

SINTEF A689

RAPPORT

Evaluering av LMS-aktiviteten i Helse Nord

Sissel Steihaug og Trond Hatling

SINTEF Helse

Januar 2007

**SINTEF Helse**

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Evaluering av LMS-aktiviten i Helse Nord

FORFATTER(E)

Sissel Steihaug og Trond Hatling

OPPDRAGSGIVER(E)

Helse Nord RHF

RAPPORTNR. A 689	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Knut Tjeldnes	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04195-8	PROSJEKTNR. 78i070	ANTALL SIDER OG BILAG 84 inkl. vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853 Psykisk HA\prosjekt 78i070\rapport		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Trond Hatling	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2007-01-15	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, Forskningsjef	<i>Britt Venner</i>

SAMMENDRAG

I juni 2006 fikk SINTEF Helse, etter et begrenset anbud, oppdraget med å evaluere LMS-aktiviteten i Helse Nord. Evalueringen har adressert tre spørsmål: Aktiviteten ved LMS i dag, erfaringer til brukere og fagpersoner som medvirker i å utforme og gjennomføre læringstilbudene og LMS-ansattes erfaringer.

Rapporten redegjør for resultatene av spørreundersøkelser til LMS-ansatte, erfarne brukere og fagpersoner, samt gruppeintervju med LMS-ansatte. Hovedfunnene er at det er en betydelig aktivitet ved LMS-ene, at erfarne brukere og fagpersoner er fornøyd med aktiviteten ved LMS og at det er stor støtte for LMS-ideologien blant erfarne brukere og fagpersoner som har deltatt i læringstilbudene.

Rapporten avsluttes med et eget kapittel hvor vi konkluderer og kommer med anbefalinger for Helse Nord sitt videre arbeid med lærings- og mestringssentre.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Evaluering	Evaluation
EGENVALGTE	Læring og mestring	Self management - recovery

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt	7
Figuroversikt	7
1 Bakgrunn	9
1.1 Lærings- og mestringsvirksomhetens opprinnelse	9
1.1.1 Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom	9
1.1.2 Videreutvikling av lærings- og mestringsvirksomheten	10
1.1.3 Lærings- og mestringsvirksomheten i Helse Nord	10
1.2 Lærings- og mestringskonseptet	11
1.2.1 Ideologien	11
1.2.2 Samarbeidsmodellen	11
1.2.3 Helsepedagogikk	12
2 Målsetting og problemstillinger	13
3 Metode og materiale	15
3.1 Spørreskjemaundersøkelse	15
3.2 Intervjuer	15
3.3 Midtveisseminar	15
3.4 Materiale	16
3.4.1 LMS	16
3.4.2 Erfarne brukere	16
3.4.3 Fagpersoner	17
3.5 Analyse	17
3.6 Generaliserbarhet	18

3.6.1	Representativitet blant erfarne brukere og fagfolk som har samarbeidet med LMS	18
3.6.2	Overførbarhet til brukere og fagfolk generelt	18
4	Aktiviteten ved LMS i dag	19
4.1	Bemanning ved LMS per november 2006	19
4.2	Læringstilbudene	19
4.2.1	Læringstilbud i 2006	20
4.2.2	Type læringstilbud	20
4.2.3	LMSs ansattes rolle i læringstilbudene	21
4.3	Prioritering	21
4.3.1	Begrenset kapasitet innen eksisterende læringstilbud	21
4.3.2	Ingen har et læringstilbud til alle som har behov for det.	22
4.3.3	Andre tilbud	23
4.4	LMS-virkosomhet omfatter mange arbeidsoppgaver	23
4.4.1	Andre tilbud til brukere ved LMS:	23
4.4.2	Andre tilbud til fagfolk ved LMS:	24
4.4.3	Annet arbeid:	24
4.5	Erfarne brukeres og fagpersoners vurdering av LMS-enes virkosomhet	25
4.5.1	Erfarne brukeres vurdering	25
4.5.2	Fagfolks vurdering	25
4.6	Organisering	26
5	Erfarne brukeres og fagpersoners deltakelse i LMS-arbeidet	29
5.1	Erfarne brukeres deltakelse i læringsoppleggene	29
5.1.1	Deltakelse i ulike læringsopplegg	29
5.1.2	Erfarne brukeres deltakelse gjentatte ganger	30
5.2	Fagpersoners deltakelse i læringsoppleggene	30
5.2.1	Hvem er fagfolkene?	30
5.2.2	Deltakelse i ulike læringstilbud	31
5.2.3	Fagfolks deltakelse gjentatte ganger	32

6	Samarbeidet i LMS-virksomheten	35
6.1	Aktørenes vurdering av samarbeidet om læringsoppleggene.....	35
6.1.1	Erfarne brukeres samarbeid.....	35
6.1.2	Fagfolks samarbeid	36
6.1.3	Erfarne brukeres og fagfolks samarbeid med hverandre og med LMS.....	38
6.1.4	Rekruttering av erfarne brukere.....	38
6.1.5	Rekruttering av fagfolk	38
6.1.6	Samarbeid med andre	39
6.2	Evaluering	40
7	LMS som ideologi og metode	43
7.1	Aktørenes vurdering	43
7.1.1	Ideologi og metode	44
7.1.2	Brukermedvirkning.....	45
8	Utfordringer knyttet til LMS-arbeidet.....	47
8.1	Hvordan bør pasient- og pårørende opplæring ivaretas?	47
8.2	LMS - ideologi, metode og fagutvikling.....	47
8.2.1	Stor tro på LMS-virksomheten, men "hjelper" den?	47
8.2.2	Koordinatorrollen	48
8.2.3	Metodeutvikling	48
8.2.4	Nettverk Helse Nord	49
8.3	Utfordringer knyttet til brukerperspektiv og brukermedvirkning	50
8.4	Implementering	51
8.5	Ressurser	53
8.5.1	Personellressurser	53
8.5.2	Økonomiske ressurser	54
9	Konklusjon og anbefalinger.....	55
9.1	LMS som ideologi og praksis har betydelig støtte	55
9.2	Styrk evalueringen.....	55
9.3	Forskning og fagutvikling og fagnettverkets rolle	55

9.4	LMS-virksomhet og prioritering	56
9.5	Tydlig rolle i det enkelte helseforetak	57
9.6	Kritisk masse	57
	Referanser	59
	Vedlegg	61

Tabelloversikt

Tabell 3.1	Antall spørreskjemaer sendt til og mottatt fra erfarne brukere for de ulike LMS-ene	16
Tabell 3.2	Antall spørreskjemaer sendt til og mottatt fra fagpersoner for de ulike LMS-ene.....	17
Tabell 4.1	Antall læringstilbud og deltakere i 2006 angitt for hvert LMS.	20
Tabell 4.2	Timer per uke i gjennomsnitt på ulike aktiviteter	24
Tabell 5.1	Fagfolk fordelt etter yrkesgruppe og LMS. Antall.....	31
Tabell 5.2	Antall ulike læringsopplegg som fagfolk har samarbeidet om fordelt på LMS. .	31
Tabell 5.3	Gjennomsnittlig antall ulike læringsopplegg fordelt på faggruppe (for alle LMS).....	32

Figuroversikt

Figur 5.1	Antall ulike læringsopplegg brukerne har samarbeidet om. Prosent.	29
Figur 5.2	Antall ganger brukerne har samarbeidet med LMS om læringsopplegg. Prosent.....	30
Figur 5.3	Antall ganger fagfolk har samarbeidet med LMS i gjennomsnitt fordelt på LMS.	33
Figur 6.1	LMS-enes og erfarne brukeres vurdering av hvor mye brukerne har deltatt i samarbeidet om læringsoppleggene.....	35
Figur 6.2	LMS-enes og fagfolks vurdering av hvor mye fagfolkene har deltatt i samarbeidet om læringsoppleggene.....	37
Figur 7.1	Gjennomsnittlig skåre for erfarne brukere og fagfolk på de seks spørsmålene.	44

1 Bakgrunn

1.1 Lærings- og mestringsvirksomhetens opprinnelse

Lærings- og mestringsvirksomheten har sitt utspring i "Prosjekt lærings- og mestringscenter Aker sykehus". Utgangspunktet for utviklingsarbeidet ved Aker sykehus var konferansen "Læring for Livet - fra lydighet til selvstendighet" som ble arrangert høsten 1996. Norges Diabetesforbund, Norsk Epilepsiforbund, Norges Astma- og Allergiforbund, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke og Norsk Revmatikerforbund samarbeidet med Den norske lægeförening og Norsk sykepleierforbund om konferansen. Det ble lagt vekt på behovet for å utvikle pedagogiske tiltak i helsetjenesten, rettet både mot kronisk syke mennesker og helsepersonell. Etter initiativ fra Sosial- og helsedepartementet, med helseminister Gudmund Hernes som leder, ble Lærings- og mestringscenteret (LMS) ved Aker sykehus opprettet som et samarbeidsprosjekt mellom departementet, brukerorganisasjonene og Aker sykehus. Senteret åpnet 12.9.1997.

Bakgrunnen for prosjektet var det økende omfang av kroniske lidelser og at stadig flere mennesker lever med tilstander som ikke kan helbredes eller fjernes. En strategi for helsevesenet for å møte disse utfordringene er at mer oppmerksomhet rettes mot læring og mestring slik at pasient og pårørende tilegner seg tilstrekkelig kunnskap til å mestre hverdagen.

Spesialisthelsetjenestelovens § 3-8 pålegger sykehusene opplæring av pasienter og pårørende som en av fire oppgaver. God opplæring av mennesker med kronisk sykdom og deres familie betinger nytenkning i helsevesenet med vekt på å utvikle ny helsepedagogisk forståelse og nye pedagogiske metoder.

Hensikten med å opprette Lærings- og mestringscenteret ved Aker sykehus var å utvikle og etablere læringstilbud som fremmer selvstendighet og ansvarlighet i forhold til egen kronisk sykdom. Prosjektet ble gjennomført i samarbeid mellom tverrfaglig helsepersonell og brukerorganisasjoner. Norges Diabetesforbund, Norsk Epilepsiforbund, Norges Astma- og Allergiforbund, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke og Norsk Revmatikerforbund tok spesielt ansvar for å følge opp prosjektet sammen med Aker sykehus, i samarbeid med primærhelsetjenesten og flere instanser utenfor sykehuset.

Prosjektet bygger på grunnidéen om at helsepersonells faglige innsikt og brukernes erfaringskunnskap sammen er nødvendig for å få til gode læringstilbud. I prosjektet er det utviklet en standardisert samarbeidsmodell for å planlegge, gjennomføre og evaluere læringstilbud. Likeverd mellom fagkunnskap og brukerkunnskap er kjerneverdien, og læring, mestring og veiledning er sentrale begreper. Det ble i prosjektperioden også utviklet og gjennomført kurs i veiledende helsepedagogikk for helsearbeidere der hovedbudskapet er råd og retningslinjer for likeverdig samhandling. Videre angis retningslinjer for hvordan lærings- og mestringscenteret skal utvikles for å bli et informasjonssenter og en møteplass.

1.1.1 Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom

Samarbeidsmodellen som ble utviklet i "Prosjekt Lærings- og mestringscenter ved Aker sykehus" fungerte godt i praksis, og det ble ansett hensiktsmessig å (videre)utvikle

helsepedagogiske modeller der fagkompetanse og brukererfaring (hverdagskompetanse) bidrar i fellesskap.

Prosjekt Lærings- og mestringssenter ved Aker sykehus ble videreført som Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom (NKLMS), Aker universitetssykehus HF i Oslo ved en kontrakt mellom Sosial og helsedepartementet og Oslo kommune. NKLMS ble etablert desember 2000.

Prosjekt Informasjon og mestring for familier med barn med kronisk sykdom/funksjonshemming (Familieprosjektet) finansiert av Arbeids- og sosialdepartementet ble lagt til Nasjonalt kompetansesenter. Det var et toårig utviklingsprosjekt i 2002 - 2003. Arbeidet videreføres i nytt familieprosjekt fra 2005 - 2008, finansiert av Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

En referansegruppe for Nasjonal kompetansesenter ble opprettet og hadde sitt første møte 30. mai 2002. Det var viktig å få med en sentral person fra hvert RHF, og referansegruppa kunne derfor ikke opprettes før disse var på plass.

1.1.2 Videreutvikling av lærings- og mestringsevne

I løpet av de siste årene er det opprettet 37 lærings- og mestringssentre (LMS) ved norske sykehus, og flere er under planlegging. Lærings- og mestringssentrene oppgave er først og fremst å bistå fagpersonell ved sykehuset i å utføre sine lovpålagte oppgaver med pasient- og pårørendeopplæring. Driften av lærings- og mestringssentrene baseres på ideologien i Akermodellen. Kjernen i lærings- og mestringsideologien er likeverd mellom brukerkunnskap og fagkunnskap (Nasjonalt kompetansesenter 2006). Brukermedvirkning er målet, og dette fremmes ved at læringstilbudene planlegges, gjennomføres og evalueres i et samarbeid mellom tverrfaglig fagpersonell og erfarne brukere. LMSs oppgave er å legge til rette for pasient- og pårørendeopplæring blant annet ved å organisere opplæringen og legge til rette for samarbeidet mellom brukere og fagpersonell.

1.1.3 Lærings- og mestringsevne i Helse Nord

Lærings- og mestringssenteret i Bodø, ved daværende Nordland sentralsykehus, var LMS nr. to i landet etter Aker. Senteret startet som prosjekt i 1998 og ble offisielt åpnet av helseminister Dagfinn Høybråten i mars 1999.

Per november 2006 er det 11 LMS i Helse Nord: Ved Nordlandssykehuset HF, Bodø, Nordlandssykehuset HF, Lofoten, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Helgelandsykehuset, Mo i Rana, Helgelandsykehuset, Sandnessjøen, Helgelandsykehuset, Mosjøen, Helse Finnmark HF, Kirkenes, Helse Finnmark HF, Hammerfest, Hålogalandssykehuset HF, Stokmarknes sykehus, Hålogalandssykehuset HF, Narvik sykehus, Hålogalandssykehuset HF, Harstad sykehus.

I Helse- og omsorgsdepartementets bestillerdokument til Helse Nord RHF for 2006 står at Helse Nord skal sørge for at pasienter og pårørende som har behov for opplæring, får tilbud om dette. Departementet skriver:

"God opplæring er en forutsetning for å mestre livet med kronisk sykdom og for å hindre forverring av helsetilstanden. Opplæringen bør omfatte livsstilsveiledning der dette er relevant, herunder bistå kommunene med veiledning og kunnskapsoverføring.

Lærings- og mestringssentre er et viktig redskap i utviklingen av et opplæringstilbud for pasienter og pårørende, og de skal bidra til at opplæring blir en integrert del av all medisinsk behandling og rehabilitering".

Helse Nord RHF har hatt som ambisjon å styrke lærings- og mestringssentrene i 2006 og har satt av midler til å stimulere fagnettverk for disse sentrene (Helse Nord 2006).

1.2 Lærings- og mestringskonseptet

1.2.1 Ideologien

Fra Nasjonalt kompetansesenter angis at ideologien, samarbeidsmodellen og den grunnleggende pedagogiske tenkningen per i dag er den samme som ble utviklet i "Prosjekt lærings- og mestringscenter Aker sykehus":

"Medisinsk behandling kan ikke avhjelpe alle helseproblemer. Ved kronisk eller langvarig sykdom er opplæring og mestring av sykdommen minst like viktig!"

"Personer som har fått en kronisk sykdom har behov for å lære med enn teori for å mestre hverdagen. Erfarne brukere, dvs. pasienter og pårørende som vet hvordan det er å mestre sykdommen i hverdagen, sitter inne med kunnskaper som er viktige for å bidra til læring og mestring for andre som senere har kommet i samme situasjon. Mulighetene er store for å legge til rette for egnede læringsopplegg når fagfolk og erfarne brukere samarbeider likeverdige med å planlegge og gjennomføre tilbudene.

Læring handler om relativt varige endringer av kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Læring må ikke forveksles med undervisning. Undervisning gis av andre og kan ikke bli annet enn ett av mange bidrag i læringsprosessen.

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. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med og det du selv kan være med på å endre" (Nasjonalt kompetansesenters nettside feb. 2006 - Ideologi og metode for Lærings- og mestringscentre,).

1.2.2 Samarbeidsmodellen

Grunntanken i lærings- og mestringskonseptet er samspillet mellom brukerkunnskap og fagkunnskap, og ut fra denne tenkningen er det utarbeidet en metode der tverrfaglig fagpersonell og erfarne brukere samarbeider om læringstilbud. Samarbeidsmodellen beskriver hvordan fagpersonene og brukerne skal samarbeide i planlegging, gjennomføring og evaluering av læringstilbudene. Gruppen skal møtes allerede i første planleggingsfase, og i starten av møtet skal det gis stor oppmerksomhet til hva de som selv har erfaring med sykdommen i hverdagen har å si om følgende:

- Hva har brukerne behov for å lære noe om?
- Hvordan opplever brukerne at opplegget bør være for at de skal ha nytte av det?
- Hva bør vektlegges?

Gjennomføring av læringstilbudet gjøres av samme gruppe som har planlagt opplegget. Det innebærer bl.a. at brukernes hverdagserfaringer med å ha sykdommen eller være nær pårørende spiller en viktig rolle i opplegget sammen med fagpersoners kunnskaper.

Evaluering gjøres rutinemessig av samarbeidsgruppen etter at læringsopplegget er gjennomført. Neste læringstilbud planlegges av den samme gruppen med utgangspunkt i resultatene av evalueringen. På den måten gjøres kontinuerlig kvalitetsforbedring.

For erfarne brukere som skal samarbeide om opplæringsiltak, er det definert visse kriterier som må oppfylles:

- De må selv ha sykdommen eller være nære pårørende
- De skal ikke alltid synes det har vært lett å ha sykdommen, men takler det nå
- De skal kjenne til andre med samme sykdom, slik at de er klar over at ikke alle har det akkurat som dem selv.

1.2.3 Helsepedagogikk

Utgangspunktet for lærings- og mestringsvirksomheten er at ved kronisk eller langvarig sykdom, er opplæring og mestring av sykdommen minst like viktig som behandling. Målet er at pasienter og pårørende skal få informasjon og opplæring slik at de kan dempe sin avhengighet av helsevesenet og klare en større del av hverdagen på egenhånd. Derfor trengs annen kunnskap enn den medisinskfaglige, og pedagogisk tilnærming står sentralt. Nasjonalt kompetansesenter har utgitt en bok, "Helsepedagogikk - Samhandling om læring og mestring" (Vifladt og Hopen 2004), som beskriver hvordan lærings- og mestringsarbeidet kan gjennomføres i praksis. Helsepedagogikk dreier seg om å ta utgangspunkt i pasientens tilstand og livssituasjon som ledd i veiledning og behandling. Det understrekes at helsepedagogikk handler mye om å endre innarbeidede forventnings- og handlingsmønstre mellom pasienter og helsevesen. For å kunne endre, må man forstå hvilke mønstre som finnes og vite hva slags samhandling som fremmer læring og mestring. Når man arbeider med læring og mestring som mål ved kronisk sykdom, blir det helt vesentlig å stimulere til at pasientene deltar aktivt og blir i stand til å finne sine svar på egen hånd.

Læring er i Helsepedagogikkboka definert som endring eller styrking av mønstre. Mønster er et begrep som rommer mer enn atferd, for eksempel måten vi tenker og resonnerer på (s. 14). All opplæring og behandling bør ha som mål å gi den enkelte best mulig grunnlag for egne beslutninger.

Mestring beskrives som opplevelser av å ha krefter til å møte utfordringer og følelsen av å ha kontroll over eget liv (s. 14).

Veiledning skal bidra til at enkeltmennesket gjør selvstendige valg og får kraft til å mestre egen livssituasjon (s. 16).

Helsepedagogikk beskrives som samhandling mellom helsevesen og brukere der det er viktig å utløse handlinger som styrker folks egne krefter og motvirker forhold som kan føre til passivitet og uheldig avhengighet. Aktiv mestring vektlegges. Mestring er en vei der en steg for steg lager nye bilder og gjenvinner kontroll. Mestring handler i bunn og grunn om å klare den følelsesmessige prosessen ved å flytte oppmerksomheten fra "gammelt" til "nytt" liv ved å lage nye forventninger og nye mål. Aktiv og god mestring hjelper brukeren til å tilpasse seg den nye virkeligheten, og setter han/henne i stand til å se forskjellen på det vedkommende må leve med og det han/hun selv kan være med på å endre. Følelsen av kontroll er basis i all mestring. Mestring er en vei "framover" eller "oppover" fra ståsted til ståsted - fra avhengighet til økt selvstendighet - når utsiktene er forbedring av livssituasjon og livskvalitet. Når sykdommen innebærer gradvis forverring av livssituasjonen, blir ståstedene et spørsmål om å opprettholde verdighet, bli respektert og få hjelp og støtte som en selvstendig person her og nå.

