

Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene

Utfordringer og forbedringsområder for
tilbud i helseforetak og kommuner
og samhandlingen mellom tjenestenivåene

Forprosjekt

Januar 2021

HELSE  MIDT-NORGE HELSE  NORD HELSE  SØR-ØST HELSE  VEST

 Helsedirektoratet

Innhold

Innhold.....	2
Sammendrag.....	4
Begreper i rapporten	5
1.0 Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet.....	6
1.1 Konkretisering av oppdraget.....	6
2.0 Bakgrunn for læring og mestring	8
2.1 Lovgrunnlag.....	8
2.2 Status.....	9
3.0 Felles anbefalinger for videre arbeid	10
4.0 Prosjektorganisering	13
4.1 Forprosjektet til de regionale helseforetakene	13
4.1.1 Mandat	13
4.1.2 Organisering og brukermedvirkning.....	14
4.2 Forprosjektet til Helsedirektoratet	14
4.2.1 Mandat	14
4.2.2 Organisering og brukermedvirkning.....	14
4.3 Kunnskapsgrunnlaget for felles rapport.....	15
4.3.1 Spesialisthelsetjenesten	15
4.3.2 Lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen.....	15
4.3.3. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten.....	15
4.3.4 Samhandling mellom helseforetak og kommuner	16
4.3.5 Koordinering og gjennomføring av forprosjektene	16
4.4 Avgrensing og vurdering av kunnskapsgrunnlaget	17
5.0 Hovedfunn - utfordringer og forbedringsområder.....	18
5.1 Begrepet læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten.....	18
5.2 Brukermedvirkning.....	19
5.3 Variasjon i lærings- og mestringstilbudet i spesialisthelsetjenesten	20
5.3.1 Sykdomsgrupper	20
5.3.2 Pasientgrupper	21
5.3.3 Pårørende.....	21
5.3.4 Tilbud i spesialisthelsetjenesten til personer med innvandrerbakgrunn.....	22
5.3.5 Læring og mestring i pasientforløp	23
5.3.6 Vurdering av variasjon	23

5.4 Organisering, strategisk styring og ledelse i spesialisthelsetjenesten	24
5.4.1. Organisering av læring- og mestringstjenester	24
5.4.2. Dokumentasjon, registreringspraksis og finansiering.....	25
5.5 Lærings- og mestringstilbud i de kommunale helse- og omsorgstjenestene	26
5.5.1 Status – utbredelse, stillingsressurser og antall brukere	27
5.5.2 Innhold og kvalitet	27
5.5.3 Tilbudet i kommuner som ikke har frisklivssentral	29
5.5.4 Tilbud tilrettelagt for personer med innvandrerbakgrunn.....	30
5.5.5 Dokumentasjon og rapportering.....	30
5.6 Samhandling mellom helseforetak og kommuner.....	31
5.6.1 Kunnskapsgrunnlag.....	31
5.6.2 Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner	32
5.6.3 Helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester.....	32
5.6.4 Oversikt og informasjon om lærings- og mestringstilbud	33
5.7 Ny teknologi og nye arbeidsmåter.....	34
5.8 Helsepersonells kompetanse	35
5.8.1. Tilstrekkelig kompetanse og kapasitet.....	35
5.8.2. Kommunikasjon og helsepedagogikk.....	35
5.8.3. Samhandling og kompetanseutveksling.....	36
5.9 Lærings- og mestringstilbud tilpasset den samiske befolkningen	37
6.0 Lærings- og mestringsvirksomhetens bidrag til økt helsekompetanse	39
6.1 Befolkningsrettet helseinformasjon.....	39
6.2 Brukermedvirkning og likepersonarbeid	40
6.3 Opplæring i kommunikasjon og helsepedagogikk	40
7.0 Oppsummering og veien videre.....	42
Referanseliste	43

Sammendrag

I 2019 ga Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) de regionale helseforetakene (RHF-ene) og Helsedirektoratet i oppdrag om å gjennomføre to forprosjekter for henholdsvis gjennomgang av lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjeneste og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og samhandlingen mellom tjenestenivåene. Lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen skulle inngå i begge forprosjektene. Forprosjektene skulle koordineres av Helse Sør-Øst RHF.

