeidsgruppa vil for øvrig uttrykke bekymring for manglende samsvar mellom den forespeila satsing på lærings- og mestringstjenester på kommunalt nivå, og de rammer som regjeringen har lagt for samhandlingsreformen, juridisk og økonomisk. En god og hensiktsmessig utvikling på dette området burde i større grad vært gjenspeilet konkret gjennom ny helselovgivning og gjennom statsbudsjettet.

4. Bakgrunn

4.1. Sentrale begreper – læring og mestring

(Begrepsavklaringene er innhentet/utført med bakgrunn i presentasjoner og drøftinger i arbeidsgruppa, UNN LMS ved Tone Nøren, NK LMS ved Anita Strøm og www.mestring.no, helsedirektoratet samt wikipedia)

4.1.1. Lærings- og mestringssenter

Et Lærings- og mestringssenter (LMS) er et senter i regi av spesialisthelsetjenesten, hvor en av hovedoppgavene er gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende. LMS regnes som et nødvendig supplement til medisinsk behandling og har som mål at pasienter og deres familie og venner skal få utvidet innsikt om egen situasjon og bli styrket i sin mestring av hverdagen. I dag er det etablert LMS ved de fleste sykehus.

I helseregion Nord er det 11 LMS knyttet til spesialisthelsetjenesten. Vi i Midt-Troms forholder oss i stor grad til LMS ved Universitetssykehuset Nord-Norge. LMS UNN sorterer under Rehabiliteringsklinikken ved UNN HF og består av LMS-avdelinger ved sykehusene i Tromsø, Harstad og Narvik. LMS UNN har leder og 4 fagkonsulenter i tillegg til sekretærtjenester. De ansatte har kompetanse innen pedagogisk veiledning og gruppeprosesser.

Ved Oslo Universitetssykehus HF, Aker sykehus, er det etablert et Nasjonalt kompetansesenter for Lærings- og mestringstjenester.

I de senere år har det vært etablert flere prøveprosjekter med kommunale Lærings- og mestringssenter. Samhandlingsreformen legger opp til at kommunene skal etablere LMS-tilbud, som et ledd i sitt arbeid med tidlig intervensjon og et bredt forebyggende helsearbeid.

4.1.2. Læring

Læring kan være både en individuell, personlig kunnskapsutvikling, men også en sosial kollektiv prosess. I denne sammenheng brukes læring etter definisjonen "relativt varige endringer i kunnskaper, egenskaper og holdninger som er et resultat av erfaringer, men som ikke kan tilbakeføres til forbigående tilstandsendringer, modning, tretthet eller medfødte tendenser til handling". I LMS fokuseres det på læring gjennom gruppeprosesser, dialog og erfaringsdeling.

4.1.3. Mestring

Mestring dreier seg i stor grad om opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Kronisk sykdom kan sette evnen til å mestre på en stor prøve. Aktiv og god mestring kan hjelpe pasienter og pårørende til å tilpasse seg en ny virkelighet, og sette de i stand til å se forskjellen på det de kan leve med, og det de selv kan være med på å endre.

4.1.4. Standard metode

Standard metode er navnet på arbeidsmåten/arbeidsmetoden som er utviklet spesielt for å drive LMS-tilbud og for å kvalitetsutvikle gruppebaserte læringstilbud i regi av LMS. Grunnfundamentet i metoden er et likeverdig samarbeid mellom erfarne brukere (pasienter og pårørende) og fagpersoner med ulik fagbakgrunn. Arbeidsmåten er basert på dialog og deling av erfaring og kunnskap, hvor brukerkunnskap og fagkunnskap sidestilles. Standard metode brukes gjennom hele forløpet, både i planlegging, gjennomføring og evaluering av LMS-tilbud.

4.1.5. Helsepedagogikk

Helsepedagogikk handler om samhandlingen mellom helsevesen og brukere. Ordet brukes vanligvis som en benevnelse for hvordan helsepersonell bør samspille med pasienter og pårørende, spesielt i habiliterings- og rehabiliteringsarbeid, med vekt på helsepersonell som veiledere for egenmestring, dvs å styrke folks egne krefter. Kompetanse innen helsepedagogikk er en forutsetning for gode LMS-tjenester.

4.1.6. Frisklivstilbud/Frisklivssentral

Frisklivstilbud kan defineres som individ- og grupperettede tiltak for å fremme god helseatferd og sikre sosiale fellesskap. En Frisklivssentral er et kommunalt kompetansesenter for veiledning og oppfølging primært innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen har et strukturert henvisnings- og oppfølgingsystem for personer med behov for å endre helseatferd. Sentralen kan i tillegg fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen. Grenseflatene mellom Frisklivstilbud og de nye kommunale LMS-tilbudene er overlappende. (def. fra helsedirektoratets veileder).

4.2. Dagens regulering og ny Helse-og omsorgslov

Opplæring av pasienter og pårørende er regulert i Spesialisthelsetjenesteloven som en av sykehusenes fire kjerneoppgaver.

Kommunene har i dag ikke den samme tydelige reguleringen av sitt ansvar for å drive opplæring av pasienter og pårørende. I dagens sosialtjenestelov er kommune pålagt å tilby *praktisk bistand og opplæring til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.*

Pasientperspektivet den nye helse- og omsorgsloven som trer i kraft ved årsskiftet, er i stor grad identisk med pasientperspektivet som Wisløff-utvalget la fram i 2005. Tiltakene er fokusert rundt brukermedvirkning på individ- og systemnivå, individuell plan og pasientopplæring. I den nye helse-og omsorgsloven er pasientperspektivet gjenspeilet ved at *tilrettelegging for mestring* konkret er tatt inn i formålsparagrafen. I lovforarbeidene konkretiseres kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, og her nevnes både LMS-aktiviteter og frisklivstilbud. Departementet skriver i sitt høringsnotat at LMS med fordel også kan etableres på et lavere nivå enn spesialisthelsetjenesten. Det nevnes videre eksempler på LMS-tilbud som er tenkt utført i kommunal regi, og den kommunale fordelen med å være nær/kunne samarbeide med frivillige organisasjoner trekkes fram. En samlet helse- og omsorgskomite har i sin innstilling til Stortinget

understreket at oppretting av Frisklivstilbud i kommunene er en viktig og ønsket utvikling som må ses i sammenheng med etablering av lokalmedisinske sentre og kommunale/interkommunale lærings- og mestringstilbud

I den nye helse- og omsorgsloven er pasient- og pårørendeopplæring hjemlet som kommunens ansvar for å yte personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt. Den tidligere foreslåtte paragrafen som gikk på kommunens ansvar for pasient-, bruker- og pårørende opplæring, er tatt ut i det lovforlaget som nå er vedtatt i Stortinget. Arbeidsgruppa tolker dette som en utydeliggjøring av kommunenes ansvar for å tilby LMS-tjenester.

Midt-Troms regionråd har i høringsrunden til helse- og omsorgsloven påpekt at dette med systematiserte, gruppebaserte opplæringstilbud for pasienter og pårørende, må tolkes som en ny plikt for kommunene.

(Klippet fra Prop. 91 L 15.5.14.2 Høringsinstansenes syn)

Midt-Troms regionråd uttaler:

«Selv om dagens sosialtjenestelov § 4-2 bokstav a) jfr § 4-3 beskriver retten til praktisk bistand og opplæring for de med særlige hjelpebehov, mener Midt-Troms regionråd at det nye forslaget innebærer en ny plikt for kommunene. Både fordi de nevnte tjenester lærings- og mestringseenhet og ambulerende team må tolkes å gå utover dagens avgrensning (som er opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål) og langt inn i helsetjenestens informasjons- og opplæringsarbeid, ift mestring av egen sykdom, medisiner og egenbehandling. Det har etter vår erfaring ikke vært vanlig praksis å drive systematisk og grupperetta virksomhet, slik som organiserte lærings- og mestringstjenester og arbeid gjennom ambulerende team, med hjemmel i sosialtjenestelovens kapittel 4.»

Departementet er ikke enig og mener at den nye lovhjemlingen er en videreføring av gjeldende rett på sosialtjenesteområdet. Dep mener videre at selv om ikke kommunehelsetjenesteloven inneholder noen særskilt plikt for kommunene til å gi pasientopplæring, så vil det i mange tilfeller følge av forsvarlighetsplikten etter helsepersonelloven, at man må gi nødvendig pasientopplæring. De antar således at bestemmelsen i praksis ikke vil innebære nye plikter for kommunene.

Kommunene har her ikke nådd fram med argumentasjon om at organiserte lærings- og mestringstilbud er en ny plikt for kommunene. Dette innebærer beklageligvis en styrket forventning om at kommunene skal løse disse nye, både spennende og krevende utfordringene, innenfor gjeldende systemer og rammer.

Arbeidsgruppas usikkerhet rundt fjerningen av den særskilte reguleringen av pasient- og pårørendeopplæring, som var foreslått i lovutkastet til ny helse- og omsorgslov, er presentert for helse- og omsorgsdepartementet. Departementet har gitt følgende svar:

Av høringsnotatet fremgikk at § 3-6 la opp til en videreføring av gjeldende rett. Kommunene skulle altså på dette området ikke pålegges noen nye oppgaver på dette feltet i forhold til i dag, samtidig som kommunene fremdeles skal ha det ansvaret for opplæring som følger av gjeldende rett.