2 Målsetting og problemstillinger

Oppdragsgiver ønsker følgende problemstillinger belyst i denne evalueringen:

1. Aktiviteten ved LMS i dag
2. Utbytte til deltakerne som deltar i læringstilbudene og erfaringer til brukere som medvirker i å utforme og gjennomføre læringstilbudene
3. Erfaringer til fagpersoner i helseforetakene som har samarbeidet med LMSene
4. LMS-ansattes erfaringer

Gitt prosjektets omfang var det nødvendig å foreta en prioritering i forhold til hvordan hver problemstilling skal belyses. Å finne ut om LMSs læringstilbud er bedre enn andre opplæringsmetoder eller om deltakerne blir får en bedre hverdag eller mestrer livet med kronisk sykdom bedre av å delta, ligger utenfor rammen av denne evalueringen.

Kunnskap om hva deltakerne opplever som nyttig og meningsfullt og faktorer som fremmer eller hemmer læring og mestring er avgjørende for å kunne utvikle gode læringstilbud. Av både faglige og ressursmessige hensyn la vi i vårt prosjekttilbud opp til at denne problemstillingen ikke blir belyst innen rammene av dette prosjektet:

- Det er på nasjonalt nivå ennå ikke utviklet evalueringsmetoder for deltakernes vurdering av effekten av LMS-tilbudet (jf. Steihaug og Hatling 2006). Å utvikle slike metoder som kan gi gyldig kunnskap om brukernes utbytte ligger langt utenfor rammene for dette prosjektet.
- Fordi slike evalueringsmetoder ikke finnes, finnes heller ikke tilgjengelige data om brukeres erfaringer med LMS-virksomhet som dette prosjektet kunne benyttet.
- Vi kunne intervjuet noen deltakere om deres erfaringer. Gitt oppdragsgivers ønske om å få dekket erfaringene fra alle LMS-ene i Helse Nord og de ulike tilbudene ved hvert LMS, ville vi måttet begrense denne intervjuundersøkelsen til kvalitative intervju med noen få brukere. Det kunne gitt noen innspill til hvilke faktorer som bør inngå i en slikt evaluering, men ikke gyldig kunnskap om brukergruppens nytte av tilbudene.

LMS-virksomheten er et felt under oppbygging. Foreliggende rapport er derfor ikke en evaluering av et ferdig tilbud; om tilbudet har gitt forventede resultater. Snarere er det en underveisevaluering der vi på basis av dagens tilstand identifiserer utfordringer en står overfor i LMS-arbeidet. Med utgangspunkt i disse foreslås strategier videre. Herunder vil kvaliteten og dimensjoneringen av tilbudene ved lærings- og mestringssentrene bli vurdert opp mot krav bl.a. i bestillerdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet om at Helse Nord skal sørge for at pasienter og pårørende som har behov for opplæring, får dette (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

3 Metode og materiale

Som metodisk tilnærming valgte vi å kombinere spørreskjemaundersøkelse og intervjuer.

3.1 Spørreskjemaundersøkelse

Vi utarbeidet i alt tre spørreskjemaer, ett til LMS-ene, ett til erfarne brukere og ett til tverrfaglig fagpersonell som hadde samarbeidet med LMS-ene. Vi spurte LMS-ene om ulike forhold rundt LMS-ets aktivitet (se vedlegg nr. 1). Fagpersonell og brukere ble spurt om sine erfaringer med LMS-arbeidet og sin vurdering av LMS-virksomhet som sådan (se vedlegg nr. 2 og 3).

Alle de 11 LMS-ene i Helse Nord fikk tilsendt spørreskjema om sin egen virksomhet. LMS-ene fikk også tilsendt spørreskjemaene til erfarne brukere og tverrfaglig fagpersonell. De videresendte så skjemaene til alle brukere og fagpersoner som de hadde samarbeidet med i 2005 og 2006.

Brukere og fagpersonell returnerte skjemaene direkte til SINTEF, slik at de var anonyme for LMS-ansatte. Imidlertid var alle spørreskjemaer merket med LMS-ets navn, slik at vi har opplysninger om hvilket LMS brukerne og fagpersonene har samarbeidet med.

3.2 Intervjuer

Vi ville intervjuer LMS-ansatte for å supplere informasjonen fra spørreskjemaundersøkelsen, og disse intervjuene ble lagt til Midtveisseminaret som omtales nedenfor under pkt. 4.3.

I utgangspunktet hadde vi også planlagt å intervjuer erfarne brukere og tverrfaglig helsepersonell som hadde deltatt i LMS-arbeidet. Det viste seg imidlertid at både brukere og helsepersonell hadde skrevet svært mange utfyllende kommentarer på spørreskjemaene. Dette utgjorde et rikt kvalitativt datamateriale, og vi mente vi ikke ville få vesentlig ny informasjon ved å intervjuer informanter fra de samme gruppene. Vi valgte i stedet å gjennomføre en datastyrt tekstanalyse av kommentarene i spørreskjemaene.

3.3 Midtveisseminar

Det ble gjennomført et midtveisseminar som ble lagt til nettverkssamling for LMS-ene i Helse Nord i november 2006.

Her gjennomførte SINTEF to gruppeintervjuer for å supplere, utdype og nyansere opplysningene i spørreskjemaundersøkelsen. Deltakerne ved nettverkssamlingen ble delt i to grupper som ble intervjuet av hver sin medarbeider fra SINTEF. Deretter ble temaene diskutert i plenum. Tema for intervjuene var prioritering, evaluering og kvalitetsarbeid, fagutvikling innen LMS, betydningen av LMS-nettverket i Helse Nord og de viktigste utfordringene for LMS-arbeidet framover.

Videre la SINTEF fram foreløpige funn fra spørreskjemaundersøkelsen, og disse ble diskutert med deltakerne i plenum.

3.4 Materiale

3.4.1 LMS

Alle de 11 LMS-ene fikk tilsendt spørreskjema om LMS-et. Ti LMS returnerte skjemaet; LMS i Harstad svarte ikke. LMS-et i Hammerfest var nystartet og hadde ikke etablert læringstilbud etter LMS-metoden. De har derfor ikke sendt ut spørreskjemaer til brukere eller fagpersonell.

Svarfrist var satt til 26.10.2006. Denne var åpenbart for kort, og det kom inn mange svar etter fristen. Alle svar som innkam før 1.12.2006 inngår i undersøkelsen.

3.4.2 Erfarne brukere

118 erfarne brukere som hadde samarbeidet med ni LMS fikk tilsendt spørreskjema. 66 brukere returnerte spørreskjema. I tabell 3.1 framstilles antall utsendte og mottatte skjema etter LMS.

Tabell 3.1 Antall spørreskjemaer sendt til og mottatt fra erfarne brukere for de ulike LMS-ene

Sted	Utsendte skjema	Mottatte skjema
UNN	24	14
Bodø	52	31
Mo i Rana	14	7
Kirkenes	5	4
Lofoten	5	2
Mosjøen	6	1
Narvik	3	2
Sandnessjøen	5	2
Stokmarknes	4	3
Til sammen	118	66

Svarprosent totalt: 56 prosent

Kvalitative data

Til sammen 40 erfarne brukere hadde skrevet kommentarer i fritekstdelen av spørreskjemaet der vi ba om generelle utdypende kommentarer. Disse fordelte seg som følger: UNN 10, Bodø 18, Mo i Rana 4, Kirkenes 2, Lofoten 1, Mosjøen 1, Narvik 1, Sandnessjøen 1, og Stokmarknes 2.

3.4.3 Fagpersoner

LMS-ene sendte spørreskjema til de 248 fagpersonene som de hadde samarbeidet med om læringsopplegg i 2005 og 2006. SINTEF mottok utfylt skjema fra 137 fagpersoner. I tabell 3.2 framstilles antall utsendte og mottatte skjema etter LMS.

Tabell 3.2 Antall spørreskjemaer sendt til og mottatt fra fagpersoner for de ulike LMS-ene.

Sted	Utsendte skjema	Mottatte skjema
UNN	61	35
Bodø	104	47
Mo i Rana	46	27
Hammerfest	0	0
Kirkenes	3	5
Lofoten	4	3
Mosjøen	6	5
Narvik	4	2
Sandnessjøen	13	10
Stokmarknes	7	3
Til sammen	248	137

Svarprosent totalt: 55 prosent

Vi har mottatt 5 svarskjemaer fra fagpersoner som har samarbeidet med Kirkenes LMS og antar at de har sendt ut flere skjemaer enn de har oppgitt (3).

Kvalitative data

Til sammen 61 fagpersoner hadde skrevet kommentarer i fritekstdelen av spørreskjemaet der vi ba om generelle utdypende kommentarer. Disse fordelte seg som følger: UNN 14, Bodø 21, Mo i Rana 10, Kirkenes 3, Lofoten 2, Mosjøen 2, Narvik 2, Sandnessjøen 6, og Stokmarknes 1.

3.5 Analyse

Spørreskjemaene ble punchet og analysert ved hjelp av SPSS. Mht. mulige forskjeller mellom LMS-ene er det gjort enveis variansanalyse med parvis testing av forskjeller (med Bonferronis tilpasning) for de fleste spørsmål. Det opplyses i forhold til hvert spørsmål om forskjellene er signifikante eller ikke.

3.6 Generaliserbarhet

3.6.1 Representativitet blant erfarne brukere og fagfolk som har samarbeidet med LMS

En svarprosent på 56 og 55 fra erfarne brukere og fagpersonell er rimelig bra tatt i betraktning at dette er en spørreskjemaundersøkelse der informantene fikk skjemaet tilsendt i posten uten å vite noe om undersøkelsen, og der det ikke ble purret på svar.

Vi har ingen forutsetning for å si noe om de som har svart skiller seg vesentlig fra dem som ikke har svart. Det rimelig at både erfarne brukere og fagpersoner som har gode erfaringer med samarbeidet med LMS vil meddele disse. Det er imidlertid også rimelig å tro at de som har dårlige erfaringer er tilsvarende ivrig på å formidle sine erfaringer. Noen betenkeligheter og kritiske bemerkninger er også beskrevet både fra brukere og fagpersoner. Det kan tyde på at vi har fått et rimelig godt bilde av vurdering av LMS-virksomheten til erfarne brukere og fagfolk som har samarbeidet med LMS-ene.

Blant fagfolk vet vi ikke noe om det er en rimelig jevn svarprosent for de ulike yrkesgruppene. Fra fagnettverket ble fordelingen opplevd som rimelig.

3.6.2 Overførbarhet til brukere og fagfolk generelt

Spørreskjemaene er sendt ut til erfarne brukere og fagfolk som har deltatt i LMS-enes læringsopplegg. Ettersom deltakelse i LMS-aktiviteten er frivillig, har vi trolig fått vurderinger fra dem som i utgangspunktet er positivt innstilt til virksomheten. Vi kan dermed ikke si noe om hvordan brukere og fagfolk generelt oppfatter virksomheten. En del utsagn fra både erfarne brukere og fagfolk antyder at "andre", spesielt andre fagfolk, er mer kritiske, og det kan bety at holdningen generelt er mer negativ, i alle fall blant fagfolk.

4 Aktiviteten ved LMS i dag

I dette kapittelet vil vi beskrive LMS-enes arbeid i dag med basis i

- tallskåre i spørreskjemaene til LMS-ene
- kommentarer i fritekstfeltene i de tre ulike spørreskjemaene
- gruppeintervju ved med LMS-ansatte ved midtveiskonferansen
- plenumsdiskusjon ved midtveiskonferansen

4.1 Bemanning ved LMS per november 2006

UNN	3 stillinger + 1 prosjektstilling (fra 21.8.2006)
Bodø	2 faste stillinger + 0,5 prosjektstilling (fra september 2006)
Mo i Rana	1 stilling
Kirkenes	0 (1 stilling som har vært ubesatt siden vår 2006)
Lofoten	$\frac{3}{4}$ stilling (prosjekt)
Mosjøen	1 stilling
Narvik	$\frac{1}{2}$ stilling
Sandnessjøen	1 stilling
Stokmarknes	1 stilling
Hammerfest	$\frac{1}{2}$ stilling
Harstad	$\frac{1}{2}$ stilling

4.2 Læringstilbudene

De 10 LMS-ene som har svart, hadde per oktober 2006 hatt til sammen 85 læringstilbud som gjennomføres etter LMS-metoden i 2006. Det varierer fra 2 til 23 tilbud ved de ulike sentrene. 82 av tilbudene er diagnosespesifikke. Tre læringsopplegg er ikke rettet mot mennesker med bestemte diagnoser:

"Tap og sorg", "Positiv livsstilsendring", "Røykeslutt".

4.2.1 Læringstilbud i 2006

I tabell 4.1 framstilles antall læringstilbud og antall deltakere i 2006, fordelt på det enkelte LMS

Tabell 4.1 Antall læringstilbud og deltakere i 2006 angitt for hvert LMS.

Sted	Antall læringstilbud	Antall deltakere
	Sum	Sum
UNN	16	271
Bodø	23	773
Mo i Rana	12	172
Hammerfest	2	40
Kirkenes	5	54
Lofoten	5	77
Mosjøen	5	98
Narvik	3	32
Sandnessjøen	8	116
Stokmarknes	7	92
Til sammen	86	1 811

Bodø skiller seg ut med et svært høyt tall for deltakere ved læringstilbudene. Det kan ha ulike forklaringer. For det første har LMS-et i Bodø vært i drift helt fra 1998. Ansatte i Bodø kunne i midtveiskonferansen fortelle at de har etablert en rekke læringstilbud som per i dag gjennomføres gang på gang av de samme erfarne brukerne og fagfolkene. Tall fra spørreskjemaene kan belyse dette. Som beskrevet i pkt. 6.2.3, har fagpersonell samarbeidet med LMS i Bodø gjennomsnittlig 9,4 ganger, mot for eksempel 3,0 ganger med LMS-et ved UNN. Det kan fortolkes som at en stor del av Bodøs virksomhet er gjentakelse av etablerte kurs, mens UNN, som startet driften i november 2002, i langt større grad driver utviklingsarbeid. I midtveiskonferansen fortalte LMS-ansatte i Bodø at de vanligvis ikke er med i gjennomføringen av læringsoppleggene og at de heller ikke er med i kurs som er etablert. Slike kurs drives av erfarne brukere og fagfolk uten annen LMS-involvering enn praktisk tilrettelegging. LMS-ansatte ved UNN kunne fortelle at de så langt hovedsakelig har drevet utviklingsarbeid og brukt mye tid på å etablere opplæringstilbud. I plenumsdiskusjonen ble sagt at det tar mye mer tid å etablere et opplæringstilbud enn å gjennomføre det i driftsfasen.

Et annet moment er at de kliniske avdelingene ved Nordlandssykehuset Bodø har bygget opp kompetanse i helsepedagogikk gjennom helsepedagogikkurset gitt av Høgskolen i Bodø. Det innebærer sannsynligvis at mange fagfolk i Bodø er flinke i helsepedagogikk og trygge på å gjennomføre opplæringsoppleggene på egen hånd.

4.2.2 Type læringstilbud

Nesten alle læringstilbudene er diagnosespesifikke, og langt de fleste er rettet mot mennesker med diabetes. Mange tilbud er også etablert til mennesker med astma, KOLS, epilepsi, kreft og tarm- og fordøyelsessykdommer. Videre finnes tilbud til mennesker med eksem, revmatiske lidelser, som har hatt hjerteinfarkt eller hjerneslag og til mennesker med Parkinson, ervervet hjerneslag, ryggmargsbrokk, tinnitus, hørselssvikt, nyresykdom,

kronisk smerte, overvekt og til mennesker som har hatt polio. To LMS hadde tilbud til mennesker med psykiske lidelser og ett hadde tilbud til mennesker med rusproblem.

Tilbudene retter seg mot alle aldersgrupper. Det er mange læringsopplegg spesielt tilrettelagt for barn og foreldre, for eksempel i forhold til barn med astma, epilepsi og diabetes. Videre har mange LMS-kurs for familier/ foreldre der barn har ADHD, autisme og Asbergers syndrom eller andre typer funksjonshemninger. Noen har læringstilbud spesielt tilrettelagt for ungdom, for eksempel med astma eller revmatiske lidelser. Videre finnes tilbud til familier med premature barn.

De fleste læringstilbudene retter seg likevel mot voksne, og det avgjort hyppigst gjennomførte kurstilbudet er til mennesker med diabetes. Alle LMS-ene arrangerer diabeteskurs for voksne og/eller barn og ungdom. Etter læringsopplegg i forhold til diabetes er tilbud til mennesker med KOLS og revmatiske lidelser det vanligste. Også for voksne retter tilbudene seg stort sett mot både brukere og pårørende.

4.2.3 LMSs ansattes rolle i læringstilbudene

LMS-ene ble i spørreskjemaet spurt om LMS-ansatte deltar i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av læringstilbudene til brukere. Skåret ble angitt på en skala fra 1 til 5 der 1= aldri og 5= alltid.

LMS-ansatte deltar i:

Planlegging	5
Gjennomføring	3,9
Evaluering	4,7

LMS-samarbeidsmodell legger opp til at erfarne brukere og tverrfaglig helsepersonell samarbeider likeverdig om planlegging, gjennomføring og evaluering av oppleggene. Evalueringen danner så grunnlag for å planlegge neste læringsopplegg. Dette innebærer nye måter å arbeide på med pasient- og pårørende opplæring. LMS-ansattes funksjon er å legge til rette for og koordinere dette samarbeidet.

Hensikten er at LMS-ansatte skal trekke seg ut når læringsoppleggene er godt innarbeidet. Av disse tallene kan det se ut til at det er gjennomføringen man i størst grad har lyktes med å få til uten LMS-bistand.

4.3 Prioritering

4.3.1 Begrenset kapasitet innen eksisterende læringstilbud

I spørreskjemaet til LMS-ene spørres de om det er tilstrekkelig kapasitet innen de tilbud som finnes ved deres LMS. Fire LMS svarer "ja" på spørsmålet, fem svarer "nei", og ett LMS har ikke svart på dette spørsmålet.

I gruppeintervjuet sa ansatte ved LMS-ene at det ligger ulike vurderinger til grunn for prioritering av deltakere til de enkelte opplæringstilbudene. Noen ganger kan det være arbeidsgruppa som avgjør hvem som skal delta, og p.g.a. taushetsplikten kan det måtte bli fagfolkene i arbeidsgruppa som prioriterer. Noen ganger er legen inne og prioriterer, ut fra en faglig vurdering av hvem som har størst behov for opplæring. Noen praktiserer "først-til-mølla-prinsippet". Andre hensyn å ta, er at det bør være en hensiktsmessig sammensetning

av deltakere. Ofte forsøker de å få relativt homogene grupper, selv om det kan være vanskelig på små steder.

Det ble imidlertid understreket at det er fagfolkenes kurs og at prioritering av deltakere til kursene i hovedsak er fagfolks avgjørelse, ikke LMS-ets. En fordel med denne framgangsmåten er at en da får engasjert fagfolkene.

Det er også LMS-interne grunner til den faktiske prioriteringen, ved at prioriteringen også påvirkes av hvilken kompetanse en har på LMS, ansattes egen fagbakgrunn og fortrolighet med fagfeltet. Dette ble påpekt som en medvirkende årsak til at kurs som omhandler psykisk helse, er kommet seint i gang.

Ingen kurs er satt i gang etter initiativ fra LMSene selv, men kurs om autisme var blitt satt i gang etter initiativ fra Aker (NKLMS).

Det ble videre understreket at LMS-et må ivareta brukergruppene behov. Dette er de etter egen vurdering gode til, og den eneste organisasjonen som fanger opp dette systematisk. Samtidig ble det vist til at pasientgrunnlaget var av betydning, det blir derfor oftere gitt kurs for de store brukerorganisasjonene. At det er et brukerengasjement, inkludert lokal brukerorganisering, virker også inn på prioriteringen av kurs.

4.3.2 Ingen har et læringstilbud til alle som har behov for det.

På spørsmål i spørreskjemaet om LMS har et tilbud til alle brukergrupper som har behov for det, svarer samtlige LMS "nei".

Den avgjort viktigste grunnen til at manglende tilbud ikke var etablert, var manglende kapasitet hos fagfolk: skåre 4,5 på en skala fra 1 til 5 der 1=ikke viktig og 5=svært viktig. Dernest kom begrenset økonomi ved helseforetaket. Manglende kompetanse ved LMS og mangel på erfarne brukere ble ikke angitt som noe problem. Her framkom det delvis avvikende oppfatninger i gruppeintervjuene, jf. over.

LMS-ene ble så spurt: "Hva har vært avgjørende for hvilke tilbud dere har utviklet ved deres LMS?"

De alle fleste skrev noe om interesse og etterspørsel, både hos brukere/brukerorganisasjoner og hos fagfolk. To skrev at diabetes prioriteres ut fra bestillerdokumentet, og at de nydiagnostiserte prioriteres høyest. En skrev: "En kombinasjon av etterspørsel fra brukere og kapasitet hos fagfolk". Hva slags fagkompetanse det er mulig å få tak i lokalt, ble også understreket av enkelte.

Hva som hadde vært avgjørende for hvilke tilbud som var etablert, ble utdypet i gruppeintervjuet med LMS-ansatte. Et eksempel på et kurs hvor det var etterspørsel fra brukere, men hvor en manglet kompetanse, var overvekt. Her har en bygget opp fagkompetanse på tvers, og det arrangeres som et tverrsektorielt kurs.