Det er et mål i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) at kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen. De to forprosjektene har derfor valgt å utarbeide en felles rapport med sammenstilte anbefalinger som kan danne grunnlaget for videre arbeid.

Forprosjektene har avdekket utfordringer og forbedringsområder for lærings- og mestringsevne (1).

- Det mangler en felles forståelse av hva som ligger i begrepet læring og mestring, og hvilke tiltak som inngår i læring og mestring.
- Rapporten påviser store variasjoner i tilgjengelighet, organisering, og innhold av tilbud både i helseforetak og kommuner. Det varierer hvem som får tilbud, og det er risiko for at de minst ressurssterke gruppene ikke fanges opp i spesialisthelsetjenesten.
- Læring og mestring synes ikke tilstrekkelig integrert i arbeidet med pasientforløp, kravene til dokumentasjon er svak og arbeidet har svak lederforankring. Det kan tyde på at oppgavene innen læring og mestring ikke prioriteres på samme måte som andre lovpålagte oppgaver.
- Samhandling ser ut til å være et underprioritert område med store lokale variasjoner. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner om læring og mestring oppfyller ikke Helsedirektoratets anbefalinger om konkretisering, brukervedvirkning, forpliktelse, tilgjengelighet og vedlikehold.
- Før Covid-19-pandemien var ny teknologi lite benyttet i lærings- og mestringsevne. Mange har digitalisert mer av arbeidet i 2020. Dette har gitt mer fleksibilitet og alternative måter å følge opp arbeidet på. Det er mangler i lærings- og mestringstilbud tilrettelagt for den samiske befolkningen.

Brukermedvirkning inngår i alt lærings- og mestringsevnearbeid og er derfor integrert i flere anbefalinger:

- Det utvikles nasjonale føringer for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten som kan tydeliggjøre bl.a. begrep, målgruppe, kompetanse, organisering, oppgavedeling og samhandling, samt nye arbeidsmåter. Det anbefales at læring og mestring inngår i alle relevante pakkeforløp, veiledere og retningslinjer.
- Datagrnnlaget om læring og mestring kan styrkes gjennom hensiktsmessig verktøy for dokumentasjon, oppfølging av virksomheten og ved å inkludere aktivitetsdata om læring og mestring i nasjonale registre.
- Nasjonal veileder for de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner kan tydeliggjøre krav til likeverdighet mellom partene i prosessen for avtaleinngåelse.

- Samhandling om lærings- og mestringstilbud bør være et prioritert område i helsefelleskapene.
- Helseforetak og kommuner må samarbeide om utvikling av lærings- og mestringstilbud tilpasset hvert av de samiske språkområdene, og det bør sees nærmere på hvordan lærings- og mestringstilbud bør tilpasses til personer med innvandrerbakgrunn.

Det videre arbeidet må vurdere hovedretninger for hvilken oppgavedeling, ansvarsplassering og organisering av lærings- og mestringsevne som er mest hensiktsmessig formålsoppgave.

Begreper i rapporten

- I denne rapporten brukes forkortelsen LMT/PPO om lærings- og mestringstjenestene/pasient og pårørendeopplæring i spesialisthelsetjenesten. Lærings- og mestringstilbud i kommuner og helseforetak forkortes LM-tilbud.
- Kommunale lærings- og mestringstilbud omfatter tilbudet i frisklivssentraler, og derfor benyttes også begrepene kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.
- I rapporten brukes både begrepene pasient og bruker.
- Se kapittel 5.1 for en nærmere beskrivelse av begrepet læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten.

1.0 Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 har som mål å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Planen påpeker behovet for å vurdere om læring- og mestring kan tilbys på måter som gjenspeiler endringene i helse- og omsorgstjenestene og gir en mer hensiktsmessig oppgavefordeling og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene (2). I tilleggskildet til Oppdragsdokumentet 2019 ga Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) de regionale helseforetakene (RHF-ene) og Helsedirektoratet følgende oppdrag (3):

«De regionale helseforetakene skal gjennomføre et forprosjekt for gjennomgang og revisjon av lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende oppdrag vil bli gitt til Helsedirektoratet som skal gjennomføre et forprosjekt for gjennomgang av oppgavedeling og samhandling mellom lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De to forprosjektene skal koordineres og ansvaret for koordineringen legges til Helse Sør-Øst RHF. Arbeidet skal gjennomføres, og legges fram for Helse- og omsorgsdepartementet, innen medio mai 2020».

Lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen skal inngå i begge forprosjektene og det skal være brukerrepresentanter i forprosjektene arbeidsgrupper (4).

Helsedirektoratet ble også bedt om at vurderinger og forslag til tiltak skulle innbefatte økonomisk-administrativ vurdering (4).

1.1 Konkretisering av oppdraget

Oppdraget er et av flere oppdrag som skal bidra til å oppfylle sentrale mål i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (2) og omfatter tilbud i helseforetak og kommuner, samhandlingen mellom tjenestenivåene samt eksisterende føringer og praksis. I Nasjonal helse- og sykehusplan går det fram at ved revisjon av lærings- og mestringstjenestene skal det også gjøres en vurdering av hvordan de kan bidra til å øke helsekompetansen i befolkningen for øvrig (2).

Det skal gjennomføres to koordinerte forprosjekt;

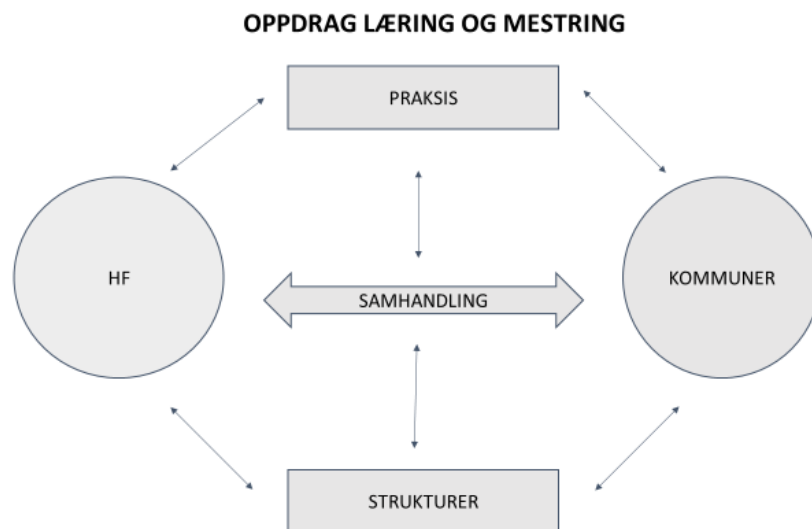
- De regionale helseforetakene (RHF-ene) skal gjennomføre et forprosjekt som skal gi oppdatert status, synliggjøre utfordringsbildet og peke på forbedringsområder for lærings- og mestringsevne i spesialisthelsetjenesten.
- Helsedirektoratet skal kartlegge oppgavedeling og samhandling mellom lærings- og mestringsevne i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten og peke på forbedringsområder. I tillegg skal Helsedirektoratets forprosjekt undersøke om kommunene oppfyller sitt sørge for-ansvar (4).
- Siden dette er et forprosjekt som peker på forbedringsområder for videre arbeid, er det ikke gjort inngående administrative og økonomiske vurderinger. Anbefalingene fra forprosjektet vil i stor grad kunne gjennomføres innenfor eksisterende økonomiske-administrative rammer. En del av anbefalingene er allerede gitt som oppdrag til Helsedirektoratet og blir utredet eller skal utredes. Noen anbefalinger vil det kunne være

behov for økte økonomiske rammer. Dette må eventuelt utredes nærmere i et hovedprosjekt.

Oppdraget omfatter tilbud i både helseforetak og kommuner og samhandling mellom tjenestenivåene. Læring og mestring skal inngå i alle tjenester og forløp og inkluderer alle brukere, pasienter og pårørende som har behov for slike helsetilbud. Det er derfor hensiktsmessig å se lærings- og mestringsvirksomheten i et helhetlig perspektiv.

Det er et mål i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 at kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen. De to forprosjektene har derfor valgt å utarbeide en felles rapport med sammenstilte anbefalinger som grunnlag for videre arbeid i et eventuelt hovedprosjekt.

Grunnet Covid-19 ble arbeidet forsinket og frist for leveranse utsatt. Etter avtale med departementet, ble frist for leveranse utsatt og oppdragsrapport oversendes Helse- og omsorgsdepartementet i løpet av januar 2021.