Både Midt-Troms regionråd og FRAMBU – Senter for sjeldne funksjonshemninger reiste spørsmål om hva som egentlig lå i bestemmelsen, og om departementet i realiteten påla kommunene et utvidet ansvar. Under forutsetning av at en her skulle videreføre gjeldende rett reiste Statens Helsetilsyn spørsmålet om § 3-6 i det hele tatt hadde noen selvstendig betydning i og med at dette vil falle inn under § 3-2.

Kommunene er selvstendige rettssubjekter som bare kan pålegges oppgaver gjennom lov eller i medhold av lov. Departementet fant det derfor uheldig å komme med en bestemmelse som kunne tolkes som en utvidelse av kommunens ansvarsområde når dette ikke er tilsiktet og kommunene derfor heller ikke får økonomisk kompensasjon for et slikt utvidet ansvar. Man valgte derfor i proposisjonen å understreke at det ansvaret kommunene har på dette område i dag videreføres, og denne videreføringen ble gjort på samme retts tekniske måte som etter gjeldende rett.

Svaret fra departementet oppklarer en del av arbeidsgruppas forvirring rundt det faktum at forarbeidene presenterer LMS i kommunene som et eksempel på en ny og kompetansekrevene funksjon i den nye kommunerollen, mens den nye helse- og omsorgsloven bare omhandler den "gamle" opplæringsplikten vi har på individnivå. Den konkrete reguleringen som først var foreslått er fjernet fordi departementet ikke ønsket å gi inntrykk av at LMS er noe nytt som kommunene har fått ansvaret for.

Arbeidsgruppa hadde gjennom sitt arbeid med St.Meld. nr. 47 og forslagene til ny helselovgivning og ny nasjonal helse- og omsorgsplan, oppfattet det slik at pasienter og pårørende i den nye helse- og omsorgsloven skulle få et rettskrav på LMS-tjenester også i første linje, i kommunene. Men situasjonen blir egentlig slik at ingen brukere eller pasienter kan kreve å få pasient-, bruker eller pårørendeopplæring i kommunen, etter den modell som i dag drives i spesialisthelsetjenesten (systematiserte LMS-tiltak bygd opp etter såkalt standard metode), så lenge kommunene har gitt god og forsvarlig individuell opplæring gjennom fastlegen, personell i hjemmetjenesten eller annet helsepersonell.

Arbeidsgruppa mener at dette håndgrepet toner ned det kommunale ansvaret for å opprette og drive LMS-aktiviteter, og begrenser trykket på å få igangsatt systematisert pasient- og pårørendeopplæring i første linje. Dette samtidig som lovforarbeidene og den nye Nasjonale helse- og omsorgsplanen er tydelige på at en satsing/styrking er både nødvendig, hensiktsmessig og ønsket.

4.3. Samhandlingsreformen, Stortingsmelding 47

Regjeringen beskriver en ny kommunerolle i Stortingsmelding 47, om Samhandlingsreformen. Blant de aktuelle framtidige oppgaver som regjeringen tenker å legge i den nye kommunerollen, finner vi kommunale LMS nevnt som et eksempel på nye kompetansekrevene funksjoner. Hensikten er forebygging og tidlig intervensjon – tidlig i livet eller tidlig i sykdomsutviklingen. Det framheves at kommunene kan operere breiere og over lengre tid enn spesialisthelsetjenesten. Linken og nærheten til frivillige organisasjoner og lokale aktører framheves som en stor fordel.

Oppgavene til kommunale LMS beskrives å kunne være *kurstilbud og selvhjelpsgrupper for ulike brukergrupper eller fagpersonell, for eksempel mestringskurs, innføringskurs for likemenn/veiledere og oppfølgingskurs*. Det nevnes eksempler på hvilke typer LMS-tilbud som kan være aktuelle å etablere i kommunene. Her framheves store diagnosegrupper, samt diagnoseuavhengige læretilbud. Det sies at i det videre arbeidet med reformen skal departementet vurdere nærmere *...hvilke LMS-tilbud som kan overføres til kommunene*. I dette ligger at man ikke påregner at alle LMS-tjenester skal overføres til kommunene, men at spesialisthelsetjenesten og kommunene optimalt sett skal ha tilbud som utfyller hverandre.

Stortingsmeldinga fastslår at en viktig forutsetning for plasseringen av lærings- og mestringsoppgaver i kommunene, både hva gjelder valg av oppgaver og eventuell innretning av tjenestene, er at det fremdeles må være nødvendig tilgang til relevant kompetanse fra spesialisthelsetjenesten.

I forbindelse med Stortingsmeldinga er det gjort et anslag på hvilken befolkningsmengde som vil kreves for å utvikle et forsvarlig LMS-tilbud i kommunal regi, og man snakker her om 20 000 til 40 000 innbyggere. Dette må tolkes som retningsgivende og ikke eksakt.

5. LMS i kommunal regi

5.1. Eksempler

Arbeidsgruppa har sett litt nærmere på et par-tre eksempler på lærings- og mestringstilbud i kommunal regi, som enten er etablert eller er under etablering. Dette for å samle innspill og gode ideer. Men også for å se på formål og eventuelle forskjeller til spesialisthelsetjenestens LMSer.

5.1.1. Sandefjord

Sandefjord er det første kommunale LMS som blei oppretta. Startet i 2004 som et 2-årig prosjekt med 1 kommunalt lønnet prosjektleder. Målet ved oppstarten var:

å være et aldersuavhengig lavterskeltilbud til personer med langvarig eller kronisk funksjonsnedsettelse. Brukernes behov skal stå i fokus og målet er å oppnå et mest mulig selvstendig liv. Fokus rettes spesielt mot barn og unge. LMS skal ha en støttende, forebyggende og utviklende funksjon og tilstrebe en dreining av oppmerksomheten fra sykелighet til utviklingsmulighet. Senteret skal ivareta kommunens opplysningsplikt og friskvern. Det skal være et samarbeidsverksted og tilby brukerne en koordinert tiltakskjede for å oppnå et mest mulig selvstendig liv.

I dag er formålet til Sandefjord LMS delt i to:

Formålet for brukere, deres familie og venner er å få utvidet innsikt i egen situasjon samt å bli styrket i egen mestring av hverdagen.

Formålet for helsepersonell er å øke kunnskap om hva som fremmer læring og mestring, og hva som bidrar til økt brukermedvirkning og myndiggjøring.

Likemannsarbeidet til brukerorganisasjonene i Sandefjord er knyttet til LMS Sandefjord. Her driver de organisert informasjons- og veiledningstjeneste, har medlemsmøtene sine og kjører kurs for likemenn.

Arbeidsgruppa syntes at dimensjonen med likemannsarbeidet ved Sandefjord LMS var interessant, og den måten som veilednings- og informasjonsarbeidet drives, ved at ulike organisasjoner har "treffetid" på LMSet til faste tider på faste dager. Arbeidsgruppa gjorde seg også kjent med en Sintef-evaluering av Sandefjord LMS fra 2007.

Det er et inntrykk i arbeidsgruppa at opprinnelig mål for Sandefjord DMS, går noe breiere og lengre enn LMSene i spesialisthelsetjenesten. Målet inkluderer å ivareta kommunens opplysningsplikt og friskvern. I denne forbindelse diskuterte arbeidsgruppa også grensegangene og treffpunktene mellom Sandefjord kommunes LMS og deres Frisklivssentral. Her er det både en del felles mål og tiltak, og helt ulike mål og tiltak. Viktig å tydeliggjøre roller og ansvar men også samtidig se helheten og spille på hverandre.

5.1.2. Narvik

Narvik LMS er et 2-årig prosjekt fra 2010 – 2012, finansiert av Helsedirektoratet og Narvik Kommune, hvor hovedmålet er å etablere grunnstrukturene for et kommunalt lærings- og mestringssenter, prøve dette ut og forankre det i kommunens videre planer. Første del av prosjektet er nå i gang, og har to definerte hovedaktiviteter i inneværende halvår:

- Kartlegging, planlegging og gjennomføring av tre LMS-tilbud i kommunal regi
- Etablering av nettportal på kommunens hjemmeside

Narvik definerer sitt LMS på følgende måte:

Et kommunalt LMS er en del av kommunens helsetjeneste. LMS har særlig fokus på forebygging, tidlig intervensjon og tilbud som bidrar til bedre pasientforløp. LMS skal kunne bistå alle kommunens helse-, omsorg- og sosialtjenester i å utvikle LMS-tilbud. Kommunalt LMS skal bidra i folkehelsearbeidet i kommunen ved å fokusere på det som er helsefremmende og sykdomsforebyggende. Fokuset er livssituasjon og mestring av egen helse.