Det ble framført at prosedyren for etablering av nye kurs etter hvert ville bli at brukerne kontakter avdelingene for å få kurs, en forsterking av den eksisterende vektleggingen av engasjement, utvidet til også å gjelde brukerne. Dette vil kunne avlaste LMS-ene. Samtidig ble det stilt spørsmål om hva som da ville skje med områder som psykisk helse, ettersom de har mer sårbare brukergrupper. Avgjørende for en slik endring vil være at avdelingen tar det medisinsk/faglige ansvaret. Så langt var erfaringene at de noen ganger ikke gjør det.

Så langt har en ikke fulgt opp eventuelle nasjonale føringer, mens det ble vist til rehabiliteringsplanen for Helgeland som et viktig dokument for hvilke områder en burde prioritere.

En utfordring LMS-ansatte så for seg framover er konsekvensene av økte krav om godtgjøring, både fra erfarne brukere og eventuelt fagfolk som blir brukt hyppig. Med LMS-enes begrensede økonomi ville en slik utvikling kreve sterkere prioritering, og utvikling av tydelige kriterier for godtgjørelse.

4.3.3 Andre tilbud

LMS-ene fikk spørsmålet: "Hva slags tilbud ville dere gitt/utviklet hvis dere hadde mer kapasitet?"

LMS-ene nevner en rekke tilbud, og de fleste er diagnosespesifikke kurs til brukergrupper som allerede har tilbud innen LMS-virksomheten i Helse Nord. Videre trekkes fram enkelte diagnoser der brukerne i dag ikke har noe (omfattende) tilbud: lavt stoffskifte, spiseforstyrrelser og lymfeødem. Noen nevner flere kurs for barn og unge og for familier, og det nevnes livsstilskurs og selvhjelpsgrupper. Flere beskriver tilbud til mennesker med psykiske lidelser og med rusmiddelmissbruk. Mens man så langt har prioritert kurs på bakgrunn av fagfolks initiativ og store brukergrupper, viste LMS-ansatte i gruppeintervjuene også til utfordringene knyttet til de små brukergruppene. Her ble muligheten for å utvikle kurs på tvers av LMS-ene trukket fram, men dette er en strategi som så langt i liten grad er prøvd ut. Noen få ble nevnt; i forhold til polio ved UNN, koplet opp mot kompetanseutvikling. Dette krevde et stort utviklingsarbeid. UNN har også begynt i forhold til MS og Downs syndrom. Kurs for barn med autisme er arrangert i Bodø, hvor det er gått ut invitasjon til Troms og Finnmark. På sikt ser man for seg rullering mellom fylkene. Tilsvarende er det startet en rullering i forhold til ryggmarksbrokk.

Videre ble LMS-ene spurt: "Hva slags tilbud ville dere gitt/utviklet hvis dere hadde mer kompetanse?"

Her nevnes kvalitetsforbedring, fagutvikling, forskning og mer satsing på IKT og nettbaserte tilbud. Kompetanse vurderes med andre ord ikke som en begrensende faktor i forhold til å opprette nye kurstilbud, men derimot som ønskelig for å styrke kvaliteten på det arbeidet man allerede gjør.

4.4 LMS-virksomhet omfatter mange arbeidsoppgaver

LMS-ene utfører en rekke arbeidsoppgaver i tillegg til læringsoppleggene. I spørreskjemaet ble de spurt om omtrent hvor stor andel av arbeidstiden som brukes til direkte arbeid med de læringstilbudene til brukere som er beskrevet ovenfor under pkt 5.2.

Ett senter bruker under 25 prosent; det er nyetablert og ennå ikke er kommet i gang med læringstilbudene. To LMS bruker mellom 25 og 50 prosent, og to LMS bruker over 75 prosent av arbeidstiden til direkte arbeid med de læringstilbud til brukere. De fleste, 5 LMS, bruker mellom 50 og 75 prosent av tiden til arbeid med læringstilbudene.

4.4.1 Andre tilbud til brukere ved LMS:

LMS-ansatte ble i spørreskjemaet spurt om de tilrettelegger for andre typer læringstilbud ("Pasientskoler") som fagfolk gjennomfører. Gjennomsnittsskåre er 3 på dette spørsmålet på en skala fra 1 til 5 der 1=aldri og 5=alltid. Det betyr at noe tid også går til slik virksomhet.

Tre LMS angir at de ikke har noen andre tilbud til brukere ved sitt LMS enn læringstilbud etter LMS-metoden. De andre syv angir mange ulike tilbud relatert til lærings- og mestringsvirksomhet:

- Etablering av nettbasert eksem skole
- Etablering av foreldrenettverk
- Landskonferanser
- Seminarer
- Samtalegrupper, selvhjelpsgrupper
- Oppstart av lokalforeninger i brukerorganisasjoner

- Opplæring i LMS-metodikk
- Møter for brukerorganisasjoner der de kan treffe hverandre

Øvrige tilbud til brukere:

- Internettilgang
- Låne lokaler
- Brosjyrer

4.4.2 Andre tilbud til fagfolk ved LMS:

- Fagforum for kontaktpersoner
- Helsepedagogisk forum, møter ulike antall ganger per år
- Utdannelse i helsepedagogikk
- Kollegaveiledning

4.4.3 Annet arbeid:

I spørreskjemaet blir LMS-ene spurt om omtrent hvor mange timer per uke de gjennomsnittlig bruker på fem angitte aktiviteter. Åtte LMS har svart på spørsmålet, og de understreker at dette er svært omtrentlige anslag. I tabell 4.2 framstilles både spredningen (lavest/høyest) og gjennomsnitt.

Tabell 4.2 Timer per uke i gjennomsnitt på ulike aktiviteter

	Timer	Gjennomsnitt
1. Nettversbygging innen sykehuset	0,5 - 7,5	3,4
2. Nettverksbygging i forhold til andre samarbeidspartnere	0,5 - 7,5	3,4
3. Fag- og kompetanseoppbygging	1 - 7,5	4,2
4. Informasjonsarbeid	1 – 7,5	3,6
5. Arbeid med å utvikle LMS-virksomhet og brukermedvirkning innen sykehuset	1-8	3,9

Under 6. punktet "Annet" i samme spørsmål skisserer LMS-ene ulike gjøremål:

- Resepsjons- og sentralbordarbeid
- Registrering og registreringssystemer
- Utvikle og etablere evalueringssystemer
- Administrativt arbeid med økonomi, budsjett, regnskap, virksomhetsplaner,
- Personaladministrative oppgaver
- Arbeid i nettverket for LMS Helse Nord
- Videre nevnes prosjektarbeid, nettverksarbeid og undervisningsoppgaver.

Som det framgår av dette, er det for det første betydelig variasjon i arbeidsoppgaver mellom de ulike LMS-ene, både i fordelingen mellom læringstilbudene og annen virksomhet og i hvilke andre arbeidsoppgaver man utfører. For det andre utføres det også en betydelig virksomhet ut over læringstilbudene, virksomhet som etter all sannsynlighet er mindre synlig enn læringsvirksomheten.

4.5 Erfarne brukeres og fagpersoners vurdering av LMS-enes virksomhet

4.5.1 Erfarne brukeres vurdering

Langt over halvparten av brukerne hadde skrevet kommentarer i fritekstdelen av spørreskjemaet. De fleste kommentarene handlet om at LMS-arbeidet er viktig og må bestå, og at det må videreføres og videreutvikles. En erfaren bruker beskrev det slik:

"Dette er en god metode, og når en får til gode relasjoner mellom fagfolk, pasienter og LMS, kan en få til meget gode kurstilbud"

En annen bruker mente at LMS-metoden er genial. Vedkommende betegnet metoden som et "Columbi egg" og mente at det er en meget effektiv måte å drive pasient- og pårørendeopplæring på.

Flere påpekte også betydningen av at fagfolkene får økt kunnskap. En sa:

"LMS er viktig for å spre den kunnskapen både brukere og pårørende sitter inne med og har stor betydning for økt kunnskap blant fagpersonell om hvordan livet i hverdagen egentlig er".

Lærings- og mestringsvirksomhetens målsetning er i bidra til økt mestring for mennesker med kroniske lidelser. Flere brukere påpekte at LMSs læringstilbud har denne virkningen. En bruker skrev:

"Slik LMS-ene drives i dag, er de med på ikke bare å øke den faglige kompetansen til pasienter og pårørende, men bidrar også til økt selvhjelp og selvstendighet. Det at brukere og pårørende kommer i kontakt med andre i samme situasjon er av stor betydning".

At brukerne har glede og nytte av å snakke med hverandre, var det mange som vektla. Flere understreket at dette er et viktig tilbud, og at det blir stadig viktigere når liggetiden i sykehus reduseres. Folk får for dårlig opplæring til å klare seg bra når de kommer hjem. Det ble også påpekt at det er viktig at læringstilbudet kommer på riktig tidspunkt i forhold til hvor brukeren er i sin prosess. En bruker var tydelig på at LMSs opplæring er svært viktig og verdifull, men at den må komme som supplement til og ikke i stedet for her- og-nå-opplæringen som skal og må skje i sykehuset i akuttfasen. Vedkommende mente at begge deler må ivaretas.

Mange brukere berømmet sitt LMS for arbeidet, og en uttrykte det slik:

"De ansatte ved LMS er få, men dyktige, sitter med stor erfaring og er pedagogisk sett meget gode".

En bruker skrev at samarbeidet med LMS var meget godt, men at han/hun nå merket at de hadde fått det mer travelt og derved mindre kapasitet til hvert oppdrag.

4.5.2 Fagfolks vurdering

Nesten halvparten av fagfolkene hadde skrevet utfyllende kommentarer i spørreskjemaet. Svært mange hadde positive kommentarer om LMS-arbeidet som nyttig. Mange mente at dette er et godt og viktig tilbud og understreket at det er en god, effektiv og økonomisk

måte å drive pasient- og pårørende opplæring på. Flere berømmet LMS for en god jobb og ønsket å utvide samarbeidet.

En skrev:

"Det er helt avgjørende for vår virksomhet at vi kan samarbeide med LMS om pasient- og pårørende opplæring. De har et viktig fokus, og de er fabelaktig nyttige og flinke til å holde i trådene og organisere pasientopplæringen".

En lege skrev:

"LMS hos oss fungerer utmerket! De avlaster legen og derved blir pasientopplæringen gjennomførbar".

Flere skrev at de hadde drevet pasientopplæring i sykehuset tidligere og at LMS nå veldig greit koordinerte denne virksomheten. En sykepleier understreket at etter at LMS ble etablert, ble det et sterkere fokus på brukermedvirkning og på helsepedagogikk, og at det hadde vært flott. Gode rutiner og høy kompetanse var bygget opp. Mange skrev at samarbeidet med LMS om planlegging og gjennomføring av kursene fungerer veldig bra, og at det er flott å slippe å ta seg av det administrative.

Det ble påpekt at travelhet i sykehusavdelingene gjør LMS til en viktig arena ved at brukermedvirkning sikres bedre der med mer tid/ ro over kursene. Mange la vekt på den fine kombinasjonen av brukererfaringer og fagkunnskap. En sa: "Når LMS er blitt en arena for pasient- og pårørendeopplæring, er det blitt lettere for pasienter å ta kontakt hvis de lurer på noe".

Flere fagfolk påpekte at det er for liten kapasitet også ved LMS-et. De skrev at det er interesse ved LMS, men at de har for få ansatte til å kunne gjøre alt det fagfolkene trenger dem til. En skrev:

"Jeg undrer meg over at det er bare en ansatt ved vårt LMS, det er utfordringer og arbeid for minst en til".

Oppsummert kan en si at ut fra de kvalitative dataene har både brukere og fagpersoner positive erfaringer med mye av aktiviteten, samtidig som ressursituasjonen problematiseres. Dette belyses også seinere. Også brukere og fagpersoner identifiserer LMS-aktiviteten som mangfoldig. Et gjennomgående trekk er behovet for at de LMS-ansatte fungerer som inspirator, pådriver og tilrettelegger.

4.6 Organisering

Alle LMS-ene ble i spørreskjemaet spurt om hvordan de er organisert. De ble også spurt om de er fornøyd med sin organisering og bedt om å krysse av på en skala fra 1 til 5 der 1 = ikke i det hele tatt og 5 = svært godt. De ble videre spurt om hvordan deres organisering ivaretar:

- kontakt med hele sykehuset
- kontakt med klinikerne i sykehusavdelingene
- kontakt med brukerne
- faglig tilhørighet
- frankring i ledelsen
- legitimitet i sykehuset
- samarbeid med andre i sykehuset om strategi- og fagutvikling

De skåret på samme skala som ovenfor.

Det var også muligheter for å gi kommentarer i en fritekst del. Ut fra forløpige resultater ble temaet videre diskutert ved midtveiskonferansen.

I spørsmålet om organisering fikk LMS-ene seks svaralternativer og i tillegg kategorien "Annen organisering, spesifiser".

Nedenfor er de ulike organisasjonsformene listet opp, og det er anført hvordan LMS-ene fordeler seg i forhold til disse.

1. LMS integrert i en klinisk avdeling

To LMS krysset av for dette, og begge angav at de var integrert i avdeling for rehabilitering.

Gjennomsnittlig skåret de to 4,5 på fornøydhets. De var enige om at denne organiseringen ivaretar faglig tilhørighet svært godt, og at det ivaretar legitimiteten i sykehuset og samarbeid med andre i sykehuset om strategi- og fagutvikling middels godt. Når det gjelder kontakt med hele sykehuset, med klinikerne, med brukerne og forankring i ledelsen, var de to LMS-ene nokså uenige.

2. LMS som enhet under leder for klinisk avdeling

Tre LMS angav slik organisering. Som klinisk avdeling avgav et LMS Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, ett angav Distriktpsikiatrisk senter og ett angav Medisinsk avdeling

I gjennomsnitt angav de tre LMS-ene 4,7 på om de er fornøyd med sin organisering. De er enige om at denne organiseringen ivaretar kontakten med hele sykehuset og kontakten med klinikerne i sykehusavdelingene middels godt, men de er uenige om den ivaretar kontakten med brukerne og om den sikrer faglig tilhørighet. De er enige om at forankring i ledelsen og legitimitet i sykehuset ivaretas nokså godt, men igjen er det uenighet om det ivaretar samarbeidet om strategi- og fagutvikling.

3. LMS integrert i annen avdeling (enn klinisk)

Ingen angav slik organisering

4. LMS som enhet under leder for fag-, organisasjons-, utviklings-, forsknings-, kvalitetsavdeling eller liknende

Ett LMS angav organisering under leder for Avdeling for kunnskapsoppbygging

LMS-et skårer 5 på fornøydhets med organiseringen og har ikke svart på hvordan denne ivaretar de ulike funksjonene nevnt ovenfor.

5. LMS som enhet på linje med andre avdelinger

To LMS krysset av for slik organisering, og på spørsmål om hvor de er organisert, svarer de i avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering eller for rehabilitering.

Skåre for fornøydhets er gjennomsnittlig 3. Skårene for hvordan denne organiseringen ivaretar de ulike aspektene ved forhold til resten av sykehuset ligger stort sett nær midten. Unntakene er at ett LMS mener at denne organiseringen ikke ivaretar kontakten med klinikerne i sykehusavdelingene i det hele tatt, og det andre LMS mener at organiseringen svært godt ivaretar kontakten med brukerne.

6. LMS i stab under klinikkjefen

Ett LMS skal organiseres slik, men denne organiseringen er ennå ikke etablert.

7. Annen organisering

Ett LMS er organisert som prosjekt og er middels fornøyd med det.

LMS-ene kommenterte organisering i fritekstfeltet i spørreskjemaene. Flere understreket at det er nødvendig med kort vei til og å være synlig for ledelsen. Flere påpekte også at det er viktig å være en egen enhet og ikke være integrert i kliniske avdelinger, og at LMS-et må ha en sykehusovergripende funksjon. En skrev at et LMS må være fristilt og føle ansvar for alle avdelinger, og at alle avdelinger må ha et eierforhold til LMS.

Flere fagfolk kommenterte i spørreskjemaene viktigheten av LMS-ets synlighet, forankring og legitimitet i sykehuset og i helsevesenet. En skrev:

"Ideen med LMS er god, men det trengs mer tid for å utvikle den. Ressurser er en absolutt forutsetning. Legitimitet og prioritet i sykehusets samtlige personellgrupper er absolutt avgjørende. LMS-ets organisering er derfor viktig."

I gruppeintervjuet ved midtveiskonferansen sa en LMS-ansatt: "Jeg er ny og har spurt de mer erfarne til råds om organisering. Men når jeg snakker med folk, sier de ikke noe om hvor de er organisert, men hvem de har til sjef. Dette er veldig personavhengig".

En annen mente at LMSs suksess er avhengig av i hvilken grad senteret er forankret i direktørens hjerte og hjerne. LMS-ansatte sa i intervjuene at ideelt sett bør LMS være fristilt fra fagavdelinger. På store sykehus har man mulighet til å bygge opp en kunnskapsavdeling, og dette er en gunstig tilknytning for LMS. Det er imidlertid et problem at noen sykehus er så små at det ikke er aktuelt med noen slik avdeling. Da må man kanskje velge mellom å være organisert ensomt i en egen avdeling eller avhengig i en fagavdeling. En sa:

"Jeg ønsker overordnet organisering og samtidig et forum der jeg naturlig møter fagfolkene".

LMS-ansatte understreket at legitimiteten er en utfordring i forhold til hvordan man er organisert, og det er viktig med en organisering som sikrer legitimiteten i sykehuset. Samtidig er fellesskapet viktig, det å ha et morgenmøte å gå til og å høre til i et arbeidsfellesskap.

Organisering av LMS i de tilfellene der ett HF har flere sykehus ble diskutert. Det var noe uenighet om LMS bør være forankret lokalt eller til HF-et. Det hørtes ut til at man kunne enes om at LMS-et bør organiseres der LMS ligger geografisk og rapportere både til lokalt sykehus og til HF-et.

Oppsummert er det ikke mulig å trekke noen klare konklusjoner mht. organisasjonsmodeller; ulike organisasjonsmodeller vurderes likt på sentrale parametere. Tilsvarende finner vi også at samme modell vurderes ulikt av forskjellige LMS. Dette indikerer at lokal variasjon i faktisk innhold i modellen er av avgjørende betydning.

5 Erfarne brukeres og fagpersoners deltakelse i LMS-arbeidet

5.1 Erfarne brukeres deltakelse i læringsoppleggene

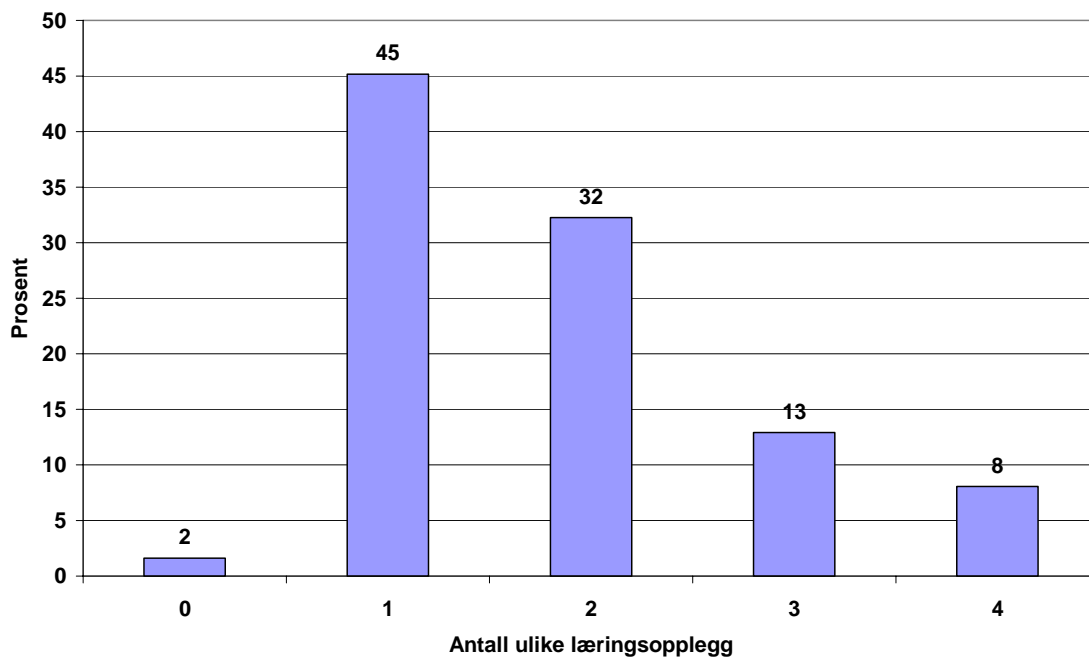
5.1.1 Deltakelse i ulike læringsopplegg

Både erfarne brukere og fagpersonell ble spurt om hvor mange ulike læringsopplegg de hadde samarbeidet med lærings- og mestringssenteret om.

Brukerne oppgav i spørreskjemaet å ha deltatt i fra 0 til 4 ulike læringsopplegg, med unntak av en bruker som oppgav 20. P.g.a. at dette er en ekstremverdi er den ikke inkludert i utregningene nedenfor.