Figur 1: Oppdraget gjelder all lærings- og mestringsvirksomhet i helsetjenesten og omfatter tilbud i helseforetak og kommuner, samhandlingen mellom tjenestenivåene samt eksisterende føringer for strukturer og praksis. Aktiviteten på hvert av områdene henger sammen og påvirker hverandre. Forprosjektene har derfor vurdert lærings- og mestringsvirksomheten i et helhetlig perspektiv og kartlagt status, utfordringer og forbedringsområder for alle elementene i figuren.

2.0 Bakgrunn for læring og mestring

Læring og mestring skal være en integrert del av alle helse- og omsorgstjenester, og inngå i helhetlige forløp for brukere, pasienter og deres pårørende. Det overordnede målet er å fremme helse og livskvalitet.

2.1 Lovgrunnlag

Lovgrunnlaget for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten slår fast at helseforetak og kommuner skal sikre tilbud som bidrar til læring og mestring. Opplæring av pasienter og pårørende er en lovpålagt oppgave for helseforetakene gjennom spesialisthelsetjenesteloven (5) § 3-8, pkt. 4, og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (6) § 13, pkt. c. Organisering, innhold og form på lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten varierer (2). Det kan være som egne lærings- og mestringssenter eller som integrerte tilbud i klinikkene.

Samarbeid knyttet til læring og mestring i helhetlige forløp skal beskrives i lovpålagte samarbeidsavtalene jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (7) § 6-2, pkt. 2.

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse og omsorgstjenester fra kommunen, jf. helse og omsorgstjenesteloven §3.5. Kommunene er gjennom helse- og omsorgstjenesteloven (7) pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende helse- og omsorgstjenester til befolkningen¹. De har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose (8). Kommunene organiserer lærings- og mestringstilbud på ulike måter. Det kan være i frisklivssentraler (9), egne enheter for læring og mestring, felles frisklivs- og mestringstilbud eller i regi av ulike helsetjenester. Lærings- og mestringsevne, herunder tilbud i frisklivssentraler, er sentralt innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (8).

Pasienter og pårørende har rett til tilpasset informasjon jf. pasient- og brukerrettighetsloven (10) §3 og tilsvarende har helsepersonell plikt til å gi informasjon tilpasset pasienter og pårørendes rettigheter jf. helsepersonelloven (11) §10. Helsepersonell har videre plikt til å ivareta barns behov for informasjon og oppfølging ved sykdom, rusmiddelavhengighet, skade eller død i familien jf. helsepersonelloven (11) §10a og b.

Brukerne har rett til å medvirke ved utforming, gjennomføring og evaluering av tilbud jf. pasient og brukerrettighetsloven (10) § 3-1 og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (6) § 4. helse- og omsorgstjenesteloven_(7) § 3.10 setter krav til kommunene om pasienters og brukeres innflytelse på utforming av helse- og omsorgstjenesten og til å sørge for tilbud basert på pasientenes behov (§ 42a). Staten har videre ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom regelverk og økonomiske rammer. Staten har også ansvar for å føre tilsyn og kontroll (12).

¹ Opplæring er spesifikt nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven (7) § 3-2.

2.2 Status

I 2020 var det totalt 26 Lærings- og mestringsentre (LMS) med stedlig ledelse i 20 helseforetak og private ideelle aktører med refusjonsavtale (1). Tidligere kartlegginger (13) viser at det er stor variasjon mellom helseforetakene, bl. a. med hensyn til hvilke tilbud som gis, hvilke ressurser som tilføres, hvilke pasientgrupper som får tilbud, hvordan tjenestene er integrert i strategiske planer og pasientforløp, hvordan tjenestene er organisert og oppgavene fordelt mellom sentrene og klinikkene. Mulighetene for å dokumentere lærings- og mestringsaktivitet oppleves som utilstrekkelig. Erfaring tyder også på at det er manglende kunnskap om oppgavedeling og samhandling mellom tjenestenivåene om lærings- og mestringsstilbud (14).

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK-LMH) har publisert en oversikt over kommuner som driver lærings- og mestringsvirksomhet². Den omfatter 79 kommuner og er basert på en kartlegging av definerte organisatoriske enheter for læring- og mestring fra 2015/2016 (15).