Arbeidsgruppa har sett gjennom prosjektplanen for oppstarten i Narvik, og har latt seg imponere av den ambisiøse handlingsplanen for inneværende halvår. Men samtidig som det kan stilles spørsmålsteget ved om det går an å få kartlagt behov, planlagt og gjennomført LMS-tiltak av god kvalitet på såpass kort tid, er det viktig for vår prosess i Midt-Troms at vi følger med på kommuner som hiver seg utti det og prøver ut løsninger. Det gjøres helt sikkert mange viktige erkjennelser og erfaringer underveis, som vi kan dra nytte av når vi nå skal i gang med noenlunde samme prosess. Gruppa stilte seg for øvrig noe undrende til at samarbeid, kontakt og samhandling med spesialisthelsetjenesten, ikke synes å være sentralt i Narvik-prosjektet, verken i prosjektets styringsstruktur eller i beskrivelsen av aktiviteter. Dette må oppfattes som en mulig svakhet med prosjektet.

På samme måte som Sandefjord, går Narviks definisjon av et kommunalt LMS breiere ut enn sykehusenes LMS. Narvik går enda lengre, inn i folkehelsearbeidet, inkluderer forebyggende helsearbeid i et bredt spekter, med helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Gruppa konkluderte med at dette antageligvis er en naturlig og vanlig trend for kommunale satsinger på LMS. Dette med bakgrunn i at kommunene både skal og kan være brei i sin tilnærming til pasienter og brukere, på en helt annen måte enn spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det en utfordring at de kommunale satsingene på LMS-tiltak, mestring og systematisert pasient- og pårørendeopplæring, krever fokus, oppmerksomhet og prioritering, dersom det skal bli kvalitativt godt. Det kan være en utfordring å klare å holde dette fokuset, å bli god på lærings- og mestringsdelen, dersom formålene med kommunale LMS-satsinger blir altfor breie og skal romme det meste innenfor folkehelse og forebygging.

5.1.3. Grenlandspakken

Grenlandspakken er et spennende prosjekt mellom Grenlandskommunene og sykehuset Telemark, hvor blant annet styrking av læring, mestring og forebyggende innsats står sentralt. Utgangspunktet for deres arbeid i 2009 – 2010 var å se nærmere på hensiktsmessigheten av å etablere et lærings- og mestringssenter i fellesskap mellom kommunene Skien, Porsgrunn og sykehuset Telemark HF. Resultatet har så langt vært at aktørene er utvida til alle seks Grenlandskommunene, og at det nå er igangsatt en konkret arbeidsprosess knytta til et breiere og mer omfattende samarbeid rundt LMS, forebyggende arbeid og "enkel" rehabilitering samt tilbudet til pasienter som er i såkalt arbeidsrettet

rehabilitering. Inneværende prosess har fått til mandat å blant annet se på de overnevnte tilbud og vurdere

- hva som bør være tilgjengelig i alle enkeltkommunene,
- hva som bør være tilgjengelig gjennom et samarbeid mellom flere kommuner, og
- hva som best kan løses gjennom et samarbeid mellom kommunene og sykehuset

Det beskrevne arbeidet skal være ferdig i november 2011.

Arbeidsgruppa har sett nærmere på bakgrunn, premisser og mandat knytta til arbeidet med LMS og forebygging i Grenlandspakken. Arbeidet som er igangsatt der nede, reiser mange av de samme problemstillinger som arbeidsgruppa i Midt-Troms synes er interessant, knyttet til grenseflatene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg til at man her – som i de andre to eksemplene – ser kommunale LMS-tjenester i nær sammenheng med det generelle forebyggende helsearbeidet i kommunen, går man også videre i forhold til å inkludere det de kaller enkel rehabilitering og arbeidsretta rehabilitering. Dette er interessant, og synliggjør at kommunene tenker praktisk og målretta.

5.2. Tanker om framtidige kommunale LMS-aktiviteter i Midt-Troms

Med bakgrunn i drøftinger og diskusjoner rundt eksemplene fra Sandefjord, Narvik og Grenland, har arbeidsgruppa gjort seg en del ideelle og prinsipielle tanker rundt framtidige LMS-tjenester i Midt-Troms.

- Utgangspunktet bør være at sjøl om det er behov for organisatoriske modeller, bør det ikke bli slik at pasient- og pårørendeopplæring i kommunene øremerkes avgrensede enheter som LMS – dersom en organisasjon har et lovpålagt ansvar for pasient- og pårørendeopplæring, bør dette gjennomsyre organisasjonen.
- Det anses som svært viktig at pasient- og pårørendeopplæring i kommunal regi tilbys nært, av flere årsaker. Den viktigste årsaken er at nærhet til tilbudet gir lettere tilgang og på den måten senker terskelen for å delta. Men dette har også noe med kostnader og ressursbruk å gjøre, både for de som skal tilby slik opplæring og de som skal benytte seg av den. LMS i kommunene vil være i en annen fase, i en fase hvor pasientene skal leve hjemme i hverdagen. Dette er også et argument for at tiltak bør legges så nært brukerne som mulig. I noen tilfeller vil det med bakgrunn i fasilitering eller av andre praktiske årsaker være naturlig å legge slike tiltak til eks. DMSene mens i andre sammenhenger bør det etterstrebtes å legge ut tiltak der hvor pasienter og brukere bor. Ideene rundt ambulerende team og erfaringen med kompetansebygging gjennom utreisevirksomhet bør bygges videre på.
- Sjøl om tiltakene bør legges så nært brukerne som mulig, må det på den andre siden taes hensyn til at tilbudene ikke blir for små. For brukerne er det viktig med bredde, dvs. at man vil gjerne møte flere ulike brukere i lignende situasjon/med lignende utfordringer. Noen vil være kommet langt, mens andre er i startfasen. Det vil være ulike erfaringer og ulike løsninger, og dermed noe å lære.

- Verdien av likemannsarbeid bør være kjent og stå sentralt i kommunale LMS-satsinger. Helt i starten, når alvorlig sykdom inntreffer eller et barn eksempelvis blir født med en funksjonshemming, vil det for mange være avgjørende og til stor hjelp å få treffe likemenn, dvs. noen som er i samme situasjon. Gjerne noen som er kommet et stykke på vei. Likemenn/andre i samme situasjon vil kunne nå inn der hvor helsepersonellet kommer til kort.
- Fra et rettighetsperspektiv og arbeidsgiverperspektiv er det vesentlig at kommunen sikrer at gode kurs og grunnleggende opplæring til pasienter og pårørende er gjenstand for en godkjenning som igjen gir muligheter for dekning gjennom NAV-systemet. Man kan i denne sammenheng også stille spørsmål ved om arbeidsgivere (herunder også kommunen som arbeidsgiver) er godt nok oppdatert om rettighetene til de ansatte, når det eksempelvis gjelder opplæring og tilrettelegging ved kronisk sykdom hos en sjøl eller alvorlig syke/funksjonshemmede barn. Her må kommunale LMS gjennom sitt virke forsøke å forebygge at det blir skjæring mellom pasient/pårørende, arbeidsgiver og NAV.
- LMS-tjenester er vanligvis nært knyttet til diagnoser. En del tilbud og tiltak er diagnoseuavhengig men dette er ikke mange. Grappa kom inn på behovet for opplæring og veiledning forut for diagnose, altså ved mistanke om at en person vil kunne havne i et forløp som vil kunne ende i en diagnose. Risikogrupper eller potensielle pasienter. Arbeidsgruppa er sterkt tilhenger av at kommunale LMS-aktiviteter også bør ha risikogrupper på agendaen. Det breie folkehelsearbeidet er svært viktig men enkelte risikopasienter bør konkret fanges opp og tilbys opplæring. Dette gjøres i småskala allerede i dag, eksvis. kurs gjennom helsestasjon for foreldre til overvektige barn. Det er imidlertid en STOR utfordring i det å få folk til å benytte seg av slike opplæringstiltak, dersom de "bare" er i risikogruppen. Det er ikke et ukjent fenomen at de som trenger det mest, ikke tar i på åpne, generelle opplærings- og veiledningstilbud. Gruppen hadde en interessant diskusjon om hvordan man som helsetjeneste eller helsepersonell formidler informasjon om forebyggende tiltak til folk som står i fare for å utvikle sykdom. Spesielt er dette vanskelig dersom folk er i risikogruppen grunnet livsførsel, eks at de røyker, overspiser eller lever usunt. I mange tilfeller kan løsningen være å tilby opplæring som er basert på noen av de samme prinsipper som standard metode, og formidling som bærer preg av brukermedvirkning fra tidlig fase. Formidling gjennom likemenn kan ha større effekt og gjennomslagskraft enn formidling gjennom helsepersonell, lærere eller andre som oppfattes som autoriteter. Det er eksempelvis svært forståelig at enkelte foreldre med overvektige barn vil stille seg mer positive til kostholdsopplæring, dersom de får tilbud om en opplæringsgruppe med andre foreldre i samme situasjon, og ikke føler seg mislykket i en gruppe hvor en ernæringseksperter formidler råd og veiledning ovenfra og ned til en forsamling hvor alle tilsynelatende har normalvektige barn. Mens andre foreldre til tynne unger vil foretrekke nettopp å delta på et generelt tilbud for alle, for på den måten å ikke føle seg stigmatisert eller satt i boks.
- Pårørendeopplæring må tilbys bredt, eksempelvis bør det etterstrebes og legges til rette (både trygdemessig og praktisk) for at begge foreldrene skal delta, i tilfeller hvor pasienten er et alvorlig sykt eller funksjonshemmet barn.
- Grappa er for øvrig enig i at det er to forhold som regulerer kommunenes framtidige satsing på LMS-tiltak; lovgivning og økonomi. Hvis begge to er svekket, blir utfordringene store når man skal selge dette inn politisk, lokalt eller regionalt. Her må man kanskje se på mulighetene for å legge andre funksjoner enn bare de tradisjonelle LMS-tiltakene i en framtidig LMS-enhet for Midt-Troms. Andre funksjoner rettet mot brukersiden, eks kravet

om organisering av kommunale brukerutvalg og et sterkere og mer organisert samarbeid med frivillig sektor, kan være aktuelle eksempler. Vi må kanskje stille spørsmålet: på hvilke områder kan en brei LMS-satsing fylle lovpålagte krav/funksjoner for kommuner, eller for å si det litt direkte; heve kvaliteten og eller spare penger for kommunene. Jo flere funksjoner/argumenter, jo lettere vil det bli og lokalpolitisk selge inn organiserte satsinger på LMS i kommunal eller interkommunal regi.