Erfarne brukere har samarbeidet om gjennomsnittlig 1,8 ulike læringsopplegg, og det er ingen signifikante forskjeller mellom de ulike LMS-ene (i denne analysen er de tre LMS-ene med flest samarbeidende erfarne brukere skilt ut, mens de øvrige er slått sammen til "andre LMS" fordi det er så få i hver gruppe). Fordelingen framstilles i figur 5.1.

Figur 5.1 Antall ulike læringsopplegg brukerne har samarbeidet om. Prosent.



1 bruker (2 prosent) har ikke samarbeidet om noe opplegg.

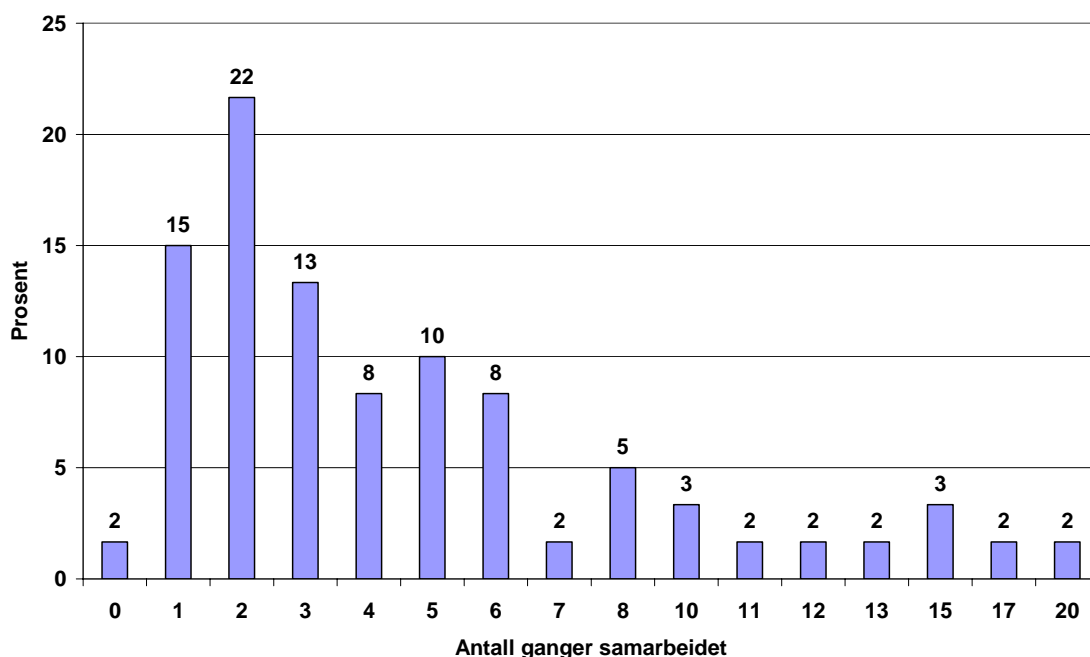
5.1.2 Erfarne brukeres deltakelse gjentatte ganger

Erfarne brukere og fagfolk ble spurt om omtrent hvor mange ganger de hadde samarbeidet med LMS om å gjennomføre et læringsopplegg, inkludert gjentakelse av det samme opplegget.

Erfarne brukere har samarbeidet med LMS om læringsopplegg fra 0 til 20 ganger, gjennomsnittlig 4,9 ganger. Det er ingen statistisk signifikante forskjeller mellom LMS-ene.

Maksimum antall ganger en bruker har samarbeidet med LMS er 20 ganger i Bodø, 8 ganger ved UNN og i Mo i Rana og 10 ganger ved andre LMS. Fordelingen framstilles i figur 5.2.

Figur 5.2 Antall ganger brukerne har samarbeidet med LMS om læringsopplegg. Prosent.



Som det framgår av figuren har 50 prosent av brukerne samarbeidet med LMS-et i 1-3 læringsopplegg, mens 16 prosent har samarbeidet i 10 læringsopplegg eller mer.

5.2 Fagpersoners deltakelse i læringsoppleggene

5.2.1 Hvem er fagfolkene?

Vi mottok 137 utfylte spørreskjemaer fra fagfolk som hadde samarbeidet med LMS-ene om læringsopplegg i løpet av 2005 og 2006. Ni fagpersoner hadde ikke gitt opplysning om yrke. Noen hadde bare skrevet stilling, noen har skrevet spesialfelt som "pediatri" eller "nevrologi", og en hadde unnlatt å oppgi yrke fordi vedkommende ville unngå å bli identifisert. For å ikke få alt for små og for mange yrkesgrupper er noen grupper slått sammen. For eksempel er ulike pedagoger samlet i gruppen "pedagoger", en hjelpepleier er innlemmet i gruppen "sykepleiere" og helsesøstere og jordmødre er slått sammen.

De 128 fagfolkene som oppgav yrke, er nedenfor fordelt etter yrke og etter LMS de har samarbeidet med. De tre LMS-ene med flest samarbeidende fagpersoner er skilt ut, mens de

Øvrige er slått sammen til "Andre LMS" fordi det er så få i hver gruppe. Fordelingen er presentert i tabell 5.1.

Tabell 5.1 Fagfolk fordelt etter yrkesgruppe og LMS. Antall.

Yrke	UNN	Bodø	Mo i Rana	Andre	Sum
Lege	6	8	5	4	23
Audiograf	1	0	0	1	2
Dietiker/ernæringsfysiolog	0	2	0	1	3
Ergoterapeut	3	1	1	2	7
Farmasøyt	0	0	1	1	2
Fysioterapeut	4	7	9	3	23
Helsesøster/jordmor	2	0	1	0	3
Pedagog	1	5	1	1	8
Sykepleier	13	19	5	8	45
Psykolog	1	1	1	4	7
Sosionom	2	1	0	0	3
Vernepleier	1	0	0	1	2
Til sammen	34	44	24	26	128

Som det framgår av tabellen er de tre største faggruppene sykepleiere (35 prosent), leger (18 prosent) og fysioterapeuter (18 prosent).

5.2.2 Deltakelse i ulike læringstilbud

I tabell 5.2 framstilles hvor mange ulike læringsopplegg fagfolk har deltatt i, fordelt på sted.

Tabell 5.2 Antall ulike læringsopplegg som fagfolk har samarbeidet om fordelt på LMS.

Sted	Antall ulike læringsopplegg Gjennomsnitt	Antall fagpersoner
UNN	1,7	35
Bodø	2,7	47
Mo i Rana	2,3	26
Andre LMS	2,0	28
Total	2,2	136

Fagpersonell har samarbeidet med LMS om gjennomsnittlig 2,2 ulike læringsopplegg. Fagfolkene i vårt materiale har med andre ord deltatt noe mer i ulike læringsopplegg enn erfarne brukere (jf. 5.1.1). Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom LMS-ene. Fagpersonene som hadde samarbeidet i flest opplegg, hadde deltatt i 15 læringstilbud i samarbeid med LMS Bodø. Maksimumstall for UNN var 7, for Mo i Rana 10 og for andre LMS 9. En fagperson hadde ikke oppgitt hvor mange læringsopplegg vedkommende hadde samarbeidet om.

I tabell 5.3 framstilles hvor mange ulike læringsopplegg de ulike faggruppene er involvert i.

Tabell 5.3 Gjennomsnittlig antall ulike læringsopplegg fordelt på faggruppe (for alle LMS).

Yrke	Antall ulike læringsopplegg Gjennomsnitt	Antall fagpersoner i hver yrkesgruppe
Lege	1,8	23
Audiograf	1,0	2
Dietetiker/ernæringsfysiolog	7,3	3
Ergoterapeut	1,9	7
Farmasøyt	6,0	2
Fysioterapeut	2,0	23
Helsesøster/jordmor	1,3	3
Pedagog	1,5	8
Sykepleier	2,2	45
Psykolog	1,6	7
Sosionom	6,0	3
Vernpleier	2,0	2
Total	2,2	128

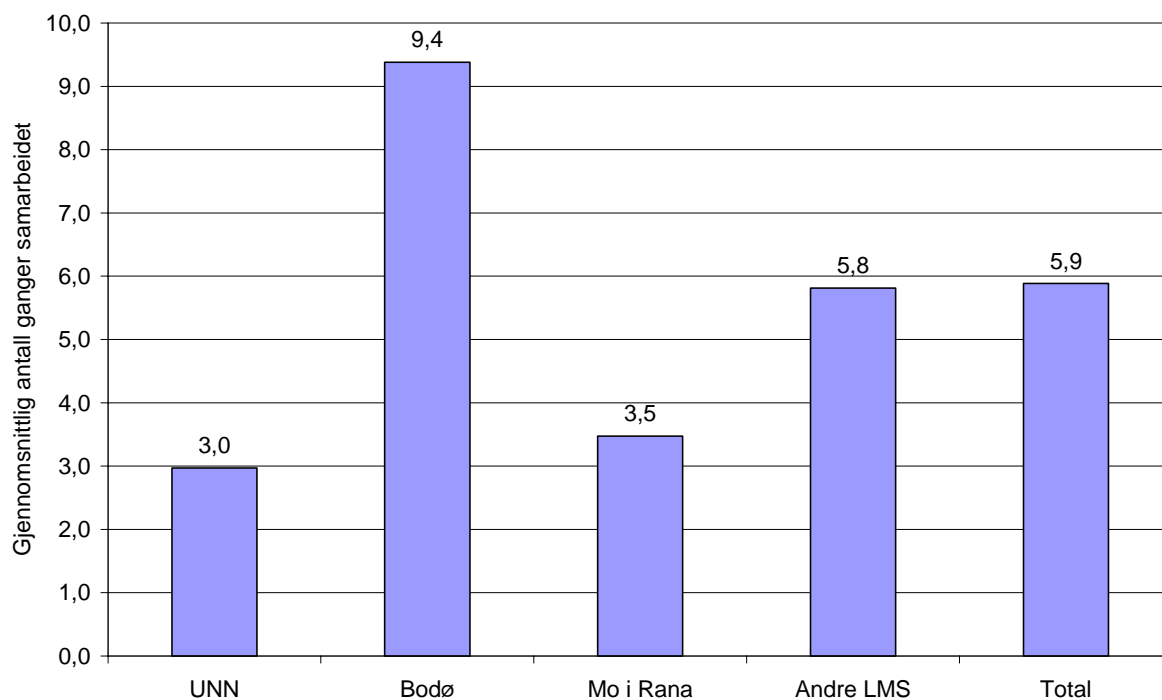
I våre tester på om det foreligger statistisk signifikante forskjeller mellom yrkesgrupper, har vi kun tatt med sykepleiere, fysioterapeuter og leger fordi det er for få i de øvrige gruppene. Det er ingen statistisk signifikante forskjeller mellom disse tre gruppene. Ved å betrakte tallene kan det se ut til at farmasøyter, sosionomer og dietetikere/ ernæringsfysiologer skiller seg ut med høyere antall læringsopplegg. Dette passer med at LMS-ansatte i midtveiskonferansen kunne fortelle at for disse yrkesgruppene er det de samme personene går som igjen som samarbeidspartnere fordi yrkesgruppene er små ved sykehusene.

Fagfolkene ble også spurt om hva slags læringsopplegg de hadde deltatt i. Naturlig nok dreier det seg om de samme diagnosespesifikke kursene som er beskrevet i spørreskjemaene fra LMS-ene. Påfallende er imidlertid at mens LMS oppgir læringsopplegg i forhold til diabetes som det hyppigste kurset, har langt de fleste fagfolkene samarbeidet om astmakurs.

5.2.3 Fagfolks deltakelse gjentatte ganger

Fagfolkene har samarbeidet gjennomsnittlig 5,9 ganger med spredning fra 0 til 60 ganger med LMS om å gjennomføre et læringsopplegg, inkludert gjentakelse av det samme opplegget. I figur 5.3 framstilles dette, fordelt på de enkelte LMS. De tre LMS-ene med flest samarbeidende fagpersoner er skilt ut, mens de øvrige er slått sammen til "Andre LMS" fordi det er så få i hver gruppe.

Figur 5.3 Antall ganger fagfolk har samarbeidet med LMS i gjennomsnitt fordelt på LMS.



Her skiller fagfolk som har samarbeidet med LMS-et i Bodø seg fra fagfolk som har samarbeidet med UNN, ellers er det ikke statistisk signifikante forskjeller mellom LMS-ene. Dette støtter opp under forklaringen på den store forskjellen mellom Bodø og de andre LMS-ene når det gjelder antall kurs, inkludert gjentakelse av samme kurs, jf. kapittel 4.2.1.

De tre store yrkesgruppene sykepleiere (45), fysioterapeuter (23) og leger (23) er også her skilt ut. Sykepleiere har samarbeidet i gjennomsnitt 2,3 ganger med LMS om læringsopplegg, fysioterapeuter 2,1 ganger og leger 1,8 ganger. Det er ingen statistisk signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene.

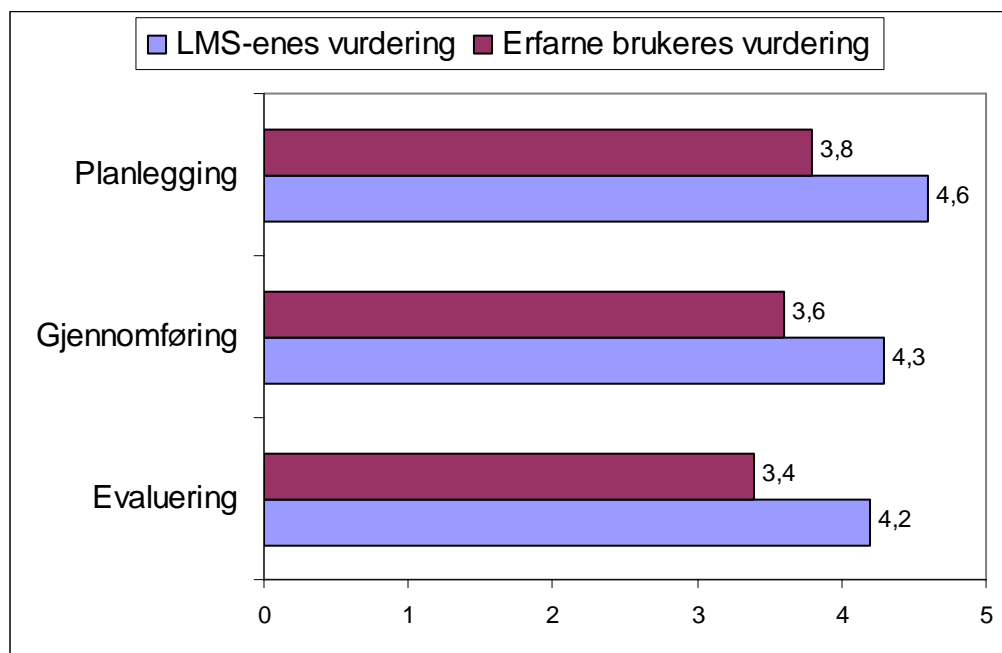
6 Samarbeidet i LMS-virksomheten

6.1 Aktørenes vurdering av samarbeidet om læringsoppleggene

6.1.1 Erfarne brukeres samarbeid

LMS-ene ble i spørreskjemaet spurt om brukerne deltar i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av læringstilbudene. Erfarne brukere ble også spurt om hvor mye de deltok i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av læringsopplegget de hadde samarbeidet om. Begge grupper skåret på en skala fra 1 til 5 der 1 = ikke i det hele tatt og 5 = svært mye. Fordelingen er framstilt i figur 6.1.

Figur 6.1 LMS-enes og erfarne brukeres vurdering av hvor mye brukerne har deltatt i samarbeidet om læringsoppleggene.



Her er angitt gjennomsnittsskåre på de ulike spørsmålene. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom erfarne brukere ved de ulike LMS-ene.

Fagfolkene ble også spurt hvor mye erfarne brukere var med i arbeidet med læringstilbudene. Gjennomsnittsskåre på spørsmålet er 3,6 på en skala der 1 = ikke i det hele tatt og 5 = svært mye.

Det må tas forbehold om at det ikke er utført tester på om det er statistisk signifikante forskjeller mellom LMS-ansattes og brukernes vurderinger. Imidlertid skårer brukerne systematisk levere enn LMS-ansatte, så det kan se ut til at LMS-ansatte opplever at brukerne er mer deltakende i samarbeidet enn brukerne opplever selv. Fagfolks vurdering ser ut til å stemme godt med brukernes egen opplevelse.

Av de mange kommentarene erfarne brukerne hadde skrevet i fritekstfeltene, handlet de aller fleste om at brukerne hadde svært positive erfaringer med samarbeidet, både med sitt LMS og med fagfolkene. Mange understreket at de deltok i planleggingen og utformingen av læringstilbudene, og at tilbudene ble utformet på brukernes premisser. En hadde samarbeidet med flere LMS og hadde den samme gode erfaringen med alle. En brukers kommentar kan oppsummere fleres:

"LMS gjør en veldig bra jobb. Jeg opplever at jeg som bruker blir godt i varetatt og tatt på alvor"

En annen bruker uttrykte det slik:

"Alle fikk bidratt med sine kunnskaper. Jeg fikk mye kunnskap samtidig som jeg føler at fagpersonene lyttet til det vi som brukere hadde å si, og at vi ble tatt på alvor".

Selv om de fleste brukerne var godt fornøyd med sitt samarbeid med fagfolkene, var det noen unntak. En bruker hadde ikke opplevde samarbeidet som likeverdig, men syntes at det foregikk på fagfolkenes premisser og at han/hennes kompetanse ikke ble vedsatt som likverdig med fagfolkenes kunnskap.

En annen bruker sa noe av det samme, på mer generelt grunnlag:

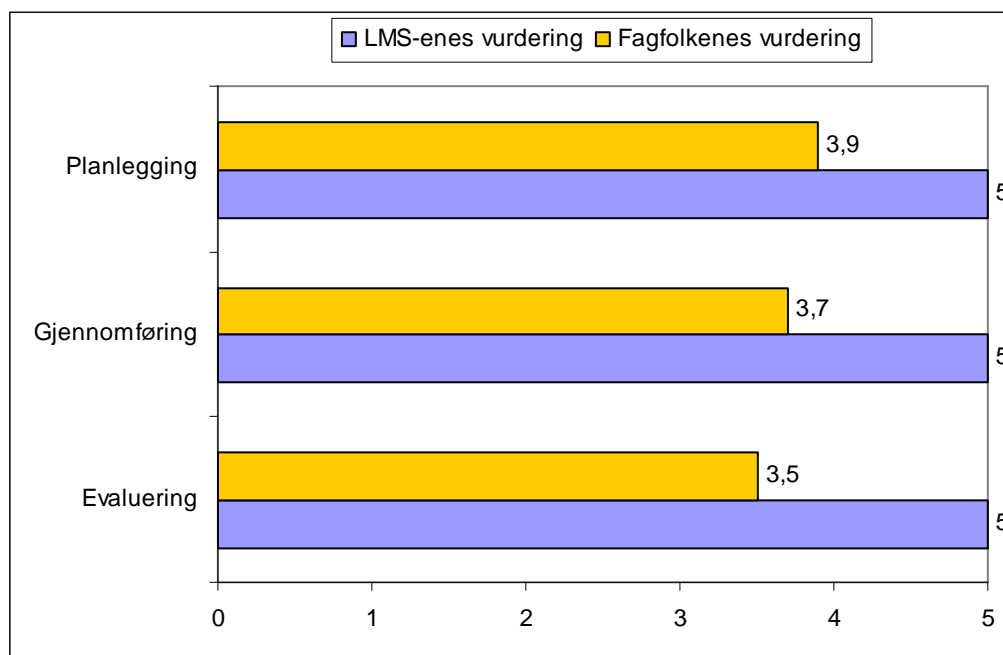
"Intensjonen om likeverdig samarbeid er helt grei, men ikke alle fagfolk greier å leve opp til den. De er oppdratt i en sterk ekspertkultur".

En erfaren bruker understreket at samhandlingen mellom bruker og fagpersonell er viktig, og at fagfolk ikke må "jatte" med". En bruker sa at hun/han noen ganger følte at for mye av hans/hennes tid gikk til kaffekoking og tilrettelegging for kurs, noe vedkommende egentlig ikke hadde tid til.

6.1.2 Fagfolks samarbeid

LMS-ene ble i spørreskjemaet også spurt om fagfolk deltar i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av læringstilbudene. Tilsvarende ble fagfolk spurt om hvor mye de deltok i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av læringsopplegget de hadde samarbeidet om. Alle skåret på en skala fra 1 til 5 der 1 = ikke i det hele tatt og 5 = svært mye. Fordelingen framstilles i figur 6.2.

Figur 6.2 LMS-enes og fagfolks vurdering av hvor mye fagfolkene har deltatt i samarbeidet om læringsoppleggene



Gjennomsnittsskåre på de tre spørsmålene er angitt i figuren. På planlegging skårer Mo i Rana litt lavere enn UNN og Bodø, men ikke lavere enn andre LMS. Det tas forbehold om at det er små tall slik at dette resultatet er beheftet med usikkerhet. Ut over dette var det ikke statistisk signifikante forskjeller mellom LMS-ene.