Kommunene rapporterer årlig om personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom Kommune-stat-rapportering (KOSTRA), herunder om kommunen har etablert frisklivssentral. For å følge utviklingen i tjenesten er det i 2013, 2016 og 2019 rapportert om tilbud, kompetanse, ressurser og organisering av kommunale frisklivssentraler. Her fremkommer alle lærings- og mestringsstilbud som er organisert inn i eller tilbys i regi av frisklivssentralene. Lærings- og mestringsstilbud forankret i andre kommunale helse- og omsorgstjenester fremkommer ikke i KOSTRA. 274 kommuner og bydeler hadde etablert frisklivssentral i 2018 (16). Kunnskap om tilgang til og organisering av kommunale lærings- og mestringsstilbud i kommuner som ikke har etablert frisklivssentraler, er mangelfull. System for dokumentasjon av aktivitet oppleves utilstrekkelig (17). Data for lærings- og mestringsvirksomhet, herunder arbeid med levevaner, er ikke inkludert i nasjonale registre (KPR og NPR).

² <https://mestring.no/lærings-og-mestringsaktivitet/organisering/oversikt-kommunene/> (5.1.2021)

3.0 Felles anbefalinger for videre arbeid

I dette kapittelet presenteres felles anbefalinger for videre arbeid med læring og mestring i helse- og omsorgstjenestene. Hovedfunn, identifiserte utfordringer og forbedringsområder, er beskrevet og vurdert i kapittel 5. Anbefalingene peker på mulige virkemidler og tiltak som kan bidra til å nå mål i nasjonal helse- og sykehusplan om pasienten som aktiv deltaker og helhetlige og sammenhengende tjenester. Brukermedvirkning inngår i alt lærings- og mestringsarbeid. Det er derfor ikke et eget forbedringsområde i oversikten under, men integrert i flere av anbefalingene.

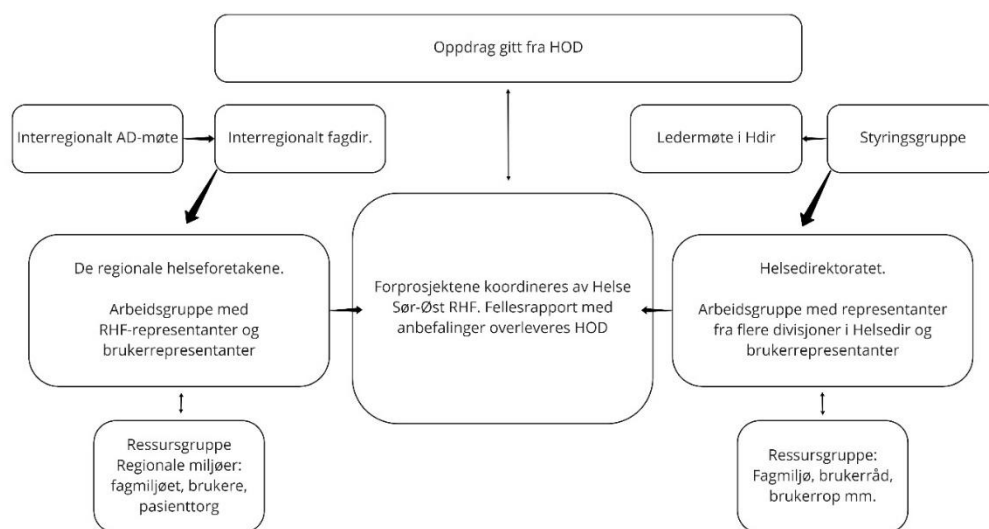
Forbedringsområder	Anbefalinger for videre arbeid
Sikre likeverdig tilgang på lærings- og mestringstilbud av god kvalitet	<ol style="list-style-type: none">1. Utrede og anbefale hvilken organisering, ansvars- og oppgavedeling av lærings- og mestringstjenester innen og mellom tjenestenivå som er mest hensiktsmessig for måloppnåelse.2. Videreutvikle nasjonale føringer og veiledere for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten som tydeliggjør:<ul style="list-style-type: none">○ ansvar, oppgavedeling og samhandling.○ forankring og organisering av lærings og mestringsvirksomhet○ integrering i helhetlige pasientforløp○ sentrale begrep○ målgruppe○ tjenester og tilbud○ brukermedvirkning på system-, tjeneste- og individnivå○ helsepersonells kompetanse○ indikatorer for kvalitet av drift og tilbud○ dokumentasjon○ arbeidsmåter og digitalisering○ tilrettelegging av tilbud til brukere, pasienter og pårørende med annen språk- og kulturbakgrunn og/eller med kommunikasjonsutfordringer.○ familieperspektivet○ samarbeid med frivillige, private og andre offentlige aktører○ hvordan bidra til økt helsekompetanse.3. Vurdere juridiske og økonomiske virkemidler som tydeliggjør og fremmer lærings- og mestringsvirksomhet i kommuner og helseforetak.4. Gi lett tilgjengelig oversikt over og informasjon om hva som finnes av lærings- og mestringstilbud.
Pasient- og pårørendeopplæring i aktuelle pasientforløp	<ol style="list-style-type: none">5. Tydeliggjøre at pasient- og pårørendeopplæring må inngå i alle relevante pakkeforløp, veiledere og retningslinjer.6. Gjennomgå tilbud om og dokumentasjon av læring og mestring til pasienter og brukere innen psykisk helse og rus.