- Det er svært viktig for arbeidsgruppa å få fram at intensjonen med LMS-tiltak i kommunal regi fortsatt er svært god, sjøl om området nå kan synes noe mer nedprioritert enn tidligere antatt. Dette er et viktig bakteppe for gruppas anbefalinger.

5.3. Grenseflater mot LMS i spesialisthelsetjenesten

LMS i spesialisthelsetjenesten er først og fremst sekundærforebyggende, og arbeider brukerrettet både på individnivå og på systemnivå. Pasient- og pårørendeopplæringa i spesialisthelsetjenesten er ikke komplett, dvs. den tar ikke mål av seg å imøtekomme alle opplæringsbehov hos deltagerne. Den må regnes som et slags "kick-off" for deltagerne og etter kick off er det viktig at det er et system som fanger opp og kan bistå pasientene og de pårørende videre. Her spiller kommunehelsetjenesten en større rolle. En rolle ift. det å bistå i behovet for læring og mestring i et lengre perspektiv, i et leve-med-perspektiv.

Selv om tyngden av LMS-tiltak, slik de eksisterer i dag i spesialisthelsetjenesten, betegnes som sekundærforebyggende, er det ikke dermed sagt at dette blir tilfellet for tyngden av LMS-tiltak i kommunene. Her kan vi se for oss at tiltak i kommunene vil bevege seg mer i retning primærforebygging. Lovforarbeidene trekker fram at også tertiærforebyggende arbeid har grenser opp mot både rehabilitering og pleietiltak, og opp mot lærings- og mestringstilbud. Og at i praksis kan disse grensene ofte være uklare. Kanskje spesielt i kommunale LMS.

LMS i kommunehelsetjenesten er noe annet enn LMS i spesialisthelsetjenesten. Ulike faser i rehabiliteringsforløpet til en pasient vil gi behov for ulike LMS-tjenester. Her kan og må kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten utfylle hverandre. En ting er hva kommunehelsetjenesten eventuelt kan overta av LMS-aktiviteter som i dag gjennomføres i sykehusregi. En annen ting er hva kommunehelsetjenesten sjøl ser behov for å etablere av tiltak for ivareta læring og mesting hos pasienter og deres pårørende. En tredje ting er hva sykehusenes LMSer vil kunne desentralisere og gjennomføre gjennom satellitter ute, men fortsatt i spesialisthelsetjenesteregj. Med dette som bakteppe, ser arbeidsgruppa for seg at LMS-aktiviteter i noen år framover nå skal være både en 1-linjetjeneste og en 2-linjetjeneste, hvor man også vil se desentraliserte 2-linjetjenester operere parallelt og i samarbeid med kommunale tilbud, på dertil egnede arenaer. På sikt, når man ser inn i glasskula, er LMS-tjenester mer hjemmehørende i kommunehelsetjenesten enn på sykehus.

Arbeidsgruppa vil påpeke at det uansett vil være essensielt og viktig at LMS i spesialisthelsetjenesten ikke bygges ned i omfang og prioritering, før kommunehelsetjenesten har fått bygd seg opp i kunnskap, erfaring og infrastruktur på LMS-siden. Først da vil man kunne foreta en reell gjennomgang av arbeidsfordelingen mellom nivåene, på dette området.

5.4. Grenseflater mot Frisklivssentraler

Tilbud som drives i de kommunale Frisklivssentralene og tilbud som drives ved sykehusenes LMSer har flere fellestrekk. Å skille mellom Frisklivssentraler og kommunale LMSer, som ofte beveger seg langt inn på primærforebyggende side, er imidlertid mye vanskeligere.

Frisklivssentralene er et kommunalt tilbud for personer som trenger bistand til å endre levevaner. Disse sentralene har ofte tilbud til ulike grupper, og følger de opp med hensyn til mestring av egen helse, men har ikke det samme diagnosefokus som LMSene har. Det er rimelig å anta at de kommunale LMSene vil være noe breiere og ha et større fokus på funksjon istf diagnose, enn det som helseforetakene har i sine LMSer. Brukermedvirkningsperspektivet er sentralt både innen friskliv og LMS, selv om det er noe mer formalisert innen LMS og tilbudsutvikling gjennom standard metode, mens friskliv er tyngre på endringsfokuset veiledning. Lærings- og motivasjonsaspektet ved å møte likemenn er tilstede i begge tilbudene og svært ofte vil man møte de samme pasient- og brukergrupper begge steder; de store gruppene med livsstilssykdommer, andre kronikere, funksjonshemmede og eldre. Hensikten og formålene med Friskliv og LMS er også sammenfallende, hvor man i begge tilbudene ønsker å bidra til at folk i større grad ivaretar og mestrer sin egen helse og livssituasjon.

Helsedirektoratet anbefaler at alle kommuner etablerer frisklivstilbud, enten alene eller igjennom interkommunale samarbeid. Dette går også klart fram av Nasjonal Helseplan for 2011 – 2015 og Stortingets behandling av Samhandlingsreformen. Det eksisterer også egne statlige tilskuddsordninger som skal stimulere til etablering av Frisklivstilbud og Frisklivssentraler. Det vil være både nødvendig og hensiktsmessig at man i det videre arbeidet ser LMS-tilbud og Frisklivstilbud i en større sammenheng. Dette gjelder også for oss i Midt-Troms.

I Midt-Troms er det etablert to Frisklivssentraler, en i Bardu og en i Målselv. Videre er Frisklivssentral i Lenvik kommune under etablering. Arbeidsgruppa vil gå for at man fortsetter å arbeide med den strukturen som regionen har på Frisklivssiden, ved å stimulere flere kommuner til å etablere frisklivstilbud og videreutvikle de allerede etablerte. Samtidig vil det bli viktig å følge utviklingen på feltet videre, og se til at samordning og samarbeid mellom Friskliv og LMS etableres der hvor det vil være til fordel for pasienter, brukere og pårørende i regionen.

5.5. Rollen til NK LMS

NK LMS er et Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, organisert i Oslo Universitetssykehus HF, Aker sykehus, med mandat gitt av helse- og omsorgsdepartementet. Kompetansesenteret har eksistert i 10 år, og har siden oppstarten bidratt til å etablere LMS ved alle landets helseforetak. NK LMS har som overordnet mål å utvikle og styrke den faglige plattformen for opplæring av pasienter og pårørende. Dette arbeidet gjøres gjennom lærings- og mestringssentrene og spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppa har gjennomdeltagelsen til Anita Strøm fra NK LMS, fått et innblikk i hvilken rolle kompetansesenteret spiller i det store bildet. Gruppa har gått gjennom nettsiden til NK LMS www.mestring.no og de redskaper og verktøy som der er lagt ut. Gruppa har også fått

et lite innsyn i hva NK LMS driver og har drevet med av utviklingsprosjekter og større familieprosjekter. (SMIL, eksempelvis. Nyttig nettside er www.familienettet.no).

Det er nylig kommet ny forskrift som regulerer nasjonale kompetansesenter i spesialisthelsetjenesten og de tjenester som skal leveres derfra. I kraft januar 2011. Forskriften beskriver blant annet hvilke oppgaver som nasjonale kompetansesenter skal ha og legger dermed føringer på hva NK LMS skal prioritere å drive med. Forskriften har også avdekket noen uklårheter knyttet til NK LMS sin rolle, blant annet ift. forskning.

Arbeidsgruppa har diskutert NK LMS sin rolle ift. etablering av LMS tjenester i kommunene. I denne diskusjonen blei kompetansen som ligger i det nasjonale senteret framhevet som nyttig for alle som skal etablere og drive mestringsaktiviteter og tjenesteyting innafor pasientopplæring. Det er jo også sånn at LMS i spesialisthelsetjenesten og NK LMS nødvendigvis vil bli påvirket av hvilken retning/politikk som velges ved effektueringen av samhandlingsreformen, på dette feltet. Man ser for seg en arbeidsdeling mellom spesialist og primærhelsetjenesten og det er jo blant annet derfor at NK LMS og LMS i spesialisthelsetjenesten er med på utviklingsprosesser, slik som den vi nå har i Midt-Troms kommunene.