Erfarne brukere skårer gjennomsnittlig 4,3 på spørsmålet om hvor mye fagfolkene var med i arbeidet med læringstilbudene (samme skala som ovenfor)

Det kan se ut til at LMS-ene har tendens til å mene at fagfolk deltar mer i planlegging, gjennomføring og evaluering enn fagfolkene selv mener. Dette ble diskutert i midtveiskonferansen. LMS-ansatte kunne da fortelle at ikke alle fagfolk er med i alle faser, og særlig ikke når det er gjentakelse av kurs som er holdt tidligere og godt innarbeidet.

Den halvdelen av fagfolkene som gav kommentarer i spørreskjemaene hadde positive erfaringer og beskrev godt og nyttig samarbeid med sitt LMS. En kommentar kan illustrere dette:

"Jeg har svært positivt samarbeid med LMS. Vi har fått til tilbud sammen med dem på en svært god måte".

En lege fremhevet tverrfagligheten:

"LMS-arbeidet er meget viktig da det er tverrfaglig, denne modellen krever samarbeid på tvers av faggrensene. Med profesjonelle i koordineringen/ oppbyggingen sikrer man faglig og strukturell kvalitet".

Det ble også av flere understreket at det er helt nødvendig med et nært samarbeid mellom brukere/ pårørende og fagpersonell, og at LMS som møteplass og med sin samarbeidsmodell er til god hjelp til å ivareta dette. Deres arbeid bidrar til muligheter for likeverdige møter mellom brukere og fagfolk. En fysioterapeut skrev:

"Jeg anser møtet mellom bruker og fagperson som helt essensielt for rehabiliteringsprosessen, for hvordan mestring utvikler seg. LMS gjør en utmerket jobb for å få til denne balansen".

6.1.3 Erfarne brukeres og fagfolks samarbeid med hverandre og med LMS

Både erfarne brukere og fagfolk ble i spørreskjemaet spurt om hvordan de vurderer sitt samarbeid med ansatte ved LMS. De ble bedt om å skåre på en skala fra 1 til 5 der 1 = svært dårlig, og 5 = svært bra. Brukerne skåret 4,7 og fagpersonene 4,5.

Brukerne ble spurt hvordan de vurderer sitt samarbeid med fagfolkene som deltok, og fagfolkene tilsvarende om sitt samarbeid med brukerne som deltok i å arrangere tilbudet. De angav skåre på samme skala som i spørsmålet ovenfor.

Brukerne skåret gjennomsnittlig 4,4 og fagfolk 3,9

Lærings- og mestringsvirksomhetens samarbeidsmodell baserer seg på likeverd mellom brukerkunnskap og fagkunnskap. Både erfarne brukere og fagfolk ble spurt om de synes dette stemmer med deres erfaringer i praksis. De skåret på en 1-5 skala der 1 = svært dårlig og 5 = svært bra.

Erfarne brukere skåret 4,2 og fagpersoner skåret 3,8

Ikke for noen av disse spørsmålene var det statistisk signifikante forskjeller mellom LMS-ene.

Både erfarne brukere og fagpersoner opplever med andre ord samarbeidet med LMS som tilnærmet svært bra. De vurderer også samarbeidet med hverandre som gjennomgående bra, tilsvarende også når det gjelder opplevelse av likeverd. Her er fagfolkene noe mindre positive enn de erfarne brukerne.

6.1.4 Rekruttering av erfarne brukere

Ideelt sett skal rekruttering av brukere til LMSs læringsopplegg foregå gjennom brukerorganisasjonene. LMS-ene svarte i spørreskjemaet at rekruttering foregår omtrent like mye gjennom brukerorganisasjoner som blant tidligere pasienter.

LMS ble spurt om det er vanskelig å rekruttere erfarne brukere og angav skåre på en skala fra 1 til 5, der 1 = aldri og 5 = alltid. Gjennomsnittskåre var 2,6 som altså er noe under middels vanskelig.

LMS-ene angav først og fremst to grunner for at det er vanskelig å rekruttere erfarne brukere gjennom brukerorganisasjonene: at det ikke finnes aktuelle brukerorganisasjoner på stedet, og at aktuelle brukerorganisasjoner har for få aktive brukere. Videre angis praktiske vansker som grunn til at brukerne ikke kan delta.

Flere erfarne brukere understreket i kommentarfeltene i spørreskjemaet viktigheten av sterke brukerorganisasjoner. En bruker skrev:

"Hvis lokale brukerorganisasjoner ikke har tilstrekkelig kapasitet og kunnskap, vil dette være et hinder for å gjennomføre LMS-arbeidet etter ideologien".

En fagperson påpekte at LMS er opptatt av at brukerne skal komme fra brukerorganisasjonene, mens "vi mest opptatt av at de passer til oppgaven".

Flere, både brukere og fagpersoner, sa at man må samarbeide med og utfordre organisasjonene til å skolere sine medlemmer for denne oppgaven.

LMS driver med dette jf midtveiskonf.

6.1.5 Rekruttering av fagfolk

LMS-ene ble spurt om det er vanskelig å få fagfolk til å delta i læringsoppleggene. De skåret fra 2-5, gjennomsnitt 3.1 på en skala fra 1 til 5 der 1 = aldri og 5 = alltid.

Videre ble de spurt om hvilke faktorer som er viktige hvis det er vanskelig å rekruttere fagfolk. Skåre ble angitt på en 1-til-5-skala der 1 = ikke viktig og 5 = svært viktig

De angav som viktigste grunner manglende kapasitet hos fagfolk (skåre 4,7) og økonomiske begrensninger ved foretaket (skåre 4,8). Andre faktorer som manglende interesse eller kompetanse hos fagfolk eller at fagfolkene er uenige i LMS-metoden ble ikke ansett som viktig.

For lite kapasitet hos fagfolk og økonomiske begrensninger ved helseforetaket omtales nærmere under pkt. 8.5.

6.1.6 Samarbeid med andre

LMS-ene ble spurt om sitt samarbeid med andre og skåret på en skala fra 1 til 5 der 1 = ikke i det hele tatt og 5 = svært mye. Nedenfor gjengis gjennomsnittsverdien for alle LMS samlet, med spredning i skåren i parentes.

Samarbeider dere med LMS om å utvikle:

- ulike tilbud ved de ulike LMS slik at flere fagområder dekkes? 3 (1-5)
- de samme tilbudene ved ulike LMS for å bedre kvaliteten på tilbudene? 2,7 (1-4)

Samarbeider dere med kommunehelsetjenesten om:

- å gjennomføre læringstilbud ved LMS? 3,2 (1-5)
- å rekruttere brukere til deres læringstilbud? 3,2 (2-5)

Samarbeider dere med fastlegene om å

- å gjennomføre læringstilbud ved LMS? 2,1 (1-4)
- å rekruttere brukere til deres læringstilbud? 3,8 (2-5)

Samarbeider dere med andre fagfolk utenfor helseforetaket om

- å gjennomføre eller rekruttere brukere til læringstilbud ved LMS? 2,4 (1-5)

Ut fra denne oversikten framgår at det er betydelige forskjeller i hvor mye LMS-ene samarbeider med de ulike samarbeidspartnerne, og at det fortsatt et stykke igjen til at samarbeidet både med andre LMS og med andre aktører er utviklet optimalt.

Når samarbeidet med førstelinjen for LMS-ene samlet fortsatt er begrenset, slik det framgår av oversikten, kan dette sannsynligvis forklares med flere forhold; med unntak av LMS Sandefjord er dette nasjonalt en virksomhet med utspring og forankring i sykehusene. Dette har nok preget tenkningen mht. hvilke aktører som er viktige. Samtidig har en innen begrensede ressurser prioritert å inkludere sykehusenes personell i aktiviteten.

Intervjuene under midtveiskonferansen bekreftet at det var lite erfaringer med primærhelsetjenesten. Man hadde en ambisjon om å styrke dette, men også forventninger om å få bestillinger fra primærhelsetjenesten.

Sentrale ufordringer man så i å få til en slik styrking, handlet blant annet om å få kommunene til å kjenne LMS-tilbudet, og dette ble vanskeliggjort av at det var mange kommuner per institusjon, og de er veldig spredt i avstand. Lite samarbeid er p.t. opprettet mellom sykehuset og kommunene, og det innebærer at det er lite å spille på fra LMS sin side. Det ble også stilt spørsmål om hvordan opplæringsbehovet er forankret i kommunehelsetjenestens lovverk. Ettersom det er lovpålagt at de skal ha en forebyggende tjeneste, kan det være en port inn. Det er nødvendig å avklare hva som skal være kommunens rolle. I forlengelsen av dette er det også nødvendig å få klarhet i hvilken

bestilling/forståelse LMS-ene har når det gjelder kommunens rolle i å rekruttere brukere samt å delta i utvikling/gjennomføring av kurs.

På midtveiskonferansen ble det vist til konkrete eksempler på utvidelse av samarbeidet; for eksempel var det opprettet kontakt med primærlegene gjennom praksiskonsulentordningen i Tromsø. En praksiskonsulent skal også ansettes i Bodø.

Det finnes sannsynligvis en positiv innstilling til et slikt samarbeid fra primærhelsetjenesten. En samarbeidspartner utenfor sykehuset skrev i sitt svar på spørreskjemaet: "Jeg er generelt veldig godt fornøyd med mitt samarbeid med LMS og med brukerorganisasjonen. Det har vært lærerikt og gjennomsyret av tankegangen om brukermedvirkning – meget bra å bli minnet om dette viktige samarbeidet!"

LMS-ansatte ønsker kommunene på banen for å rekruttere deltakere til læringsoppleggene og videre oppfølging av folk som har deltatt i læringsopplegg ved LMS. De er opptatt av hvordan man kan sikre brukerne tilbud videre, siden det er i kommunen folk bor og skal leve med sin kroniske lidelser eller funksjonsvanske. Ett LMS kan tenke seg å arrangere kurs i kommunen hvis de får fagfolk med.

6.2 Evaluering

LMS-ene fikk i spørreskjemaet spørsmålet: Gjennomfører dere systematisk evaluering av tilbudene på grunnlag av vurderingen til deltakerne i læringsoppleggene? De ble bedt om å krysse av på en skala fra 1 til 5 der 1 = aldri og 5 = alltid. LMS-ene skåret gjennomsnittlig 4,7.

På spørsmålet om hva slags evaluering de bruker, beskrev de fleste i spørreskjemaene både muntlig tilbakemelding og skriftlig evaluering i litt ulike varianter. Noen deler ut skriftlige evalueringsskjemaer ved kursslutt, noen sender dem til deltakerne i ettertid. Noen bruker et standardskjema, noen bruker kursspesifikke evalueringsskjemaer. Videre ble evalueringsmøter i arbeidsgruppa og skriftlig sammenfatning av evalueringen til arbeidsgruppa beskrevet.

Også i gruppeintervjuene var evaluering et sentralt tema. I læringsoppleggene starter mange med en runde der deltakerne sier litt om sine forventninger. Ved kursets slutt gjennomfører man så en samtale der utbytte vurderes opp mot forventningene man hadde på forhånd. Argumenter for å dele ut spørreskjemaer og la deltakerne svare der og da, var høy svarprosent. Ved å sende ut spørreskjemaet per post to uker etter kurset, får man som regel svar fra ca 70 prosent. Det ble på den annen side argumentert med at deltakerne svarer mer nøkternt og kanskje mer i samsvar med sin mening når de svarer etter to uker.

Alle er opptatt av at tilbakemeldingen skal nyttes av planleggingsgruppa, men tilbakemelding gis litt ulikt. Noen oversender hele materialet, mens andre lager en rapport der den skarpeste kritikken mot enkeltpersoner dempes. Noen registrerer evalueringresultatet elektronisk.

Av gruppeintervjuene fremgikk at noen hadde lagt ekstra mye arbeid i å utvikle evalueringsmetoder og - rutiner. Likevel var det enighet om at den evalueringen LMS-ene bruker, sier mest om hvor fornøyd deltakerne er med læringsopplegget (hvor godt var dette kurset?), mindre om hva slags utbytte de har på lengre sikt i form av økt mestring og bedre liv.

LMS-ene mangler gode standard metoder for evaluering på nasjonalt nivå, og LMS-ene i Helse Nord har heller ikke utviklet felles evalueringrutiner. LMS-ene sitter med mye datamateriale og savner ressurser til å utnytte dette. LMS-ansatte er enige om at det trengs videreutvikling av evalueringsmetoder, og det er spørsmål om dette kan gjøres innen Nettverket eller om det bør løftes opp på nasjonalt nivå. Det etterlyses metoder som kan besvare det grunnleggende spørsmålet om det er slik at læringsoppleggene gir effekt. Som en uttrykte det: "Det er jo bare et drypp i et menneskes liv." Det ble også påpekt et behov for å evaluere konsekvenser for fagfolkene/avdelingene.

Vår vurdering er at LMS-ene i for stor grad jobber hver for seg med evaluering. Temaet diskuteres på nettverkssamlinger, men en har ennå ikke utviklet felles strategi eller metode. Flere spørsmål bør avklares framover: Skal man utvikle en felles mal? Skal den i så fall være diagnosespesifikk, og for alle aldre? Eller bør man ha en felles del og en spesifikk del? Det synes også som det er et behov for å komme fram til en felles metode for innsamling av evalueringsskjemaene, gitt at innsamlingsmetoden har konsekvenser for deltakernes vurderinger.

7 LMS som ideologi og metode

LMS-virksomheten er basert på en ideologi om likeverd mellom brukerkunnskap og fagkunnskap. Denne ideologien er konkretisert for praksis i en samarbeidsmodell med veldefinerte samarbeidsrutiner (jf. kapittel 1.2.).

7.1 Aktørenes vurdering.

Både erfarne brukere og fagpersonell ble i skjemaet stilt spørsmålene nedenfor der de angav skåre på en skala fra 1 til 5:

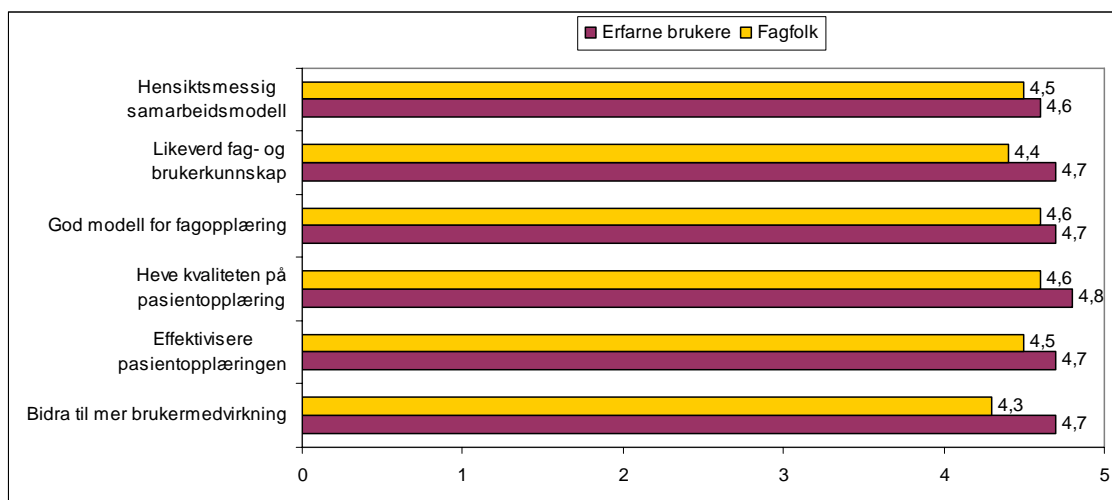
1. Vurderer du LMS sin samarbeidsmodell som hensiktsmessig? 1 = Ikke i det hele tatt, 5 = svært hensiktsmessig
2. Lærings- og mestringsideologien innebærer likeverd mellom brukerkunnskap og fagkunnskap. Er du enig i denne ideologien? 1 = helt uenig, 5 = helt enig
3. Er Lærings- og mestringsvirksomheten en hensiktsmessig modell for å organisere pasient- og pårørendeopplæring som spesialisthelsetjenesteloven pålegger sykehusene? 1 = ikke i det hele tatt, 5 = svært hensiktsmessig

De tre følgende spørsmålene har skalaen 1 = Ikke i det hele tatt, 5 = svært mye

4. Kan LMS være til hjelp for å heve kvaliteten på pasient- og pårørendeopplæring i sykehuset?
5. Kan LMS være til hjelp for å effektivisere pasient- og pårørendeopplæring i sykehuset?
6. Kan LMS-arbeidet bidra til mer brukermedvirkning i helsevesenet?

Aktørenes vurdering framstilles i figur 7.1.

Figur 7.1 Gjennomsnittlig skåre for erfarne brukere og fagfolk på de seks spørsmålene.



Det er ingen statistisk signifikante forskjeller mellom LMS-ene.

Av resultatene i figur 7.1 fremgår at både erfarne brukere og fagfolk har en meget stor tro på LMSs ideologi om likeverd mellom bruker- og fagkunnskap, og på LMSs modell for samhandling mellom brukere og fagfolk (jf. også kapittel 4.5). Det er med andre ord massiv oppslutning om tenkningsgrunnlaget hos dem som har svart (jf. kapittel 3.6 om generaliserbarhet).

Ulike faggrupper

De tre faggruppene med flest representanter er skilt ut og sammenliknet. På spørsmål 1 har leger (3,7) signifikant lavere skåre enn sykepleiere (4,5) og fysioterapeuter (4,3). Mellom de to sistnevnte er det ikke statistisk signifikante forskjeller.

På spørsmål 2 skårer leger (4,3) signifikant lavere enn sykepleiere (4,7), men ikke signifikant lavere enn fysioterapeuter (4,5). Det er heller ikke her noen statistisk signifikant forskjell mellom fysioterapeuter og sykepleiere.

For spørsmål 3 - 6 er det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de tre yrkesgruppene.

7.1.1 Ideologi og metode

Her vil vi belyse viktige aspekter som har betydning for å omsette ideologien i praktisk arbeid, slik de fremkommer i kommentarene på spørreskjemaene til erfarne brukere og fagfolk og fra gruppeintervju med LMS-ansatte.

Vi hadde på forhånd en tanke om at noen fagfolk kunne ha mistillit til ideologien om likeverd mellom brukerkunnskap og fagkunnskap, men skåren i spørreskjemaet kunne avkrefte en slik holdning blant dem som har svart. LMS-ansatte sa i intervjuet at det ikke hadde vært noe problem at fagfolk hadde hatt mistillit til ideologien eller at de hadde etterlyst dokumentert effekt av metoden.

En LMS-ansatt sa i fokusgruppeintervju:

"Jeg er nyansatt og startet med å lese meg opp på ideologien. Jeg synes ikke det tok lang tid å komme inn i den – den passer så godt med min forforståelse!"

En annen LMS-ansatt føyde til:

"Ideologien en ting, men praksis er noe annet! Det er en utfordring å få det til"

En erfaren bruker skrev:

"Jeg synes LMS har en fin balanse mellom medisinsk personell og brukerrepresentantene".

Utfordringene med å få til denne balansen ble utdypet. Flere kommentarer fra erfarne brukere omhandlet betingelser for å oppnå denne balansen og få til en likeverdig samhandling. En bruker understreket at medisinsk kunnskap er viktig, men den kan også bli for dominerende, spesielt innenfor temaer der den medisinske kunnskap har begrenset nytte i å gi svar på brukernes spørsmål/ problemformuleringer. Flere snakket om krav til innlederne, og en bruker mente at de ulike innlederne på kursene må være "håndplukkede" personer som man mener matcher kursdeltakernes nivå og forventninger. LMS-ansatte opplyste i intervju at de ikke syntes det var noe stort problem at erfarne brukere eller fagpersoner var lite egnet til arbeid i læringsoppleggene, men at det i enkelte tilfeller kunne være en utfordring.

En fagperson påpekte at selv om samhandlingen formidler likeverd mellom brukerkunnskap og fagkunnskap, erfarte hun/han likevel at deltakerne på kurset var veldig opptatt av hva fagfolkene sa, og kanskje spesielt legen. En fagperson var opptatt av at fagkunnskapen ikke må underkjennes og sa:

"Likeverd mellom fagkunnskap og brukerkunnskap er viktig i dette arbeidet. Men jeg ser at fagkunnskap er viktig, den må ikke bli redusert. Det er ok at brukeren vet hvor skoen trykker, men det betyr ikke at de alltid vet hva de trenger. Vi kan hjelpe dem å se ut over seg selv".

En bruker understreket at fagfolk må samkjøre seg for å si det samme, og informasjonen må ikke sprike slik at brukerne blir forvirret. En annen fortalte at fagfolkene av og til kunne være litt dårlig forbedret, og det hendte at de uteble.

En LMS-ansatt kommenterte utfordringene med likeverdig samhandling, og på spørsmål om fagfolk av og til kunne overkjøre brukerne, sa hun:

"Jeg har opplevd at både den ene og den andre overkjører, fagfolk en gang, brukere en annen".

En annen LMS-ansatt fortalte at problemer noen ganger kunne være at helsepersonell bommer, for eksempel når tema er alternativ behandling. Da ser det ut til at det blir litt vanskeligere å beholde respekten for brukerperspektivet.

7.1.2 Brukermedvirkning

Skåren i spørreskjemaene viser at både erfarne brukere og fagfolk har stor tro på at LMSs metode for læringsarbeid kan øke brukermedvirkningen i helsevesenet. En erfaren bruker skrev:

"Jeg tror LMS vil kunne bidra til økt brukermedvirkning i helsevesenet, noe jeg igjen har stor tro på at vil bli positivt for oss alle".