<p>Strategisk styring, ledelse og finansiering</p>	<p>7. Videreutvikle kodeverk og mål for virksomhetsstyring for læring og mestring i spesialisthelsetjenesten. Kodene anbefales knyttet til finansiering.</p> <p>8. Styrke datagrunnlaget om læring og mestring gjennom hensiktsmessige verktøy for dokumentasjon, standardisert informasjon i elektroniske pasientjournalssystem og ved å inkludere aktivitetsdata om læring og mestring i NPR og KPR.</p> <p>9. Vurdere virkemidler og tiltak som sikrer at helsepersonell har/får tilstrekkelig kompetanse for arbeid med læring og mestring.</p>
<p>Følge med på utvikling i tjenesten</p> <p>Evaluering og forskning</p>	<p>10. Følge utviklingen i tjenesten og styrke kunnskapsgrunnlaget for læring og mestring gjennom evaluering og forskning på kost-nytte og effekt av tilbud, samhandlingstiltak, organisering og brukermedvirkning.</p> <p>11. Vurdere fremtidige modeller for organisering og strukturer for fagutvikling for å styrke kvaliteten på lærings- og mestringstilbud i helse- og omsorgstjenesten.</p> <p>12. Innhente kunnskap om læring og mestringstilbud til personer med innvandrerbakgrunn, og foreslå tiltak.</p>
<p>Oppgavedeling og samhandling</p>	<p>13. Nasjonal veileder og maler for de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner må tydeliggjøre krav til:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ likeverdighet mellom partene i prosessen for avtale inngåelse ○ konkretisering, brukermedvirkning, forpliktelse, tilgjengelighet og vedlikehold ○ samhandling om oversikt over og informasjon om LM tilbud ○ etablering av strukturer som fremmer samhandling om LM ○ tilrettelegging av LM-tilbud til den samiske befolkningen. <p>14. Vurdere dagens finansieringsordninger slik at de i større grad fremmer kontinuitet og samhandling om læring og mestring.</p> <p>15. Samhandling om lærings- og mestringstilbud bør være et prioritert område i helsefelleskapene.</p>
<p>Ny teknologi og nye arbeidsmåter</p>	<p>16. Utvikle og evaluere hensiktsmessig digitale verktøy for dokumentasjon rapportering og samhandling om læring og mestring. Se også pkt. 7.</p> <p>17. Utvikle nye tilbud og arbeidsmåter i lærings- og mestringsarbeidet basert på mulighetene som ligger i ny teknologi og digitalisering.</p>
<p>LM tilbud til den samiske befolkningen</p>	<p>18. Samarbeid mellom helseforetak og kommuner om utvikling av om lærings- og mestringstilbud tilpasset hvert av de samiske språkområdene:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. nord-samisk språkområde (Sámi Klinihkka) b. lulesamisk språkområde (Nordlandssykehuset)

	<p>c. sørsamisk språkområde (St. Olav) Sámi klinihkka kan gis oppdrag som nasjonalt ressurscenter i dette arbeidet.</p>
--	---

4.0 Prosjektorganisering

Nedenfor beskrives forprosjektene med mandat, organisering og brukermedvirkning, samt gjennomføring og koordinering av arbeidet. Kapittel 4.4 omhandler avgrensinger i forprosjektet og vurdering av kunnskapsgrunnlaget. Figur 2 illustrerer hvordan forprosjektene er organisert og koordinert.