Til tross for god vilje, er det imidlertid slik at NK LMS i utgangspunktet har svært begrensede ressurser til rådighet, og sitter i dag ikke med verken mandat eller ressurser til å ivareta en formell funksjon overfor LMS i kommunehelsetjenesteregi.

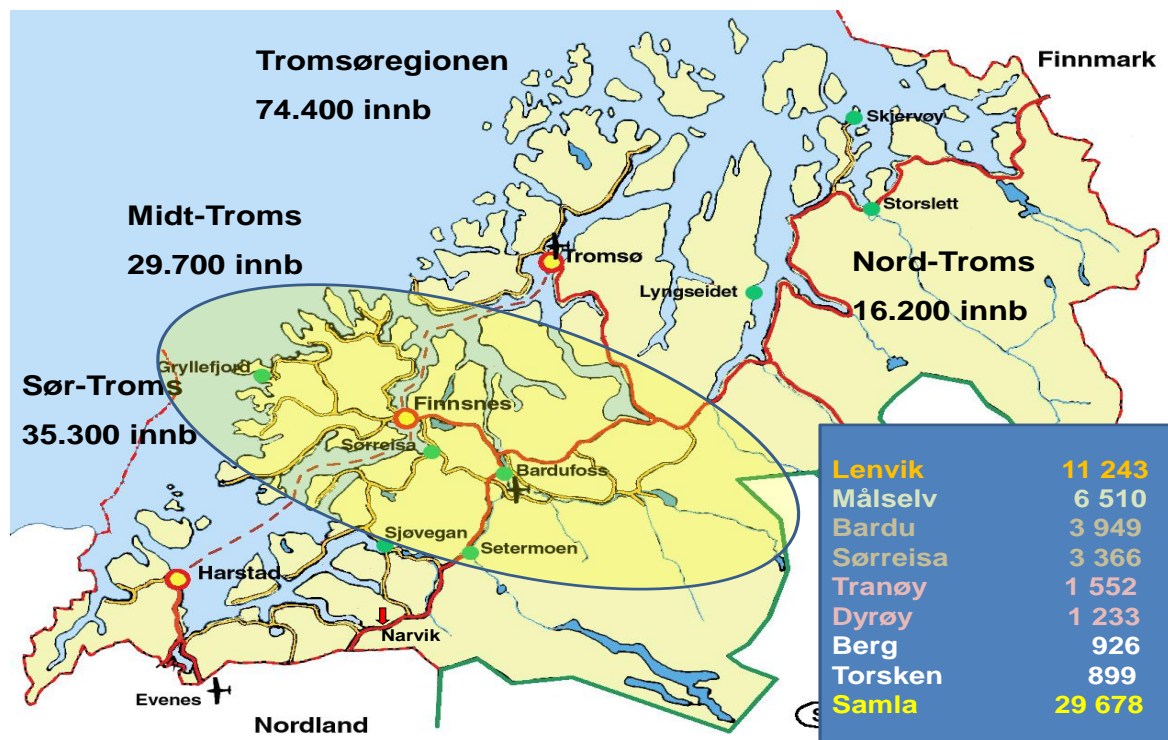
I april 2011 har NK LMS utformet en *Anbefaling vedrørende etablering og organisering av lærings- og mestrings tiltak i kommunene*. Denne anbefalingen er i sin helhet vedlagt vår rapport. I anbefalingen sier kompetansesenteret noe om hvilke premisser som må ligge til grunn for kvalitetssikring og forankring av kommunale LMS-tiltak. Her nevnes en sterk og tydelig lovhjemling, forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, gjensidig kompetanseutveksling, rammer for brukermedvirkning og bruk av Standard metode. For øvrig gir NK LMS råd og tips om verktøy og samarbeidspartnere som bør benyttes i oppbyggingen og utviklingen av kommunale LMS-tilbud. Dette er verktøy og samarbeidspartnere som vi allerede er kjent med, gjennom Anita Strøms deltagelse i vårt prosjekt.

6. Mulige modeller for Midt-Troms

6.1. Kommunalt eller interkommunalt/regionalt

6.1.1. Befolkningsgrunnlag i Midt-Troms

Midt-Troms regionen har en samla befolkning på ca 29 700 innbyggere, jfr. figur 1. Et utvida Midt-Troms, hvor også kommunene Salangen og Lavangen er med, utgjør ca 32 900 innbyggere. Salangen og Lavangen sorterer for øvrig under Sør-Troms regionen.



Figur 1

6.1.2. Regionale samarbeidskonstellasjoner

Midt-Troms regionen har et samlet geografisk areal på ca. 8630 kvadratkilometer. Avstanden fra yttersida av Senja til de innerste bygdene på innlandet kan være på opptil 200 km. Regionen er oppdelt i to legevaktsdistrikter, med to interkommunale legevaktssamarbeid som begge er lagt til hvert sitt Distriktsmedisinske Senter/Lokalmedisinske Senter (heretter

benevnes begge varianter under benevnelsen DMS, for å unngå misforståelser knyttet til LMS-forkortelsen)

- Det ene legevaktssamarbeidet er lokalisert til DMS Midt-Troms på Finnsnes og omfatter kommunene Lenvik, Sørreisa, Dyrøy og Senjakommunene Berg, Torsken og Tranøy (19 200 innbyggere)
- Det andre legevaktssamarbeidet er lokalisert til DMS Troms Militære Sykehus på Setermoen og omfatter kommunene Målselv, Bardu i tillegg til Lavangen og Salangen fra Sør-Troms regionen (13 700).

Den ordinære, kommunale legetjenesten er for øvrig organisert i hver enkelt kommune, med unntak av det interkommunale samarbeidet Senjalegen, hvor Lenvik er vertskommune for en særskilt legetjeneste som dekker Senjakommunene Berg, Torsken og Tranøy i tillegg til Lenvik sjøl. Senjalegesamarbeidet omfatter nå både fastlegetjenester, legevaktstjenester og offentlige allmennt medisinske og samfunnsmedisinske legeoppgaver.

I Midt-Troms regionen opereres det som nevnt med to institusjoner eller samarbeid som går under benevnelsen DMS:

- **Distriktsmedisinsk Senter Midt-Troms**, som ligger på Finnsnes og inneholder kommunale tjenester som korttids plasser i sykehjem, legetjeneste og fysioterapitjeneste. Interkommunal legevakt og desentraliserte spesialisthelsetjenester i form av poliklinikk med tilbud om cytostatikabehandling, ambulerende spesialister innen gynekologi og øre/nese/hals samt øvrige spesialisthelsetjenester i form av røntgen, dialyse, fødestue og områdegeriatri (sengepost, poliklinikk og områdevirksomhet). Intermediæravdeling med sengeposter for observasjon og etterbehandling er under planlegging.

De primære kommunene i nedslagsfeltet til DMS på Finnsnes er Lenvik, Sørreisa, Dyrøy, Berg, Torsken og Tranøy. Befolkningstallet her er ca. 19 200 innbyggere.

- **Distriktsmedisinsk Senter ved Troms Militære Sykehus**, som ligger på Setermoen og inneholder interkommunal legevakt, fysioterapi og øyeblikkelig hjelp sengepost. Øvrige senger knytter til etterbehandling er under planlegging. Det samme gjelder ytterligere samarbeid på det interkommunale ansvarsområdet. Av spesialisthelsetjenester tilbys det kirurgisk poliklinikk/dagkirurgi, røntgendiagnostikk, laboratorietjenester og ambulerende spesialisthelsetjenester innenfor hud, øye, gynekologi, lunge og øre/nese/hals. Forsvaret er også inne med tannklinikk og egen sykestue med legekontorer.

De primære kommunene i nedslagsfeltet til DMS på Setermoen er Målselv, Bardu, Salangen og Lavangen. Befolkningstallet her er ca. 13 700 innbyggere.

Begge DMS-samarbeidene er inne i utviklingsprosesser knyttet til samhandlingsreformen, og utreder konkret hvordan de respektive institusjoner/samarbeid kan ruste seg til å møte de utfordringer som reformen bygger på. Både hva angår større tjenestetilbud som må utvikles i samarbeid mellom kommunene, infrastruktur/bygningsmasse og ikke minst; kompetanseoppbygging.

I arbeidsgruppas drøftinger er samarbeidet knyttet til DMS på Setermoen ofte (noe upresist) benevnt som "innlandssamarbeidet" og samarbeidet ved DMS Finnsnes benevnes som "Lenvik som motor", etter navnet på det pågående utviklingsprosjektet.

LØKTA er en interkommunal enhet for kvalitetsutvikling i helse-og sosialtjenesten i Midt-Troms som eies og finansieres av alle de åtte Midt-Troms kommunene. LØKTA har eksistert siden 2005 og er organisert som et § 28-samarbeid etter kommuneloven.