En annen bruker:

"Jeg tror at brukerdelen i kursene bør styrkes ytterligere. LMS-kursene tilbys ofte i en fase i behandlingen hvor kunnskap fra bruker til bruker muligens er vel så nyttig som tung fagkunnskap Dette bør legges inn i videreutviklingen av LMS-virksomheten."

Enkelte påpekte at brukerorganisasjonene med hell kan brukes i større grad. Noen understreket at arbeidet er viktig for brukerorganisasjonene og medvirker til at de når ut til folk. En beskrev hvordan slagforeningen i Nordland hadde nådd ut til svært mange rundt om i fylket takket være LMS-virksomheten. En foreslo å trekke organisasjonenes kursvirksomhet og likemannsarbeid (mer) inn i LMS.

En fagpersons uttalelse kan synliggjøre nytten ved brukermedvirkning. Vedkommende sa: "Gjennom LMS-arbeidet har jeg fått bedre innsikt i hva det vil si å leve med en kronisk sykdom".

8 Utfordringer knyttet til LMS-arbeidet

8.1 Hvordan bør pasient- og pårørende opplæring ivaretas?

Lov om spesialisthelsetjenesten definerer pasient- og pårørendeopplæring som en av fire arbeidsoppgaver. Lærings- og mestringsmetoden er etablert for å bistå fagfolkene i sykehuset med å utføre dette arbeidet. Det grunnleggende spørsmålet er om LMS-metoden og etablering av lærings- og mestringsentre er den mest hensiktsmessige måten å ivareta denne oppgaven på, og hva som i tilfelle er gode rammebetingelser for pasient- og pårørendeopplæringen.

Det foreligger per i dag ikke kunnskap som gjør det mulig å svare fullgodt på disse spørsmålene. Fra utenlandske studier vet vi noe om at brukerne har nytte av lærings- og mestringsmetode og brukerdeltakelse i pasientopplæring (Lorig 2003, Kralik 2004, Barlow 2005). Selv om ingen av disse kursene er gjennomført helt etter LMSs samarbeidsmodell, vil trolig mye av denne kunnskapen gjelde også for opplæringstilbudene som gis ved LMS. Brukermedvirkning og opplæring med utgangspunkt i brukernes perspektiv er sentrale elementer i begge. Slik kan det sannsynliggjøres at LMS-tilbudene er nyttige for deltakerne. Kunnskapen om hvordan pasient- og pårørendeopplæring bør organiseres og viktige rammebetingelser for slik virksomhet er imidlertid svært mangelfull.

Etter vår vurdering bør videre satsing på lærings- og mestringskonseptet og utbygging av lærings- og mestringsentre sees i sammenheng med en vurdering av om dette er den beste metoden for pasient- og pårørendeopplæring. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for å styre utviklingen i helsevesenet og har derved også ansvaret for å vurdere om lærings- og mestringsvirksomheten er den mest hensiktsmessige metoden for pasient- og pårørende opplæring. Departementet har gitt tydelige signaler om at det ønskes utbygging av lærings- og mestringsentre ved helseforetakene, og Helse Nord, som de andre RHF-ene, har fulgt opp anbefalingene. I vår videre vurdering av lærings- og mestringsvirksomheten i Helse Nord legger vi dette til grunn.

8.2 LMS - ideologi, metode og fagutvikling

8.2.1 Stor tro på LMS-virksomheten, men "hjelper" den?

LMS-virksomheten ble startet av ildsjeler ut fra en overbevisning om at brukerdeltakelse er en forutsetning for god opplæring av pasienter og pårørende. Fra "Prosjekt lærings- og mestringsenter Aker sykehus" har virksomheten spredd seg raskt utover hele landet. Til tross for at det foreligger begrenset kunnskap om nytten av LMS-virksomheten, har man valgt å satse på å etablere lærings- og mestringsentre ved alle helseforetak.

Blant informantene i denne undersøkelsen er det en enorm oppslutning om LMSs ideologi og metode for pasient- og pårørende opplæring og en stor tro på at læringsoppleggene er til nytte for deltakerne. Erfarne brukere og tverrfaglig personell har svært gode erfaringer med LMS-arbeidet, og de har stor tro på at LMS-virksomheten øker brukermidvirkningen i helsevesenet.

Alle LMS-ansatte var opptatt av å kunne dokumentere nytten av læringsoppleggene som tilbys brukere med kroniske lidelser og/eller funksjonsvansker. Alle legger vekt på evaluering, men mener at dagens metoder for evaluering nok først og fremst er egnet til å si noe om hvor fornøyd deltakerne er med læringstilbudene og mindre om de hjelper dem til å mestre livet med kroniske plager bedre eller til å få en lettere hverdag. LMS-ansatte ønsker seg gode metoder for å vurdere deltakernes utbytte. Det savnes studier som kan dokumentere deltakernes nytte og som kan synliggjøre hvilke elementer som er av betydning for om deltakerne opplever læringsoppleggene som nyttige.

Som nevnt ovenfor tyder utenlandske studier på at deltakerne i slike læringsopplegg har utbytte av å delta i læringsopplegg med brukermedvirkning. Imidlertid er det, så langt vi har brakt i erfaring, ikke beskrevet opplegg som er maken til LMS-oppleggene. For å få mer gyldig kunnskap om dette, trengs forskning på norske forhold og det spesifikke ved LMS-metoden. Videre er det viktig med fortløpende evaluering av arbeidet ved LMS-ene. Det er så langt ikke utarbeidet noen felles evalueringsstrategi for LMS-ene i Norge. I vår rapport om "Evaluering av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom" anbefalte vi Nasjonalt kompetansesenter å koordinere arbeidet med evalueringsmetodikk og utvikle gode evalueringsmetoder for LMS-arbeid (Steihaug og Hatling 2006). Vi mener fortsatt at Nasjonalt kompetansesenter bør ha et overordnet koordineringsansvar for dette arbeidet samtidig som det arbeides med evaluering både regionalt og lokalt.

Flere, både erfarne brukere og fagfolk, understreket at LMS-arbeidet ikke må bli en sovepute for det arbeidet som må gjøres ellers i avdelingen. LMS-tilbudet når kun ut til et fåtall av pasienter og pårørende. Det betyr at en i evalueringen av LMS-virksomheten på sikt også bør inkludere grad av spredning.

8.2.2 Koordinatorrollen

LMSs samarbeidsmodell er basert på at LMS skal ha rollen som koordinator for samarbeidet mellom erfarne brukere og tverrfaglig personell når de planlegger, gjennomfører og evaluerer læringsoppleggene. Fagpersonellet "eier" kursene, mens LMS-ansatte er tilretteleggere. Rollen som koordinator ble diskutert på midtveisseminaret. Det ble understreket at dette er en ny rolle som kan være krevende og noen ganger ubehagelig å stå i. For eksempel føler de noen ganger at de må presse allerede overarbeidede fagfolk til å delta i læringsoppleggene, og opplever at fagfolkene ikke alltid innser at pasient- og pårørendeopplæring er deres ansvar. Koordinatorrollen krever både høy, og ulik type kompetanse, i pedagogikk, kommunikasjon, gruppevirksomhet osv. I tillegg nevnte en LMS-ansatt at kompetanse også handler om måten å være sykehusfolk på.

Erfaring fra LMS andre steder i landet tyder på at koordinatorrollen utformes nokså ulikt ved ulike LMS (Steihaug og Hatling 2006). Noen LMS-ansatte deltok som fagpersonell i læringsoppleggene, mens andre var svært tydelige på at dette er avdelingens læringsopplegg med LMS-ansatte som tilretteleggere (ibid). I nettverket for LMS i Helse Nord er bevisstheten høy om koordinatorrollen, og det arbeides med å utforme rollen i tråd med videreutviklingen av LMS-virksomheten. Noen dilemmaer ble diskutert. For eksempel skal læringsoppleggene være fagfolkene samtidig som LMS-et må synliggjøre seg og sitt arbeid for å skape legitimitet i sykehuset. LMS-ansatte var opptatt av å gi fagfolkene og avdelingene æren for kursene uten at dette gikk på bekostning av LMS-ets dokumenterte "produksjon". De snakket om å synliggjøre sammenhengen mellom arbeidet LMS gjør og resultatet i form av avdelingens læringstilbud.

8.2.3 Metodeutvikling

"Det vil ta tid før alle ser mulighetene LMS-et har", skrev en erfaren bruker i fritekstdelen i spørreskjemaet. Flere andre var også opptatt av utviklingsmuligheter. Noen kommentarer fra fagfolk og erfarne brukere handlet om å bedre læringsoppleggene. En fagperson skrev:

"Jeg ønsker mer fokus på formen – når vi dem vi trenger å nå ved å arrangere LMS-kursene slik de alltid har blitt gjennomført?"

En annen støttet dette og mente det er en viktig utfordring å se på oppleggene med nye øyne, rette oppmerksomheten mot hvorfor en har kurs og hvordan nå frem med budskapet til dem som trenger det. Vedkommende hadde erfart at det meste så langt ble gjort over samme lest.

En bruker antydte med sin kommentar i spørreskjemaet at noen fagfolk hadde et forbedringspotensial:

"Noen kursledere er flinkere enn andre til å skape en atmosfære i gruppen som gir trygghet og innbyr til åpenhet – her har mange noe å lære."

Også LMS-ansatte var opptatt av fag- og metodeutvikling. Et spørsmål som opptok dem, var hvordan man skal få tak i de brukerne som trenger det mest.

Flere LMS var nå i gang med å etablere tilbud til mennesker med psykiske lidelser og noen også til mennesker med rusproblemer. De mente at i forhold til begge målgrupper kunne det være behov for nye tilnæringsmetoder. Ett LMS er i gang med tilbud til rusmiddelmissbrukere og fortalte at det hadde ennå ikke funnet sin form. De hadde for eksempel hatt problemer med rekruttering og ble anbefalt å kalle tilbudet seminar framfor kurs, som lettere assosieres med at noe skal læres.

I Akermodellen er gruppetilnærming den beskrevne arbeidsmodellen. Flere LMS-ansatte mente at bedre tilrettelegging for den enkelte innen gruppa ikke vil bryte med LMS-ideologien, men at slik tilnærming ennå ikke er utprøvd godt nok.

LMS har ansvaret for helsepedagogikken i oppleggene og skal bistå både erfarne brukere og fagpersonell. De sikrer kvaliteten på brukerinnleggene gjennom å skolere brukerne; de er blitt forespurt fra brukerorganisasjonene om det. LMS-ansatte opplevde sjelden at for liten kompetanse hos erfarne brukere var noe problem.

Det var bred enighet om at Nettverket for LMS i Helse Nord var et svært viktig forum for fagutvikling i LMS-virksomheten. Vi vil omtale nettverket nærmere under pkt. 8.2.4 nedenfor.

Erfarne brukere kom i spørreskjemaene med noen endringsforslag. Flere ønsket mer langtidsplanlegging av LMS-tilbudene, både for å forberede kursene bedre, forplikte fagfolkene mer og ha tid til å finne deltakerne. En bruker var opptatt av tidlig annonsering av tilbudene slik at man kan ta inn deltakere med tilnærmet like problemer. Det ble understreket at tilnærming må velges ut fra hva som passer for målgruppen. Som eksempel ble det nevnt at det kan være vanskelig for mennesker med angst å møte opp i en gruppe der de ikke kjenner noen, hvis det ikke er spesielt tilrettelagt på forhånd.

8.2.4 Nettverk Helse Nord

Alle LMS-ansatte som deltok i midtveiskonferansen, var helt klare på at LMS-nettverket i Helse Nord er avgjørende viktig for LMS-ene. Ved konferansen fremsto de ansatte som engasjerte og driftige med en høyt kunnskaps- og refleksjonsnivå. Det ble framhevet at fagnettverket var deres viktigste veiledningsressurs. De understreket at nettverket er viktig for diskusjon, refleksjon, idéutveksling og kunnskapsutvikling. En sa:

"Vi har god tradisjon på å dele, vi samarbeider om kunnskapen – vi får og gir."

Mange jobber alene og sa det er svært viktig å treffe andre og få bekreftelse på at man er på rett vei. En utdypet dette:

"Vi er så geografisk spredd i Nord Norge at det ikke er lett å møtes uten at det er organisert. Videokonferanser er nyttige, men erstatter ikke møter. Vi må møtes for å samkjøre tenkning, for felles fagutvikling og for å utvikle "vi-følelsen" i Helse Nord." Også andre ting er spesielt for Nord Norge, for eksempel det samiske.

Så langt hadde LMS-ene lagt opp til en møtefrekvens med to fysiske møter og to videokonferanser i året.

Fagnettverket ble opplevd som viktig også i å standardisere LMS-arbeidet, blant annet ved å utarbeide en felles forståelse for hva LMS er. Dette har de oppnådd også gjennom at de har hospitert hos hverandre. Av mer praktisk samarbeid viste de også til deling av maler etc.

Nettverket har et arbeidsutvalg på tre. LMS-ene har utviklet retningslinjer for hva nettverket skal være og hva som skal være arbeidsutvalgets oppgaver.

Fagnettverket har også vært viktig i det å utvikle strategi, blant annet har de startet en prosess med hvilke kurs bør holdes hvor, avhengig av kompetanse og geografi. Det ble sagt at dette blir gjort på toppen av det de allerede gjør, og derfor var blitt nedprioritert. Dette bør inngå i en diskusjon om hva som skal være nasjonale og regionale oppgaver, men det ble sagt at det hadde vært lite respons fra Nasjonalt kompetansesenter på disse spørsmålene. I gruppeintervjuene ble Nasjonalt kompetansesenter opplevd som for opptatt av oppstart, og lite opptatt av framdrift for dem som har kommet et stykke.

LMS-ansatte så også behovet for regional strategiutvikling mot Helse Nord for å tydeliggjøre hva nettverket skal gjøre. Hva bør en samle seg om som felles lokale initiativ, og hvilke oppgaver bør en prioritere? Prioritering ble opplevd som viktig fordi LMS-ene er sårbare, med få ansatte, mange ildsjeler og mange nye. Med et arbeidsutvalg på tre har Fagnettverket etter deltakernes vurdering ikke ressurser til å bygge opp noe lignende som Kompetansesenter for pasientinformasjon og pasientopplæring (KPI) i Helse Midt-Norge. Samtidig ble det hevdet at en burde jobbet mer strukturert, eksempelvis med felles nettstedsdrift, Jfr KPI.

På spørsmål om betydningen av Nasjonalt kompetansesenter, svarte LMS-ansatte at det var viktig i starten og burde vært det fortsatt. De burde hatt ansvar for overordnet fagutvikling, men når ledelsen for senteret ikke fungerer, slik tilfelle er i dag, skjer jo ikke dette. Det var bred enighet om at per i dag gir nettverket i Helse Nord mye mer enn samlingene på Aker. Det var også enighet om at nettverket i Helse Nord er avgjørende viktig, selv om Nasjonalt kompetansesenter hadde fungert.

Det fremkom ikke klare synspunkter på om nettverket i Helse Nord bør ha overordnede funksjoner, og i tilfelle hvilke. LMS-ansatte var imidlertid enige om at det overordnede ansvaret for fagutvikling bør være nasjonalt. De mente for eksempel at Nasjonalt kompetansesenter burde ha ansvaret for å koordinere forskning på feltet. De pekte på at mange LMS har liknende problemstillinger som kunne være utgangspunkt for forsknings- og utviklingsprosjekter, men at sentrene har verken økonomiske eller faglige ressurser til å lede slike prosjekter. Med bistand kunne derimot de lokale LMS-ene delta i prosjektene.

8.3 utfordringer knyttet til brukerperspektiv og brukervedvirkning

Brukermedvirkning er kjernen i LMS-virksomheten. Brukermedvirkning kan betraktes både et virkemiddel og å ha en egenverdi. Helsetjenesten trenger brukervedvirkning for å rette opp svikt og skape bedre tjenester. Brukermedvirkning kan styrke bedringsprosessen fordi brukernes egne valg og ressurser blir tatt på alvor. Brukermedvirkning har en egenverdi fordi mennesker som søker hjelp gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet.

Reell brukervedvirkning fordrer en endring både i den tradisjonelle pasientrollen, hvor brukeren er en passiv mottaker, og i fagutøverrollen, hvor denne sees på som ekspert.

LMS-ideologien om likeverd mellom brukerkunnskap og fagkunnskap kommer til uttrykk i praksis i samarbeidsmodellen der erfarne brukere samarbeider likeverdig med tverrfaglig helsepersonell om å planlegge, gjennomføre og evaluere læringstilbud. Gjennom at samarbeidsmodellen sikrer brukervedvirkning, tenkes læringstilbudene å bli bedre. Samarbeid etter denne modellen vil kunne bidra til å endre både fagfolks og brukeres

holdninger til kunnskap og egen rolle, og slik bidra til økt brukermedvirkning også i andre deler av helsevesenet.

Flere fagfolk uttrykte i fritekstdelen i spørreskjemaet ønske om at brukerne kunne slippe mer til. En påpekte at hun selv nok ofte tok med brukerne litt for lite i selve planleggingen, og en annen mente det var vanskelig fordi programmet var såpass fastlagt.

Både erfarne brukere og fagfolk beskrev utfordringer knyttet til brukermedvirkning. Det dreier seg om for få aktive brukere, for lite kapasitet i brukerorganisasjonene og i noen tilfeller også for lite kompetanse. Å styrke brukerrollen ble av enkelte knyttet til å øke brukernes kompetanse.

Flere fagpersoner kom i spørreskjemaene med kommentarer om at likeverdig samhandling mellom brukere og fagfolk krever mye også av brukerrepresentantene. For det første skal de ha kunnskap om den aktuelle lidelsen, dernest skal de ha kommet såpass langt i egen mestringsprosess at de takler rimelig bra å leve med sin lidelse, de skal vite at deres erfaringer ikke nødvendigvis er overførbar til andre, og de skal kunne formidle erfaringer til andre. En skrev:

"Bruker- og pårørenderepresentantene skal i mange tilfeller ha mye bredere kompetanse enn egen sykdom/funksjonshemming gir; de har i visse tilfeller for snevert perspektiv"

For at brukermedvirkning skal bli en realitet, er det derfor nødvendig at brukerne både som enkeltindivid, som gruppe og som organisert størrelse tilføres kompetanse og ressurser. Dette fordrer opplæring av brukerne. Som nevnt har LMS-ene ansvaret for helsepedagogikken. I tillegg bistår de organisasjonene blant annet med fagbistand og lokaler.

Både erfarne brukere og fagfolk angav også manglende økonomisk kompensasjon for erfarne brukere som et problem. En erfaren bruker skrev:

"Jeg synes det er et økonomisk problem å delta, siden jeg må ta meg fri fra jobb. Ikke det at jeg skal tjene så mye på dette, men jeg bruker mye fritid på forberedelser".

En annen skrev:

"Jeg er litt usikker på kompensasjon for utgifter for foredragsholder fra pasientorganisasjoner. De første gangene jeg deltok, betalte jeg alt selv bortsett fra flybillett."

Også LMS-ansatte påpekte at manglende økonomisk kompensasjon for erfarne brukere kunne være et problem, spesielt når de er pårørende. Som eksempel nevnte de foreldre til barn med ulike funksjonshemninger, der de samme pårørende blir brukt gjentatte ganger.

Ett annet mulig problem ble trukket fram av fagfolk, nemlig at brukerrepresentanten løper en risiko for å bli for mye pasient. Man kan tenke seg at brukeren i for sterk grad kan knytte sin identitet til å ha en sykdom eller funksjonshemming og på bekostning av å utvikle andre sider og ferdigheter. Kanskje kan det hemme utviklingen av mestringskompetanse. LMS-ansatte ble spurt om dette i midtveiskonferansen, men ingen hadde opplevd dette som noe problem i sitt arbeid.

En erfaren bruker advarte mot "superbrukere", at de samme brukerne anvendes så mye at de etter hvert får for mye fagperspektiv og mister brukerperspektivet.

Noen kommentarer handlet om manglende interesse hos deltakende brukere, at de ikke ser behov for opplæring og derfor uteblir fra læringstilbudene.

8.4 Implementering

LMS-virksomhetens ideologi og metode er relativt nytt tankegods i helsevesenet, og i gruppeintervju spurte vi LMS-ansatte om de hadde møtt skepsis og hatt problemer med å få fagfolk med. Stort sett syntes de det hadde gått greit, i alle fall etter hvert. De understreket at det tar tid å etablere et lærings- og mestringscenter, og at det meste av arbeidet de første

årene handler om å få innpass i fagavdelingene. Denne erfaringen hadde også LMS andre steder i landet (Steihaug og Hatling 2006). Det ble i gruppeintervjuene hevdet at en nå opplever en viss slitasje i systemet - "forelskelsen er gått over", og det krever derfor mer jobbing for å opprettholde aktiviteten. Dette handler både om bruk av ressurser, og også at en del nøkkelpersoner brukes ofte (psykolog/sosionom). De ønsker enten ekstra kompensasjon eller vil trekke seg ut.