Arbeidsoppgavene til LØKTA er konkret knytta til informasjonsvirksomhet (opplysning, rådgivning og veiledning) på helse-og sosialområdet, bistand eller formidling av bistand til plan og utviklingsarbeid samt nettverksbygging og interkommunale prosjekter/konkrete samarbeidstiltak. LØKTA administrer og driver i dag fem underliggende, interkommunale fagnettverk innenfor psykiatri, geriatri, psykisk utviklingshemming, lindrende behandling samt et eget nettverk for saksbehandling og dokumentasjon i PLO-tjenesten.

Benevnelsen LØKTA er symbolsk riktig i fht funksjon. Enheten skal initiere, støtte, vise vei, koordinere og samordne, men ikke ta over kvalitetsutviklingsarbeidet til kommunene. LØKTA skal heller ikke ta over kompetanse- og utdanningstiltakene i regi av utdanningsaktørene, men heller være den aktøren som kartlegger og melder inn behov, initierer til en sterkere dialog mellom utdanningsaktørene og den kommunale helse- og sosialsektoren. M.a.o. en aktiv bestiller av tiltak og tilbud, på vegne av kommunene. Videre skal LØKTA initiere til forskning og utvikling på feltet og bidra til utvikling av samhandlingskultur.

6.1.3. Kvalifikasjonskrav for kommunale LMS-tilbud

Arbeidsgruppa har arbeidet seg fram til følgende stikkordsliste for hva et kommunalt LMS-tilbud vil kreve:

- Kompetanse i helsepedagogikk og standard metode
- Arbeidsdeling, samarbeid og avtaler med LMS i spesialisthelsetjenesten
- Samarbeid med aktuelle kommunale tjenesteområder
- Tilrettelegging for og samhandling med frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner
- Kurs- og opplæringsvirksomhet for pasienter og pårørende – planlegging, markedsføring, gjennomføring og evaluering
- Informasjon og veiledning til pasienter og pårørende

Gruppa har vurdert det ovenfor nevnte som sentrale eksempler på "kvalifikasjonskrav" for den enhet/de personer som skal kunne utvikle og drive et LMS-tilbud i kommunal regi i Midt-Troms.

Gruppa har også tatt betydningen av fysiske lokaler og øremerket lokalisering, med i drøftingene, Hvor viktig er det at LMS-tiltakene er lokalisert til et spesielt fysisk senter "med skilt over døra"?

6.2. Avgrensning

Arbeidsgruppa har fått føringer, både fra regionrådet og Midt-Troms tinget, om å forholde seg til de eksisterende utviklingsprosesser knyttet til samhandlingsreformen i Midt-Troms

regionen, dvs. innlandssamarbeidet ved DMS på Setermoen og Lenvik som motor ved DMS på Finnsnes. Arbeidsgruppa har derfor ikke tatt i betraktning at det også pågår utviklingsprosesser knyttet til lærings- og mestringstjenester i Salangen kommune, med utgangspunkt i Salangen helse-rehab.

6.3. Drøfting

6.3.1. Kommunale løsninger

Ifølge departementets fortolkninger av gjeldende regelverk og ny helse-og omsorgslov, skal en framtidig satsing på LMS-aktiviteter inngå som en naturlig del av det kommunale tjenestetilbudet, (jfr. gruppas tidligere drøftinger og uenighet rundt dette i punkt 4.2). I prinsippet vil hver enkelt kommune være ansvarlig for sitt eget tjenestetilbud, og solo-kommunale løsninger må derfor taes med i diskusjonen. Gruppa har vurdert at LMS-tjenester vil kunne gå inn i det kommunale tjenestetilbudet på flere ulike måter:

- Enten som en egen virksomhet
- Eller som en fagavdeling under en virksomhet
- Eller som et spesifikt innhold/fokus som skal være tilstede i alle aktuelle virksomheter og tjenesteområder

Berørte tjenesteområder vil være PLO-tjenesten, legetjenesten, psykiatritjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, rehabiliteringstjenesten, koordinerende enhet for rehabilitering, frisklivssentraler og kanskje også kommunale frivillighetssentraler.

I forhold til småkommuneperspektivet har gruppa vurdert at alle variantene skissert under solo-kommunale løsninger i prinsippet er praktisk mulig å vedta iverksatt. Men innholdsmessig vil solo-kommunale løsninger utfordre de mindre kommunene ift tilgang på fagfolk og utvikling av et fagmiljø, med en såpass kritisk mengde pasienter/brukere innenfor hver diagnosegruppe eller målgruppe. Brukerperspektivet kommer også sterkt inn og tilsier at pasient- og pårørendeopplæring bør ha en viss størrelse for at deltagerne skal få fullt utbytte – de må faktisk få møtt en gruppe av andre mennesker i lignende situasjon, og da gjerne en såpass stor gruppe at der fins ulike løsninger/historier/erfaringer å lære av. Rent praktisk er det ingenting i veien for at pasient- og pårørendeopplæringsaktiviteter kan gjennomføres nært, ute i kommunene. Heller tvert imot, jfr gruppas vektlegging av at LMS-tiltak i kommunal regi bør ha et sterkt nærhetsaspekt. Men rekrutteringsutfordringene, behovet for et grunnleggende fagmiljø og viktigheten av å få en viss størrelse/omfang på tilbudene, tilsier en regional eller interkommunal samordning av disse aktivitetene

6.3.2. Regionale løsninger

Arbeidsgruppa vil gå for en regional løsning med bakgrunn i de svakheter som preger solo-kommunale løsninger. Befolkningsmengden i Midt-Troms tilsier også at interkommunale/regionale løsninger på LMS-oppgavene er nærliggende.

Gruppa har vurdert flere av de mest åpenbare regionale organisasjonsløsningene, skissert opp under alternativene 1 til 4.

Alternativ 1. organisert som et separat og nytt IK samarbeid

Alternativ 2. organisert under LØKTA (alle åtte kommuner)

Alternativ 3. organisert under Senjalegen (Lenvik vertskommune)

Alternativ 4. organisert under DMS-paraplyen

a) Organisert under DMS Midt-Troms, Lenvik som motor

b) Organisert under DMS innlandssamarbeidet

c) Organisert under begge, men hvor a) dekker Senja, Lenvik, Sørreisa og Dyrøy og b) dekker Målselv, Bardu, Salangen og Lavangen

Grappa har vurdert LØKTA og DMSene som de mest aktuelle utgangspunkt. Det anses som unødvendig og uhensiktsmessig å etablere en ny organisasjon for samordning av regionens LMS-tiltak, når kommunene allerede har flere interkommunale samarbeid på helsesiden. Grappa er samlet om at ingen organisasjon eller enhet i Midt-Troms i dag innehar alle de kvalifikasjoner som grappa tidligere har skissert som essensielle. Noen enheter har noen områder bedre inne enn andre, men mangler igjen andre vesentlige kvalifikasjoner. Det er ikke enkelt å si hva som er viktigst. Uansett hvilken organisasjonsform som velges, må organisasjonen/ enheten tilegne seg formell kompetanse og erfaringskompetanse på flere ulike felt.

LØKTA er forankret i alle åtte kommuner, har masse erfaring med målretta kurs- og opplæringstiltak, herunder også brukeropplæring og desentraliserte tiltak. LØKTA har også et godt kontaktnett og samarbeid ut mot frivillig sektor og brukerorganisasjoner. LØKTA har formell veiledningskompetanse og erfaring, og gode koordinerings- og samarbeidsevner. Men mangler et større fagmiljø på helsesiden. DMSene på Finnsnes og Setermoen har potensial for å utvikle større fagmiljøer på området, med sin sammenblanding av utøvende spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenester på samme sted. Men har ikke samme bredde og kontaktnett utad, mot faglig, administrativ og politisk nivå i alle kommuner, og mot frivillig sektor. DMSene kan også mye om samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Dette er viktig erfaringskunnskap, nå som LMS-tjenestene skal ytes av begge parter. Senjalegen har et helsefaglig miljø og i tillegg en driftsmodell som baserer seg på samordning av kommunenes behov og utreisevirksomhet til hver enkelt kommune/distriktskontorer. Men retter seg bare mot 4 og 6 av regionens kommuner. LMS UNN forholder seg til åtte klinikker. Et samla LMS i Midt-Troms vil måtte forholde seg til åtte kommuner.

Grappa er enig om at LØKTA er en "fiks ferdig" organisasjon som kan dette med å ivareta samordning og koordinering. Kjenner alle kommunene og har god bestillerkompetanse. LØKTA klarer å mobilisere og samle samarbeidskommunene på en måte som ikke en vertskommune alene klarer. Dette har man sett over de år som LØKTA har vært i drift. Grappa vil derfor at LØKTAs samordningsfunksjon også skal utvides til å gjelde LMS-aktivitetene i regionen. Størrelsen/geografien på regionen samt prinsippet om viktigheten av å tilby tjenester nært brukerne, tilsier at det ikke er unaturlig å tenke en oppdelt modell på utøversiden, med en base på innlandet og en base nærmere yttersida. DMSene må derfor være med i arbeidet fra første stund.

6.3.3. Om lokaler og lokalisering

LMS-tiltak kan i utgangspunktet drives hvor som helst hvor det fins egnede lokaler, men grappa har merket seg at øremerkingen av lokaler på UNN var eksempelvis viktig for

nærheten/kontakten med fagfolkene i avdelingene. Og for ikke å komme for langt bort fra sykehusets øvrige drift (først foreslått å legge UNN LMS til Elisabethsenteret, sør for bykjernen, men dette blei protestert på og endra). Men LMS må heller ikke være midt oppi pasient-behandlinga (foreslått plassert midt inni sykehuset, men dette blei også endra).