Det ble også framholdt at avdelingene/institusjonene mangler retningslinjer/prosedyrer for hva som er opplæring, mens de har mye prosedyrer på behandling. Lærings- og mestringsaktiviteten ligger i liten grad innen i avdelingenes planer, dvs. at den har svak forankring i avdelingene.

En LMS-ansatt sa:

"LMS-virksomheten krever i modning i systemet rundt senteret, at tenkningen overføres til fagfolk selv".

Noen sa at legene var litt skeptiske i begynnelsen, men at dette har blitt mye bedre, og at mange nå er meget positive. Resultatene av spørreskjemaundersøkelsen viser at så er tilfelle. I gruppeintervju kunne LMS-ansatte fortelle at de hadde hatt alle yrkesgrupper unntatt leger som deltakere ved helsepedagogikkursene. En LMS-ansatt sa at hun hadde møtt litt generell skepsis mot brukermedvirkning i psykiatrien, der man er veldig opptatt av å definere begreper.

LMS-ansatte beskrev ulike strategier for å få fagfolk med, for eksempel å begynne på avdelinger som var positive i utgangspunktet eller å tilby bistand i kurs som avdelingen allerede hadde etablert.

Tidligere i rapporten har vi beskrevet at informantene i denne undersøkelsen er veldig enige i LMS-virksomhetens ideologi og metode og positive til samarbeidet, jf. kapittel 7.1. Flere, både erfarne brukere og fagfolk, påpekte imidlertid at det er behov for å jobbe mer med helsepersonell på avdelingene for å implementere helsepedagogisk tankegang. Flere fagfolk skrev at det også kunne mangle på oppslutning om LMS i egne sykehusavdelinger. Noen mente at legenes negative holdning kunne være medvirkende til dette. En sykepleier skrev:

"Vi har slitt litt med å få deltakere til kursene, og jeg tror det skyldes legenes manglende kunnskap om LMS-arbeidet. Det må jobbes mer med informasjon ut til brukere og helsepersonell."

En annen ikke-lege mente at så lenge helsevesenet er avhengig av legen, vil det finnes motstand mot LMS og lignende tiltak. Vedkommende mente at de fleste leger er redde for å møte pasienter og annet helsepersonell i åpne rom. Imidlertid har flere leger kommet med kommentarer som slett ikke er i tråd med holdninger de tillegges. En lege skrev:

"Ikke alle ledere på avdelingsnivå og høyere har forstått betydningen av god opplæring. Det vanskeliggjør LMS-arbeidet. Dessverre".

Flere leger påpekte at LMS må få en bedre forankring i fagmiljøet, komme mer inn i den kliniske hverdagen og at de må bli enda mer synlige.

Flere informanter, både erfarne brukere, fagfolk og LMS-ansatte ønsket seg bedre informasjon; til sykehusansatte, til ansatte i kommunehelsetjenesten, til fastlegene og ikke minst til brukere og brukerorganisasjoner. Det ble påpekt at ikke alle folk med behov for LMS-tilbud kjente til dem. Flere understreket at helsepersonell, både i sykehus og i primærhelsetjenesten, må markedsføre læringstilbudene og henvise til LMS.

8.5 Ressurser

8.5.1 Personellressurser

Mange LMS-ansatte beskrev i LMS-skjemaet utfordringer i forhold til for lite ressurser. De skrev at det er vanskelig å samle fagfolk fordi fagfolkene har for liten tid til dette arbeidet. Flere bemerket at de jobber ved små sykehus som har få fagfolk og at det blir stor arbeidsbelastning på de få. Noen beskrev dette som et økonomisk problem, at det er vanskelig å få gjennomslag for at LMS-arbeidet krever ressurser. En skrev at det er vanskelig å få avdelingene til å prioritere pasient- og pårørendeopplæring. Flere skrev at også LMS har for lite kapasitet.

Dette ble også diskutert i midtveiseminaret, og fagfolks manglende kapasitet ble vurdert som en hovedutfordring i forhold til LMS-arbeidet.

Både erfarne brukere og fagfolk har i sine kommentarer bemerket ressurs- og kapasitetsproblemer. Først og fremst dreide kommentarene seg om begrenset tid for fagfolk til LMS-arbeid og for få stillinger ved LMS.

Mange fagfolk, av ulike yrkesgrupper, tydeliggjorde mangel på tid. En fysioterapeut skrev at arbeidet kommer på toppen av alt annet, ikke som en del av vedkommendes eksisterende stilling. En ergoterapeut påpekte at hun/han av hensyn til sin ordinære jobb dessverre ikke har mulighet for å stille opp på alt LMS ønsker. Også en psykolog tydeliggjorde tidsmangel:

"Jeg har et veldig positivt samarbeid med LMS; utfordringen er å rydde plass i hverdagen som er opptatt med utredning og behandling av enkeltpasienter".

En sykepleier utdypet temaet og bakte inn aspektet med å strekke seg:

"Den største utfordringen er å komme fra ordinære arbeidsoppgaver. Det innebærer at mye må gjøres på fritid og at bruk av ildsjeler nesten er uunngåelig i dette arbeidet. Fagfolk må få tid og rom til å delta uten å få dårlig samvittighet for å forlate "sitt" arbeid i avdelingen".

Også en annen understreket at samarbeidet med LMS var svært positivt, men at det er lite kunnskap om og forståelse for dette på vedkommendes arbeidsplass, og det medfører at det blir svært travelt på dagene med LMS-arbeid. Flere mente at det er tydelig at mange sykehusavdelinger ikke prioriterer dette arbeidet nok, og en skrev at noen i avdelingen blir utpekt til å jobbe med LMS-arbeid, men stilte spørsmålstegn ved om de ble nok frikjøpt.

Det ble understreket at det er viktig med interesse og kapasitet hos fagfolk, og at for lite kapasitet blant fagpersonell fører til redusert tilbud. Og som en sa, "det handler vel egentlig om økonomi og for liten mulighet til frikjøp av tid for fagpersonene".

En påpekte at også brukerne er travle og at det er en utfordring å finne tid som passer både for den tverrfaglige gruppa og brukerrepresentantene samtidig.

I fokusgruppeintervju ble også mangel på kompetanse løftet fram:

"Vi er et lite sykehus og mangler fagfolk med kompetanse, for eksempel kompetanse på diabetes hos leger. Da kjøper vi denne i primærhelsetjenesten".

Både erfarne brukere, fagfolk og LMS-ansatte var enige om at HF-ene må prioritere LMS-virksomheten høyere. En erfaren bruker skrev:

"Det er gode muligheter for LMS-arbeidet, men da må de ha ressurser på et helt annet nivå enn i dag".

Flere påpekte også kapasitetsproblemer hos LMS, men ikke alle LMS-ene opplevde dette som like stort problem. Ett annet aspekt ved små LMS-er med få ansatte er at dette gjør dem svært sårbare. Å jobbe alene innebærer stor risiko for å slite seg ut. LMS-ets drift er sårbart for sykdom og skifte av ansatte. LMS-virksomheten er et utviklingsprosjekt, og pionerarbeid er slitsomt. Mange ildsjeler arbeider i dette feltet. Ildsjelarbeid er ofte lite synlig og blir derved lite anerkjent. I tillegg til at LMS er små, representerer de pasienter med kroniske

sykdommer som er nederst i sykdomshierarkiet. LMS trenger en organisering som styrker og sikrer dem.

I gruppeintervjuet mente LMS-ansatte at HF-ene må ansvarliggjøres, for eksempel ved at de pålegges å dokumentere hvordan de oppfyller kravene som loven stiller til pasient- og pårørende opplæring. De bør avkreves rapportering, og det er da viktig at den dokumentasjonen som kreves, er relevant i forhold til de oppgavene LMS skal bidra til å løse. Det ble sagt at slikt krav til rapportering vil sette press på HF-ene til å prioritere LMS-arbeidet.

Kapasitet ble også knyttet til LMS-ets legitimitet; når LMS-et har markedsført seg og blitt synlig, må de også ha kapasitet til å påta seg og løse de oppgavene de blir spurt om.

8.5.2 Økonomiske ressurser

Mange kommentarer, både fra erfarne brukere og fagfolk handlet om begrensede ressurser og økonomiske utfordringer. En sa:

"Jeg ser økonomien som den største utfordringen innenfor LMS-virksomheten. Når det er slik at medvirkning i læringsopplegg kommer på toppen av andre arbeidsoppgaver i en travel hverdag, er motivasjonen heller laber og tilbudene blir dårligere enn de kunne blitt".

En del kommentarer gjaldt godtgjørelse for brukere og pårørende, som også er nevnt under punktet om utfordringer knyttet til brukermedvirkning. En fagperson fremholdt at når brukerne må betale for kurs, kan det være et hinder for deltakelse, men at helseforetaket er avhengig av at LMS tar betaling. Penger til barnevakt ved ulike kurs for barn, for eksempel barn med ADHD og autisme, ble foreslått. En fagperson skrev at LMS-enes økonomi bør sikres bedre, for eksempel for å kunne dekke reiseutgifter for brukere og pårørende.

Vi har i denne undersøkelsen ikke gått inn på takstsystemet, men mange kommentarer handler om takster. Det stilles spørsmål om takstbasert finansiering er hensiktsmessig for LMS-virksomhet, det påpekes at eksisterende takstsystem er uhensiktsmessig og det understrekes at takstsystemet ikke må være styrende for hvilke tilbud som gis og hvordan de utformes. En fagperson skrev:

"Det er viktig at fagfolk som hentes inn, brukes til noe nyttig for pasientene og ikke alene fordi det utløser høyere takster."

En gjenganger i kommentarene fra fagfolk som samarbeider med LMS i Bodø er lokalene. De beskrives som alt for trange og dårlige. En skrev:

"Lokalene setter begrensninger for læring gjennom praksis, både bevegelse/ fysisk aktivitet og ernæring/ matlaging".

En annen praktisk vanske som ble påpekt, er utfordringen ved store avstander mellom brukere/ pårørende og fagpersoner, og til tider vanskelige vær- og føreforhold. Bruk av videooverføring/ tele ble beskrevet å avhjelpe dette noe, men det erstatter ikke tilstedeværelse ved læringsoppleggene.

9 Konklusjon og anbefalinger

9.1 LMS som ideologi og praksis har betydelig støtte

Som det framkommer gjennom vår spørreundersøkelse, har LMS-virksomheten, både som ideologi og praksis, betydelig støtte både blant fagfolk og brukere som har deltatt i opplæringsaktiviteten (jf. kapittel 7). Basert på disse vurderingene er det etter vår vurdering derfor ikke grunn til å endre grunnleggende på den tenkningen en så langt har bygget virksomheten på.

Det kan se ut til at det blant både erfarne brukere og fagfolk er en opplevelse av at en ikke er så involvert i planlegging, gjennomføring og evaluering av læringsoppleggene som LMS-ansatte mener (jf. kapittel 6). Vi vil derfor anbefale at en ser nærmere på dette; skyldes det at de er mindre involvert i gjentakende kurs – en form for hensiktsmessighetsbetraktning, eller er det reelt ulike oppfatninger mellom gruppene?

9.2 Styrk evalueringen

Selv om det er sterk støtte for LMS-aktiviteten blant involverte erfarne brukere og fagfolk, mangler kunnskap om to sentrale forhold knyttet til nytten av LMS-tilbudet (jf. kapittel 8.2.1 og kapittel 8.4):

- Hvilken nytte har det for den enkelte bruker som deltar i LMSs læringsopplegg?
- Hvilken effekt har LMS-arbeidet når det gjelder å styrke brukermedvirkning og pasientopplæring generelt i helseinstitusjonen? Bidrar det til å øke fagfolks oppmerksomhet og kompetanse rundt dette? - og endrer det deres praksis?

Her kan en tenke seg at det er andre former for pasientopplæring som gir bedre resultat og/eller er mer ressursøkonomiske.

Begge disse spørsmålene krever langt mer avanserte evalueringsverktøy og –design enn det en per i dag anvender i evalueringen av tilbudet, og dette er evalueringsspørsmål som er generelle for all LMS-aktivitet i Norge. I tråd med våre anbefalinger i evalueringen av Nasjonalt kompetansesenter (Steihaug og Hatling 2006) bør dette evalueringsansvaret derfor, etter vår vurdering, ivaretas av Nasjonalt kompetansesenter og målbæres dit av Helse Nord. Også det å gjennomføre mer metodisk holdbare utprøvinger av alternative opplæringsmetoder bør etter vår vurdering gjennomføres på nasjonalt nivå (jf. kapittel 9.3).

Som vi påpeker i kapittel 6.2, er det også behov for å utvikle felles metodikk for den eksisterende evalueringen av læringsoppleggene. I første omgang bør dette sannsynligvis gjøres innen Fagnettverket i Helse Nord, der det finnes betydelig erfaring og kompetanse på feltet.

9.3 Forskning og fagutvikling og fagnettverkets rolle

For å kunne styrke LMS-arbeidet er det behov for forskning og fagutvikling. Dette gjelder både i forhold til å dokumentere mer systematisk den aktiviteten som skjer ved det enkelte

LMS, utforske koordinatorrollen (jfr kapittel 8.2.2), øke kunnskapen om læring og mestring som metode (herunder helsepedagogikk) (jf. kapittel 8.2.3), om læring og mestring som ideologi og praksis i møtet med et behandlingsorientert sykehussystem (jf. kapittel 8.3) og om effekten av lærings- og mestringsaktiviteten (jf. over). Det vises ellers til Steihaug og Hatling (2006) for en gjennomgang av behovet for forsknings- og fagutviklingsaktivitet innen feltet.

Vi har ikke gjort en særegen analyse av Fagnettverket i Helse Nord. Basert på våre gruppeintervjuer med LMS-ansatte på midtveiskonferansen er det imidlertid åpenbart at fagnettverket har en viktig funksjon på flere områder; som veiledningsressurs for deltakerne, for fagutvikling, i å standardisere LMS-tilbudet og i strategiarbeid på området. Samtidig påpekes det fra deltakerne at særlig fagutvikling og strategiarbeid lider under kapasitetsmangel. LMS-ene er små enheter under oppbygging med stadig nyrekruttering, og det er store avstander mellom dem. Nettverket er avgjørende viktig for de LMS-ansatte, og vi vil derfor sterkt anbefale at Helse Nord fortsetter sin støtte til fagnettverket, og at det vurderes å øke støtten med sikte på å styrke fagnettverkets strategiske arbeid.

Slik vi vurderer det, har Fagnettverket i Helse Nord i dag ikke ressurser til å ivareta overordnede fagutviklings- og forskningsoppgaver. Det er et spørsmål om man ønsker å bygge opp et forskningsmiljø i regi av Helse Nord. Dette kan enten skje ved at Helse Nord gjennom nyrekruttering bygger opp et slikt tilbud eller ved tilknytning til eksisterende forskningsmiljø, for eksempel gjennom samarbeidsavtaler med Nasjonalt kompetansesenter og de to regionale kompetansesentrene KPI (Helse Midt-Norge) og Kristiansand (Helse Sør).

Etter vår vurdering bør Fagnettverket i Helse Nord uansett styrke sitt arbeid med fagutvikling og forskningsvirksomhet og videreutvikles til et regionalt kompetansenettverk. Samarbeidsformer med andre fag- og forskningsmiljøer bør trolig velges ut fra Nasjonalt kompetansesenters (NK) fremtidige funksjon. Hvis NK tar et ansvar for å koordinere fag- og forskningsutvikling, bør Fagnettverket i Helse Nord inngå i et samarbeid her på linje med KPI og kompetansesenteret for Helse Sør. Hvis Nasjonalt kompetansesenter ikke ivaretar de overordnede koordineringsoppgavene på nasjonalt nivå, bør, etter vår vurdering, Fagnettverket i Helse Nord søke direkte samarbeid med kompetansesentrene i Helse Sør og Helse Midt-Norge.

9.4 LMS-virksomhet og prioritering

Som vi har vist i kapittel 4, har LMS-virksomheten mange og store oppgaver og liten bemanning. Foruten det å koordinere de eksisterende læringstilbudene dreier det seg om:

- å gjøre det nåværende tilbudet bedre kjent både for:
 - o fagpersoner (i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten)
 - o og aktuelle brukergrupper
- å styrke det eksisterende tilbudet slik at flere brukere kan delta
- å bygge ut nye tilbud
 - o overfor muligens mindre motiverte målgrupper (psykisk helse og rus)
 - o som et ledd i dette også styrke brukervedvirkningen – blant annet gjennom økt brukerorganisering (jf. kapittel 6.1.4)
- å legitimere brukervedvirkning – og likeverd – som en ny måte å tenke og handle på i en helsesektor dominert av en passiv brukerrolle og en ekspertrolle for fagpersonellet

Slik vi vurderer det, står derfor det enkelte LMS overfor betydelige prioriteringsutfordringer. Det nåværende tilbudet er somatisk dominert med en overvekt av tilbud i forhold til mennesker med diabetes. Bare to-tre LMS har tilbud til mennesker med psykiske lidelser og bare ett til mennesker med rusproblemer. Få tilbud er diagnoseuavhengige.

Så langt har LMS-ene i hovedsak valgt å prioritere tilbud ut fra hvor det er interesse, enten fra brukergrupper eller fagfolk. Den begynnende satsingen på psykisk helse og rus er basert på en mer behovsbasert prioritering. En slik nyorientering vil etter all sannsynlighet kreve større motivasjonsinnsats overfor både fagfolk og brukere samt metodeutvikling. Den store forskjellen på antall brukerdeltakere ved Bodø og de andre LMS-ene ble i stor grad forklart ved at metodeutvikling er tidkrevende. LMS Bodø har eksistert lenge, kursene er utviklet og etablert, og mange går nærmest uten LMS-medvirkning, mens nyere LMS bruker mye mer tid på å utvikle kurstilbudene (jf. kapittel 4.2.1). Når LMS skal etablere kurs til nye brukergrupper, er de videre avhengige av at den nødvendige kompetanse finnes, ved LMS, hos fagfolk og blant brukere. Slik vi ser det, bør derfor det enkelte HF/sykehus i sterkere grad involveres i en slik prioritering for derigjennom å forplikte organisasjonen i oppfølgingen. Jfr. også kapittel 8.5, som viser at en med dagens prioritering har til dels store utfordringer med å få enhetene til å prioritere LMS-arbeidet p.g.a. ressursknapphet.

I den grad Helse Nord ser seg tjent med en mer tydelig prioritering av målgrupper for LMS-ene framover, bør det vurderes hvilke suksesskriterier virksomheten skal følges på. Å evaluere virksomhetene i forhold til antall brukere på kurs, uavhengig av brukergruppe og om læringstilbudet er nyetablering eller videreføring av eksisterende tilbud, vil uvergelig dreie virksomheten i retning de motiverte bruker- og faggrupper og videreføring av eksisterende kurs.

9.5 Tydelig rolle i det enkelte helseforetak

Når det gjelder organisering, spriker formell organisasjonsplassering betydelig, og også vurderingen av de enkelte modeller (jf. kapittel 4.6). Dette skyldes sannsynligvis i mindre grad selve modellen, og mer lokale forhold som for eksempel ledelse og ledernes forhold til LMS-arbeid. Etter vår vurdering bør en derfor initiere lokale prosesser rundt hvert LMS for å klargjøre hvordan den aktuelle modellen i sterkere grad kan tilfredsstille de sju punktene vurdert i kapittel 4.6.

9.6 Kritisk masse

Som det framgår av kapittel 4.1, er de fleste LMS-ene små med få personer som overfor oss framstår som ildsjeler i forhold til dette arbeidet. Sentrene er dermed svært sårbare for utskiftninger og sykdom. Slik vi vurderer det, bør det på RHF-nivå lages en strategi for hvordan LMS-aktiviteten skal få legitimitet i den enkelte institusjon, særlig på ledelsesnivået. Tilsvarende bør en på HF-nivå vurdere hva som er et kritisk minstenivå for aktiviteten, og hvordan en skal sikre ressurser for å oppnå dette.

Referanser

Barlow JH, Bancroft GV, Turner AP. Self-management training for people with chronic disease: A shared learning experience. *J Health Psychol* 2005; 10 (6): 863-72.

Helse- og omsorgsdepartementet. Bestillerdokument 2006 fra HOD til Helse Nord RHF.

Helse Nord (2006): Styresak 08-2006/3. Strategier for utvikling av lokalsykehusfunksjoner i Helse Nord.

Kralik D, Koch T, Price K, Howard N. Patient involvement in clinical nursing. Chronic illness self-management: taking action to create order. *J Clin Nurs* 2004 Feb; 13 (2): 259-67.

Lorig KR, Holman HR. Self-management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Ann Behav Med* 2003; 26 (1): 1-7.

Nasjonalt kompetansesenters nettside (<http://www.aker-universitetssykehus.no/LMS/>) (2006): Ideologi og metode for Lærings- og mestringssentre.

Sluttrapport Prosjekt Lærings- og mestringssenter Aker sykehus 12.9.1997 - 31.12.1999. Prosjektnr. SHD 14271.

Steihaug S, Hatling T. Evaluering av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. SINTEF Helse, Rapport A6, Mai 2006.

Vifladt EH, Hopen L. Helsepedagogikk - Samhandling om læring og mestring. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. Valdres, 2004.