Utfordringen i spesialisthelsetjenesten har vist seg å være at LMS må være nær nok, men samtidig være annerledes og fjerne seg litt fra den ordinære pasientbehandlingen. Ellers er det viktig å tenke universell utforming av lokalene, at de er tilrettlagt for brukerne. At de kan føle seg hjemme. Små grupperom er viktig. Tilgang til treningskjøkken for spesielle pasientgrupper, cøliaki osv. Dersom noen kommer langveis fra, må man tenke på muligheter for overnatting, sjøl om dette blir mindre aktuelt når tilbudene kommer nærmere der pasientene bor. UNN er nå også opptatt av å tenke utenfor "eget hus". Satellitt-tenkning knytta til at noen LMS-tiltak i regi av spesialisthelsetjenesten kan kjøres ute i kommunene, i Nordreisa, på Finnsnes osv.

DMSene på Finnsnes og Setermoen vil være naturlige arenaer for utøvelsen av LMS-tiltak og aktiviteter, både på grunn av infrastruktur og på grunn av nærheten til gode fagmiljø. På dette området er DMSene og deres vertskommuner på tilbudssiden, og det finnes både auditorium, små grupperom, treningskjøkken og treningsrom tilgjengelig.

Grappa er klar på at LMS i kommunene vil bli noe annet enn LMS i spesialisthelsetjenesten. Med bakgrunn i gruppas vurderinger av hva kommunale LMS-aktiviteter skal være, nærhetsprinsippet og bredden, livsløpsperspektivet osv, har grappa ikke tro på at løsningen vil være å etablere et felles, fysisk lærings- og mestringssenter, ett bestemt sted i regionen. Grappa mener arbeidet bør konsentreres rundt en felles, regional samordningsenhet, som kan bygge opp et kompetansemiljø men samtidig ha fokus på at LMS-tiltakene skal gjennomføres i et desentralisert perspektiv med fokus på prinsippene fra ambulering og utreisevirksomhet. Ved å velge denne vinklingen, formidler man at den direkte aktiviteten knyttet opp mot pasienter og pårørende skal kunne skje i hvilken som helst kommune, men at kompetansemiljøet må bygges opp regionalt og at koordineringen og samordningen må skje regionalt.

LØKTA har en filosofi på at møter, nettverkssamlinger, kurs og opplæringstiltak i størst mulig grad skal kjøres ute kommunene. Erfaringer i fagnettverkene viser at etter hvert ønsker nettverksdeltagerne selv å møtes mer sentralt men dette med lokalisering er i stor grad noe ressursgruppene i nettverkene sjøl bestemmer. Vær og føreforhold legger begrensninger på vinterstid. Og noen tiltak krever større fasiliteter for større grupper. For framtidig pasient-og pårørende opplæring, vil det bli enda viktigere å satse på aktivitet ute i kommunene, så langt det lar seg gjøre. Pasienter er vanligvis mindre mobile og fleksible enn helsepersonell. Ulike pasientgrupper har ulike forutsetninger og behov, så det å ha "hele Midt-Troms" som mulig arena vil representere en fordel. Fasiliteter hos DMSene, ulike helsesentre og studiesentre vil være essensiell. Lokalisering av tiltak vil også være avhengig av hvilket fagpersonell man ønsker å være i nærheten av

6.4. Anbefaling

Arbeidsgruppa anbefaler at kommunene i regionen ser på ansvaret for å yte lærings-og mestringstiltak, i et interkommunalt/regionalt perspektiv. Grappa anbefaler at det etableres en

felles samordningsenhet for lærings- og mestringsaktiviteter i regi av primærhelsetjenesten i Midt-Troms.

Gruppen mener at den interkommunale kvalitetsutviklingsenheten LØKTA er bærer av de kvalitetene som kreves for å starte opp samordningen av LMS-tiltak i kommunal regi. I tillegg er LØKTA forankret i hele regionen. Gruppen ser for seg en pilot med LØKTA som samordner og koordinator, og de helsefaglige miljøene ved DMSene på Finnsnes og Setermoen som nære samarbeidspartnere, hvor man gjennom utprøving kommer fram til en hensiktsmessig organisering av den faktiske lærings- og mestringsaktiviteten i Midt-Troms kommunene. Det bør rekrutteres en stilling inn i LØKTA med ballast på feltet og det bør vurderes om det fins andre funksjoner knyttet til kommunenes samarbeid mot brukersiden og frivillig sektor, som kan inkluderes i denne samordningsfunksjonen.

Arbeidsgruppen mener at LØKTA gjennom sin samordningsfunksjon blant annet skal:

- bygge regional kompetanse innenfor helsepedagogikk og standard metode for pasient og pårørende opplæring
- etablere et nært samarbeid med DMSene i regionen, for sammen å initiere, planlegge, markedsføre, gjennomføre og evaluere pasient- og pårørendeopplæring i Midt-Troms kommunene, i tråd med krav i den nye helse- og omsorgsloven
- være en informasjons- og samhandlingsarena for regionens pasienter/brukere, pårørende og deres organisasjoner
- etablere samarbeid og initiere samhandling med
 - UNN LMS og Nasjonalt kompetansesenter for LMS
 - legetjeneste, helsestasjoner og koordinerende enheter for rehabilitering i hver enkelt kommune
 - folkehelsekoordinatorer, frisklivssentraler og frivillighetssentraler i regionen

I oppstarten bør man ta tak i de mest åpenbare områdene, hvor kompetansetilgangen er stor, et eksempel her vil være OGT og slagrammede.

Arbeidsgruppen ser for seg at daglig leder i LØKTA, i samarbeid med regionrådssekretær og ansvarlig ledelse ved begge DMSene, så snart som mulig kan legge fram en konkret plan for overnevnte satsing, både med hensyn til framdrift og prosjektf finansiering av piloten. Rapporten fra denne arbeidsgruppen samt vedtak fra regionrådet i saken (med etterfølgende vedtak fra alle kommunestyrer) kan brukes som et grunnlag for å søke finansiering.

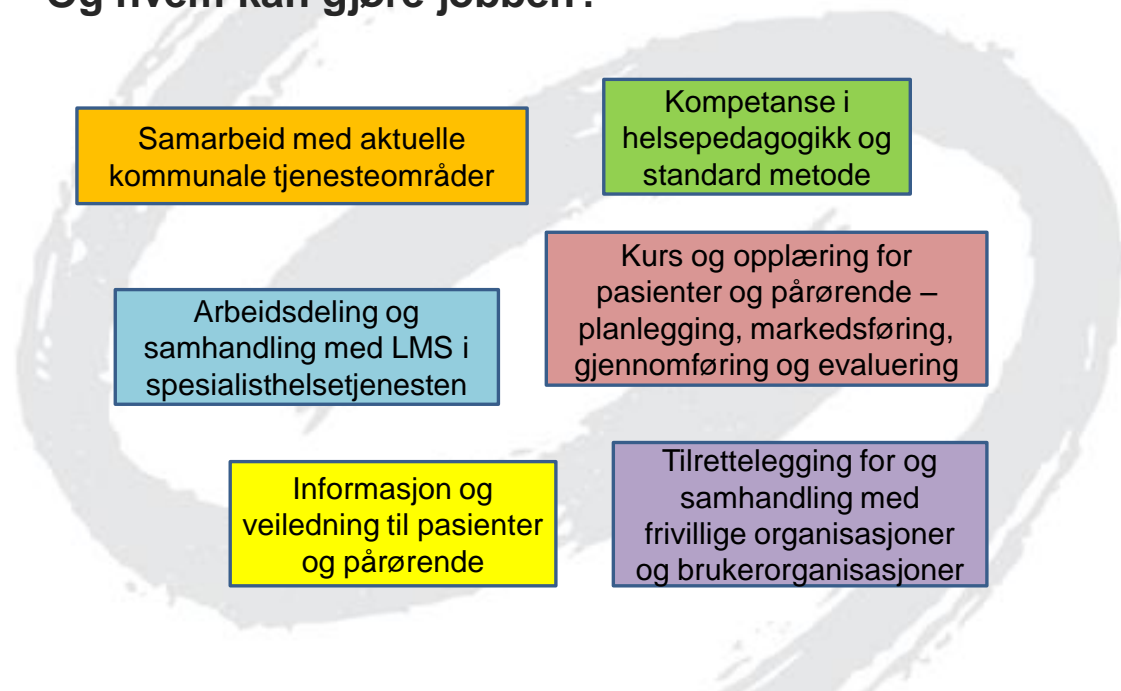
Kommunale LMS-tilbud og kommunale Frisklivssentraler med frisklivstilbud vil ha flytende grenseflater. Arbeidsgruppen vil gå for at man fortsetter å arbeide med den strukturen som regionen har på Frisklivssiden, ved å stimulere flere kommuner til å etablere frisklivstilbud og videreutvikle de allerede etablerte. Samtidig vil det bli viktig å følge utviklingen på feltet videre, og se til at samordning og samarbeid mellom Friskliv og LMS etableres der hvor det vil være til fordel for pasienter, brukere og pårørende i regionen.

7. Kompetansebehov

Arbeidsgruppa har ved flere anledninger drøftet hvilke kompetanseområder som må fokuseres på, når det gjelder oppbygging av lærings- og mestringstiltak i kommunal regi. Dette blant annet for å kunne videreformidle viktige kompetansebehov, til en av de andre arbeidsgrupper i prosjektet, som jobber med rekruttering, stabilisering og kompetanseoppbygging.

Et kommunalt LMS eller en samling av lærings- og mestringsaktiviteter i kommunal regi, vil kreve kompetanse og ferdigheter innefor flere ulike felt, jfr. figuren.

Hva vil et kommunalt LMS-tilbud kreve? Og hvem kan gjøre jobben?



Når arbeidsgruppa nå har landa på at de som skal gjøre jobben, i første omgang er LØKTA og DMSene, så er det klart at noen kompetanseområder vil være på plass i utgangspunktet, mens andre elementer må tilføres. Opplæringsdelen og samhandlingskompetansen mellom kommunene og mellom aktuelle kommunale tjenesteområder er LØKTAs styrke mens DMSene er bedre på samhandling med spesialisthelsetjenesten og har tilgang på mye fagkompetanse i egne rekker. Ingen av aktørene har per i dag et større fagmiljø knyttet til helsepedagogikk og standard metode. Dette er noe av det første LØKTA som samordningsenhet må ta tak i – et felles kompetanseløft på denne siden, i et bredt Midt-Troms perspektiv.

Arbeidsgruppa tar også med sin egen stikkordsliste knyttet til kompetanseområder for LMS-satsing i interkommunal regi:

- Helsepedagogikk. Gruppeprosesser, verdigrunnlag, kommunikasjon. NK LMS har utarbeidet en svært hendig veileder til utvikling av helsepedagogiske kompetanseprogram. Finnes på www.mestring.no
- Samhandlingskompetanse. Tverrfaglighet og samhandling mellom profesjoner. Mer og mer inn i de formelle utdanningsforløpene. Men også viktig med kompetanse knytta til organisatorisk og faglig samhandling mellom nivåene i helseforvaltningen. Lovpålagte samarbeidsavtaler vil regulere feltet men vi må kunne operere i feltet, både helseadministrativt og faglig.
- Vite noe om Likemannsarbeid/tilbud og viktigheten av dette. Ha kjennskap til hva dette er, hva som kjennetegner likemannsarbeid og hvordan det vanligvis drives.
- Brukerlærerskolen
- Veiledningskompetanse
- Hab/rehabiliteringskompetanse. Viktige stikkord her ift LMS er livskvalitet og rehabilitering til hva/individuelle rehabiliteringsmål.
- Forebyggende kompetanse; sekundær og tertiær
- Grunnramma for hvordan man bygger opp et tilbud på LMS. Standard metode.

8. Vedlegg

- Anbefalinger vedrørende etablering og organisering av Lærings-og mestringstiltak i kommunene, gitt av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, april 2011.

Anbefalinger vedrørende etablering og organisering av lærings- og mestringstiltak i kommunene gitt av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS)

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS) får stadig henvendelser fra prosjektledere som på ulikt vis arbeider med utvikling og etablering av lærings- og mestringstjenester i kommunene. Henvendelsene gjelder anbefalinger om dette. NK LMS' anbefalinger på området er i tråd med kompetansesenterets tidligere høringsuttalelse vedrørende forslag til ny nasjonal helse- og omsorgsplan og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Med over 10 års erfaring fra etablering av lærings- og mestringssentre og utvikling av lærings- og mestringstiltak i spesialisthelsetjenesten, understreker NK LMS viktigheten av å ivareta og bygge videre på det grunnlaget som foreligger.

Lærings- og mestringstiltak – hvor og på hvilke premisser?

Lærings- og mestringstiltak bidrar til at pasienter og pårørende får støtte til å mestre livssituasjoner med varige helseutfordringer - være seg somatisk sykdom eller funksjonsnedsettelse, psykisk sykdom og/eller rusproblemer. Når det gjelder lokalisering av lærings- og mestringstiltak i kommunene, mener NK LMS at de kan finne sted innenfor ulike organisatoriske løsninger (som kommunale lærings- og mestringssentra, lokalmedisinske sentra, frisklivssentraler og liknende). Kompetansesenteret vil hevde at følgende premisser må ligge til grunn for kvalitetssikring og forankring av kommunale lærings- og mestringstiltak:

- **Et lovfestet kommunalt sørge-for-ansvar for lærings- og mestringstiltak**

Kompetansesenterets erfaring fra spesialisthelsetjenesten er at pasient- og pårørendeopplæring som lovfestet oppgave har vært avgjørende for etablering og utbygging av lærings- og mestringstiltak.

- **Forpliktende samarbeidsavtaler etablert mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste; inkludert en plan for pasient- og pårørendeopplæring, herunder lærings- og mestringstiltak**

Oppgave- og ansvarsfordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste for gjennomføring av lærings- og mestringstiltak må avklares og tydeliggjøres (spesialisert opplæring versus opplæring med mestring av livet over tid).

Lærings- og mestringstiltak må integreres som del av pasientens totale behandlingsforløp.

- **Lærings- og mestringssentrene arbeidsmåte: Standard metode (http://www.mestring.no/om_lms/standard_om_samarbeid) må være grunnlaget for tilbudene for å kvalitetssikre innhold og form på lærings- og mestringstiltak**

Arbeidsmåten bidrar til kvalitetssikring av innhold og form på lærings- og mestringstiltaket gjennom å involvere brukerrepresentanter og fagpersoner i et likestilt samarbeid i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltaket.

Lærings- og mestringstiltak i regi av lærings- og mestringssentrene er gruppebaserte.

- **Kompetanseutvikling og –utveksling må skje gjennom gjensidig og likestilt samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste**

Lærings- og mestringssentrene har kompetanse på pedagogiske opplæringstiltak og samarbeidsprosesser som likestiller fagpersoners og brukerrepresentanters kompetanse (jamfør Standard metode, se over). Sentrene har per i dag få ansatte og begrensede ressurser til arbeid som strekker seg utover spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Formalisert samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste er en forutsetning for å sikre kompetanseoverføring.

Det er utviklet en *Veileder for utvikling av helsepedagogiske kompetanseutviklingsprogram i spesialist- eller kommunehelsetjenesten*. Veilederen beskriver den kompetansen som er nødvendig for fagfolk som skal medvirke i lærings- og mestringstilbud der LMS` arbeidsmåte ligger til grunn. Veilederen kan lastes ned her:

<http://www.mestring.no/utviklingsarbeid/veileder>

- **Brukermedvirkning må understøttes av systemer, rutiner, kompetanse og finansiering**

De nye helselovene indikerer utvidede krav til brukermedvirkning. Involvering av brukerrepresentanter etter lærings- og mestringssentrenes arbeidsmåte stiller krav til brukerorganisasjonene knyttet til kompetanse og ressurser.

Kompetansesenteret anbefaler at utvikling av lærings- og mestringstiltak i kommune- Norge bygger på kunnskap og erfaring fra lærings- og mestringssentrenes virksomhet.

- **Kommunale lærings- og mestringstiltak i et flerkulturelt perspektiv må understøttes av systemer, rutiner, kompetanse og finansiering**

Lærings- og mestringstiltak for pasienter og pårørende med minoritetsspråklig bakgrunn framhever behov for systemer som ivaretar møter mellom minoriteter og majoritetssamfunnet innen helsevesenet. Lærings- og mestringssentrenes arbeidsmåte kan bidra til å bygge broer og styrke relasjoner mellom ulike minoritetsgrupper og helsevesen (Steihaug, S. (2009). Evaluering av familierettede læringstilbud for minoritetsspråklige familier. Rapport nr. A9408. Oslo: SINTEF Helse).

Kompetansesenteret anbefaler at utviklere av kommunale lærings- og mestringstiltak ser til kunnskap og erfaring fra virksomhet i regi av kompetansesenteret, Lærings- og mestringssenteret for barn, unge og deres familier, Oslo universitetssykehus HF, og Lærings- og mestringssenteret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF.

Lærings- og mestringstiltak – gode eksempler på samhandling

På <http://www.mestring.no/utviklingsarbeid/verktøykassen> er det publisert en verktøykasse. Verktøykassen er et hjelpemiddel for fagpersoner i spesialist- eller kommunehelsetjenesten som vil etablere lærings- og mestringstilbud. Verktøykassen inneholder anbefalte standarder og retningslinjer for implementering, gjennomføring og evaluering av tilbudene. Her finnes både generell informasjon, og informasjon knyttet til spesifikke lærings- og mestringstilbud. Beskrivelse av kompetanse- og ressursbehov ved gjennomføring er inkludert. Det enkelte tilbudet må like fullt tilpasses det respektive steds muligheter og ressurser.

Nettverk for læring og mestring

For kontaktpersoner og nettverk, se www.mestring.no/nettverk

Side 2/2