Vedlegg

Til brukere som har samarbeidet med lærings- og mestrings-senteret om læringstilbud

På oppdrag fra Helse Nord gjennomfører SINTEF Helse i høst en evaluering av lærings- og mestrings-sentrene (LMS) i helseregionen. Det er etablert 37 LMS ved helseforetakene rundt om i landet, og en rekke nye er i oppstartfasen/ under planlegging. Myndighetene og de regionale helseforetakene satser sterkt på utbygging av LMS-virksomheten som metode for å bistå fagfolk i å ivareta sin lovpålagte oppgave med pasient- og pårørendeopplæring. Det bærende element i LMS-virksomheten er likeverdig samarbeid mellom erfarne brukere og fagpersonell i pasient- og pårørendeopplæring.

Hensikten med denne evalueringen er å utvikle kunnskap om LMS-virksomheten i Helse Nord. På grunnlag av denne kunnskapen vil det bli drøftet hva slags utfordringer helseregionen tenkes å stå overfor i sitt videre LMS-arbeid, og det vil bli gitt råd om strategier for videreutvikling av virksomheten.

For å utvikle kunnskap om LMS-virksomheten og det enkelte LMS i helse Nord er brukernes erfaring med LMS-arbeidet svært viktig. Vi håper derfor du vil ta deg tid til å fylle ut vedlagte spørreskjema og returnere det til oss i vedlagte frankerte svarkonvolutt **så snart som mulig og senest 26.10.2006**.

OBS: LMS-ets navn står nederst på arket, men din besvarelse skal være anonym. Du skal derfor ikke skrive navnet ditt på spørreskjemaet.

Spørsmål rettes til

Sissel Steihaug

Telefon: 95 24 89 09

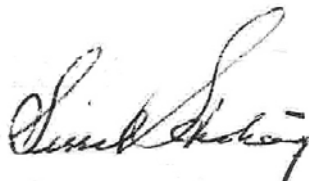
E-post: sissel.steihaug@sintef.no

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen



Trond Hatling
Prosjektleder



Sissel Steihaug
Prosjektmedarbeide

Spørreskjema til erfarne brukere av LMS Helse Nord

1. Hvor mange ulike læringsopplegg har du samarbeidet med lærings- og mestringssenteret om?

(antall)

2. Omtrent hvor mange ganger har du samarbeidet med LMS om å gjennomføre et læringsopplegg, inkludert gjentakelser av det samme opplegget (med et læringsopplegg menes et helt "kurs")?

(antall)

3. Hvilke læringsopplegg har du samarbeidet om?

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluering av læringsopplegg

Svar på spørsmålene ut fra din erfaring med **første gangs gjennomføring** av læringsopplegget(ene), dersom du har samarbeidet om læringsopplegg som **gjentas flere ganger**. Hvis du har samarbeidet om flere **ulike** opplegg, kan du svare på spørsmålene ut fra et samlet inntrykk fra første gangs gjennomføring av alle de ulike læringsoppleggene.

	<i>ikke i det hele tatt</i>				<i>svært mye</i>
4. Hvor mye deltok du i planleggingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
5. Hvor mye deltok du i gjennomføringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
6. Hvor mye deltok du i evalueringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
7. Hvor mye var fagfolk med i arbeidet med læringstilbudene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
	<i>svært dårlig</i>				<i>svært bra</i>
8. Hvordan vurderer du ditt samarbeid med ansatte ved lærings- og mestringssenteret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
9. Hvordan vurderer du ditt samarbeid med fagpersonellet som deltok?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
10. Lærings- og mestringsideologien baseres på likeverd mellom brukerkunnskap og fagkunnskap.					
Hvordan synes du dette stemmer med dine erfaringer fra samarbeid i praksis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

LMS-virksomheten

11. Vurderer du LMS sin samarbeidsmodell som hensiktsmessig?

	<i>ikke i det hele tatt</i>				<i>svært hensiktsmessig</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

12. Hva vurderer du som de viktigste utfordringene i LMS-samarbeidet?

	<i>ikke viktig</i>				<i>svært viktig</i>
Manglende kapasitet hos fagpersonell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende interesse hos fagpersonell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende kompetanse hos fagpersonell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende kapasitet hos brukerorganisasjoner/brukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende kompetanse hos brukereorganisasjoner/brukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende interesse hos brukeorganisasjoner/ brukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende økonomisk kompensasjon for brukere/pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende kapasitet ved LMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende interesse ved LMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende kompetanse ved LMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Annet, beskriv:

.....

.....

.....

13. Lærings- og mestringsideologien innebærer likeverd mellom brukerkunnskap og fagkunnskap. Er du enig i denne ideologien?

	<i>helt uenig</i>				<i>helt enig</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

14. Er Lærings- og mestringsvirksomheten en hensiktsmessig modell for å organisere pasient-og pårørendeopplæringen som spesialisthelsetjenesteloven pålegger sykehusene?

	<i>ikke i det hele tatt</i>				<i>svært hensiktsmessig</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Til fagpersoner som har samarbeidet med lærings- og mestrings-senteret om læringstilbud

På oppdrag fra Helse Nord gjennomfører SINTEF Helse i høst en evaluering av lærings- og mestrings-sentrene (LMS) i helseregionen. Det er etablert 37 LMS ved HF rundt om i landet, og en rekke nye er i oppstartfasen/ under planlegging. Myndighetene /RHF-ene satser sterkt på utbygging av LMS-virksomheten som metode for å bistå fagfolk i å ivareta sin lovpålagte oppgave med pasient- og pårørendeopplæring. Hensikten med denne evalueringen er å utvikle kunnskap om LMS-virksomheten i Helse Nord. På grunnlag av denne kunnskapen vil det bli drøftet hva slags utfordringer helseregionen tenkes å stå overfor i sitt videre LMS-arbeid, og det vil bli skissert råd om strategier for videreutvikling av virksomheten.

Fagfolk i sykehus har en travel hverdag og deres erfaringer med LMS-arbeidet i forhold til tidsbruk og nytteverdi er derfor avgjørende viktig.

SINTEFs evaluering omfatter:

- Spørreskjema til LMS-ansatte
- Spørreskjema til erfarne brukere som har deltatt i å arrangere læringstilbud
- **Spørreskjema til fagpersonell som har deltatt i å arrangere læringstilbud**
- Midtveiskonferanse/ Gruppeintervjuer

Din erfaring fra LMS-arbeidet vil utgjøre viktig kunnskap for oss i evalueringen, og vi håper du vil ta deg tid til å fylle ut vedlagte spørreskjema og returnere det til oss i vedlagte, frankerte svarkonvolutt **så snart som mulig og senest 26.10.2006**.

OBS: LMS-ets navn står nederst på arket, men din besvarelse skal være anonym. Du skal derfor ikke skrive navnet ditt på spørreskjemaet.

Spørsmål rettes til

Sissel Steihaug

Telefon: 95 24 89 09

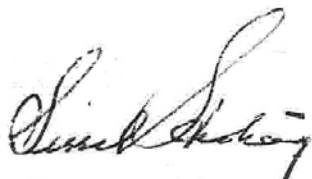
E-post: sissel.steihaug@sintef.no

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen



Trond Hatling
Prosjektleder



Sissel Steihaug
Prosjektmedarbeider

Spørreskjema til fagpersonell som har samarbeidet med lærings- og mestringssenteret (LMS) om læringstilbud til brukere

1. Yrkesgruppe:

2. Hvor mange ulike læringsopplegg har du samarbeidet med lærings- og mestringssenteret om?

(antall)

3. Omtrent hvor mange ganger har du samarbeidet med LMS om å gjennomføre et læringsopplegg, inkludert gjentakelser av det samme opplegget (med et læringsopplegg menes et helt "kurs")?

(antall)

4. Hva slags læringsopplegg har du samarbeidet om?

.....

.....

.....

Evaluering av læringsopplegg

Svar på spørsmålene ut fra din erfaring med **første gangs gjennomføring** av læringsopplegget(ene), dersom du har samarbeidet om læringsopplegg som **gjentas flere ganger**. Hvis du har samarbeidet om flere **ulike** opplegg, kan du svare på spørsmålene ut fra et samlet inntrykk fra første gangs gjennomføring av alle de ulike læringsoppleggene.

	<i>ikke i det hele tatt</i>			<i>svært mye</i>	
5. Hvor mye deltok du i planleggingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
6. Hvor mye deltok du i gjennomføringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
7. Hvor mye deltok du i evalueringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
8. Hvor mye var erfarne brukere med i arbeidet med læringstilbudene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
	<i>svært dårlig</i>			<i>svært bra</i>	
9. Hvordan vurderer du ditt samarbeid med ansatte ved lærings- og mestringssenteret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
10. Hvordan vurderer du ditt samarbeid med brukerne som deltok i å arrangere tilbudet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
11. Lærings- og mestringssideologien baseres på likeverd mellom brukerkunnskap og fagkunnskap.					
Hvordan synes du dette stemmer med dine erfaringer fra samarbeid i praksis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

LMS-virksomheten

12. Vurderer du LMS sin samarbeidsmodell som hensiktsmessig?

	<i>ikke i det hele tatt</i>				<i>svært hensiktsmessig</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

13. Hva vurderer du som de viktigste utfordringene i LMS-samarbeidet?

	<i>ikke viktig</i>				<i>svært viktig</i>
Manglende kapasitet hos fagpersonell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende interesse hos fagpersonell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende kompetanse hos fagpersonell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende tro på LMS-modellen som arbeidsmetode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Økonomiske begrensninger ved helseforetaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende kapasitet hos brukerorganisasjoner/brukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende kompetanse hos brukereorganisasjoner/brukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende interesse hos brukeorganisasjoner/ brukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende økonomisk kompensasjon for brukere/pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende kapasitet ved LMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende interesse ved LMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4
Manglende kompetanse ved LMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5				
	1	2	3	4	5

Annet, beskriv:

.....

.....

14. Lærings- og mestringsideologien innebærer likeverd mellom brukerkunnskap og fagkunnskap. Er du enig i denne ideologien?

	<i>helt uenig</i>				<i>helt enig</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**Til lærings- og mestringssenteret ved Nordlandssykehuset HF,
Bodø**

På oppdrag fra Helse Nord gjennomfører SINTEF Helse i høst en evaluering av lærings- og mestringssentrene (LMS) i helseregionen for å utvikle kunnskap om LMS-virksomheten i regionen. På grunnlag av denne kunnskapen vil det bli drøftet hva slags utfordringer Helse Nord tenkes å stå overfor i sitt videre LMS-arbeid, og det vil bli skissert råd om strategier for videreutvikling av virksomheten.

SINTEFs evaluering omfatter:

- Spørreskjema til LMS-ansatte
- Spørreskjema til erfarne brukere som har deltatt i å arrangere læringstilbud
- Spørreskjema til fagpersonell som har deltatt i å arrangere læringstilbud
- Midtveiskonferanse/ Gruppeintervjuer

Vi håper dere vil hjelpe oss med evalueringen ved å:

- 1. Fylle ut vedlagte spørreskjema om LMS sin virksomhet og sende dem tilbake til oss i vedlagte svarkonvolutt så snart som mulig, og senest 26.10.2006.**
- 2. Sende vedlagte spørreskjema om erfarne brukeres erfaringer til alle de brukerne dere har samarbeidet med om å utvikle læringstilbud.**
- 3. Sende vedlagte spørreskjema om fagfolks erfaringer til alle de fagfolkene dere har samarbeidet med om å utvikle læringstilbud.**

OBS: Vi ber dere også notere hvor mange erfarne brukere og hvor mange fagpersoner dere sender spørreskjema til og skrive tallene inn i svarskjemaet (side 2). Slik vil vi kunne se hvor stor andel brukere og fagfolk som svarer. Begge grupper returnerer sine utfylte skjemaer direkte til oss.

LMS-ets navn står nederst på alle skjemaene. Det innebærer at opplysningene fra erfarne brukere og samarbeidende fagpersonell kan spores tilbake til deres LMS. Men både brukerne og fagfolkene skal besvare skjemaene anonymt slik at vi ikke vet hvem som har svart.

Spørsmål rettes til


Sissel Steihaug

Telefon: 95 24 89 09

E-post: sissel.steihaug@sintef.no

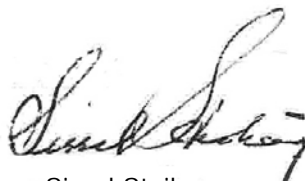
På forhånd tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen



Trond Hatling

Prosjektleder



Sissel Steihaug

Prosjektmedarbeider

Spørreskjema til Lærings- og mestringssenteret ved Nordlandsykehuset, Bodø

Antall utsendte skjema til brukere:

Antall utsendte skjema til fagpersonell:

1. Antall stillinger ved LMS:

2. List opp LMS-ets læringstilbud til brukere/pårørende i 2006

(Svar på vedlagte ark dersom det er nødvendig)

Tilbud	Er tilbudet utformet etter LMS-modellen?*(sett kryss)	Er tilbudet diagnosespesifikt? (sett kryss) Angi diagnosegruppe der dette ikke framgår av tilbudets tittel.	Hvilke aldersgrupper er tilbudet rettet mot? 0-6, 7-12, 13-24, 25-49, 50-79, over 80.	Hvor mange brukere/pårørende har deltatt hittil i år?

* LMS-modellen: Planlegges, gjennomføres og evalueres i samarbeid mellom erfarne brukere og tverrfaglig personell.

3. Omtrent hvor stor prosentandel av arbeidstiden brukes til direkte arbeid med læringstilbud til brukere (beskrevet under spørsmål 2)?

- Under 25 prosent 25-50 prosent 50-75 prosent Over 75 prosent

4. Gi en oversikt over andre tilbud til brukere ved deres LMS:

(fortsett evt. på eget ark)

.....

5. Gi en oversikt over andre tilbud til fagfolk ved deres LMS:

(fortsett evt. på eget ark)

.....

6. Omtrent hvor mange timer per uke brukes gjennomsnittlig til annet arbeid enn det som er nevnt ovenfor?

Antall timer per uke
i gjennomsnitt

Nettverksbygging innen sykehuset

Nettverksbygging i forhold til andre samarbeidspartnere

Fag- og kompetanseutvikling

Informasjonsarbeid

Arbeid med å utvikle LMS-virksomhet og brukermedvirkning innen sykehuset

Annet? Angi hva slags arbeid og antall timer på hver aktivitet nedenfor.

(fortsett evt. på eget ark)

.....

LMS-ansattes rolle i læringstilbudene beskrevet under spørsmål 2

	<i>aldri</i>				<i>alltid</i>
7. Deltar LMS-ansatte i planleggingen av læringstilbud til brukere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
8. Deltar LMS-ansatte i gjennomføringen av læringstilbud til brukere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
9. Deltar LMS-ansatte i evalueringen av læringstilbud til brukere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
10. Tilrettelegger LMS-ansatte for andre typer læringstilbud ("pasientskoler") som fagfolk gjennomfører?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Fagpersonells rolle i LMS-tilbudene beskrevet under spørsmål 2

	<i>aldri</i>			<i>alltid</i>	
11. Deltar fagpersoner i planleggingen av læringstilbud til brukere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
12. Deltar fagpersoner i gjennomføringen av læringstilbud til brukere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
13. Deltar fagpersoner i evalueringen av læringstilbud til brukere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
14. Er det vanskelig å få fagpersoner til å delta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
15. <u>Hvis</u> det er vanskelig å få fagfolk til delta, hvor viktige er følgende faktorer?					
	<i>ikke viktig</i>				<i>svært viktig</i>
Manglende kapasitet hos fagfolk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende interesse hos fagfolk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende kompetanse hos fagfolk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Fagfolkene er uenige i LMS-metoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Økonomiske begrensninger ved helseforetaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Annet, beskriv:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	1	2	3	4	5

Brukernes rolle i LMS-tilbudene beskrevet under spørsmål 2

	<i>aldri</i>			<i>alltid</i>	
16. Deltar erfarne brukere i planleggingen av læringstilbud til brukere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
17. Deltar erfarne brukere i gjennomføringen av læringstilbud til brukere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
18. Deltar erfarne brukere i evalueringen av læringstilbud til brukere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Hvordan rekrutteres erfarne brukere til å delta i å utforme læringstilbudene?					
	<i>aldri</i>				<i>alltid</i>
19. Gjennom brukerorganisasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
20. Tidligere pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
21. Andre brukere (beskriv):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	1	2	3	4	5
22. Er det vanskelig å rekruttere erfarne brukere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

23. Hvis det er vanskelig å rekruttere erfarne brukere, hvor viktige er følgende faktorer?

	<i>ikke viktig</i>				<i>svært viktig</i>
Finnes ikke aktuell brukerorganisasjon på stedet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4
	5				
Aktuell(e) brukerorganisasjon(er) har for få aktive medlemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Aktuell(e) brukerorganisasjon(er) har ikke skolert medlemmene godt nok for slike oppgaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Det er praktiske vansker som gjør at brukerne ikke kan delta (arbeid, lang vei og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende økonomisk kompensasjon for brukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Annet, beskriv:

24. Hva har, samlet sett, vært de største utfordringene i utvikle læringstilbudene til brukere og pårørende ved deres LMS? (fortsett gjerne på eget ark)

.....

.....

.....

.....

.....

Prioritering

25. Finnes et læringstilbud til alle brukergrupper som har behov for det?

ja nei

26. Hvis nei, hvilke tilbud mangler?

.....

.....

.....

.....

27. Hvilke forhold er av betydning for at eventuelle manglende tilbud ikke er etablert?

	<i>ikke viktig</i>				<i>svært viktig</i>
Manglende kapasitet ved LMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende kompetanse ved LMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Mangler erfarne brukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende kapasitet hos fagfolk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende interesse hos fagfolk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Manglende kompetanse hos fagfolk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Begrenset økonomi ved helseforetaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Annet, beskriv:

.....

28. Er det tilstrekkelig kapasitet innen de tilbud som finnes ved deres LMS?

ja nei

29. Hvis nei, hva slags kriterier ligger til grunn for prioriteringen av dem som får et tilbud?

.....
.....
.....
.....
.....

30. Hva har vært avgjørende for hvilke tilbud dere har utviklet ved deres LMS?

.....
.....
.....
.....
.....

31. Hva slags tilbud ville dere gitt/ utviklet hvis dere hadde mer kapasitet?

.....

.....

.....

.....

32. Hva slags tilbud ville dere gitt/ utviklet hvis dere hadde mer kompetanse?

.....

.....

.....

.....

Samarbeid

33. Samarbeider dere med andre LMS om å utvikle:

	<i>ikke i det hele tatt</i>			<i>svært mye</i>	
A. <u>ulike</u> tilbud ved de ulike LMS slik at flere fagområder dekkes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
B. <u>de samme</u> tilbudene ved ulike LMS for å bedre kvaliteten på tilbudene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
34. Samarbeider dere med kommunehelsetjenesten (unntatt fastleger) om å gjennomføre læringstilbud ved LMS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
35. Samarbeider dere med fastleger om å gjennomføre læringstilbud ved LMS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
36. Samarbeider dere med kommunehelsetjenesten (unntatt fastleger) om å rekruttere brukere til deres læringstilbud ved LMS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
37. Samarbeider dere med fastlegene om å rekruttere brukere til læringstilbud ved LMS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
38. Samarbeider dere med andre fagfolk utenfor helseforetaket om å gjennomføre eller rekruttere brukere til læringstilbud ved LMS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Hva slags fagfolk? Spesifiser:

.....

.....

.....

.....

Evaluering

- 39. Gjennomfører dere systematisk evaluering av tilbudene på grunnlag av vurderingen til deltakerne i læringsoppleggene?**
(ikke erfarne brukere som samarbeider om oppleggene)

aldri *alltid*
1 2 3 4 5

- 40. Hva slags evalueringsmetoder anvender dere?**

.....

.....

.....

.....

.....

Organisering

- 41. Hvordan er deres LMS organisert? (sett ett kryss)**

- Integret i en klinisk avdeling
I tilfelle hva slags avdeling?
- Enhet under leder for klinisk avdeling
I tilfelle hva slags avdeling?
- Integret i annen avdeling
(fag-, organisasjons-, utviklings- forsknings-, kvalitetsavdeling el likn.)
I tilfelle hva slags avdeling?
- Enhet under leder for slik avdeling
(fag-, organisasjons-, utviklings- forsknings-, kvalitetsavdeling el likn.)
I tilfelle hva slags avdeling?
- Enhet på linje med andre avdelinger
Organisert hvor?
- I stab under klinikkjefen
- Annen organisering?
Spesifiser:

- 42. Er dere fornøyd med denne organiseringen?**

ikke i det *svært*
hele tatt 1 2 3 4 *godt*
5

43. Ivaretar deres organisering: (kan sette flere kryss)

	<i>ikke i det hele tatt</i>				<i>svært godt</i>
a) kontakt med hele sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
b) kontakt med klinikerne i sykehusavdelingene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
c) kontakt med brukerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
d) faglig tilhørighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
e) forankring i ledelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
f) legitimitet i sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
g) samarbeid med andre i sykehuset om strategi- og fagutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

44. Eventuelle utdypende kommentarer om organisering

.....

.....

.....

.....

.....

45. Her ønsker vi generelle utdypende kommentarer Fortsett gjerne på eget ark.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Skjemaet returneres innen 26. oktober 2006.