Figur 2. Organisering og koordinering av forprosjektene

4.1 Forprosjektet til de regionale helseforetakene

4.1.1 Mandat

Mandat for forprosjektet i spesialisthelsetjenesten ble vedtatt i interregionalt fagdirektørmøte 14. desember 2019 og finansiering vedtatt i interregionalt AD-møte i 16. desember 2019. De regionale helseforetakene skulle gjennomføre et forprosjekt som skal gi oppdatert status, synliggjøre utfordringsbildet og peke på forbedringsområder for lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten. RHF-enes forprosjekt skulle kartlegge og evaluere følgende hovedtemaer:

- Styring og organisering.
- Nye arbeidsmåter; bruk av og planer for å utvikle og ta i bruk ny teknologi innen læring- og mestring.
- Brukermedvirkning, brukererfaringer og tilgjengelighet av læring- og mestringstilbud, blant annet med vekt på samiske pasienter.
- Uønsket variasjon i lærings- og mestringstilbudet til pasienter og pårørende innen somatikk.

4.1.2 Organisering og brukermedvirkning

Arbeidet har vært gjennomført av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra alle fire helseforetakene og to brukerrepresentanter, hvorav en ungdomsrepresentant. En ressursgruppe bestående av lærings- og mestringstjenestene i HF-ene, nasjonale og regionale kompetansmiljøer i læring og mestring, Helsedirektoratet og brukerrepresentanter, har vært invitert til to arbeidsseminarer. Det har vært hyppig kontakt mellom de to forprosjektene.

Brukermedvirkning har vært ivaretatt ved å ha brukerrepresentanter i arbeidsgruppe og i regionale fagråd og nettverk. Prosjektet har vært behandlet i alle regionale brukerutvalg to ganger.

4.2 Forprosjektet til Helsedirektoratet

4.2.1 Mandat

Mandatet for prosjektet til Helsedirektoratet ble vedtatt i Ledermøtet 17. desember 2019.

Helsedirektoratet skulle kartlegge oppgavedeling og samhandling mellom lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten samt status for kommunale lærings- og mestringstilbud, synliggjøre utfordringer og peke på forbedringsområder. I oppdraget inngikk også LM-tilbud til den samiske befolkningen.

Mål for forprosjektet var å:

- Kartlegge og gjennomgå eksisterende kunnskapsgrunnlag om oppgavedeling og samhandling om læring og mestring mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. .
- Kartlegge hvordan oppgavedeling og samhandling om lærings- og mestringstilbud er beskrevet i [samarbeidsavtalene 2, 5, 6 og 10 mellom helseforetak og kommuner](#)
- Undersøke hvilke erfaringer helseforetak, kommuner, brukerutvalg og brukerorganisasjoner har med oppgavedeling og samarbeid om lærings- og mestringsevne.
- På grunnlag av data fra KOSTRA-rapportering for 2019 (18), beskrive status for kommunale lærings- og mestringstilbud jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (7) §3.2 pkt. 6. og § 3.3 og § 4.2 a og 3.4 og 6.1 og 6.2.

4.2.2 Organisering og brukermedvirkning

Arbeidet har vært gjennomført av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra flere avdelinger i Helsedirektoratet og to brukerrepresentanter. Forprosjektet har hatt en ressursgruppe med representanter fra Folkehelseinstituttet (FHI), Fylkesmannen, Utviklingssentralene, ulike avdelinger i Helsedirektoratet, Norsk forening for allmennmedisin, KS, Forskningsmiljø, NK-LMH, FHI og SSB. Disse har deltatt i et arbeidsseminar der også Deloitte deltok. Det har i tillegg vært hyppig kontakt med prosjektet til RHF-ene underveis.

Brukermedvirkning har vært ivaretatt ved å ha brukerrepresentasjon i arbeidsgruppen. Prosjektet har vært behandlet tre ganger i Helsedirektoratets brukerråd og BrukerRop, under planlegging, gjennomføring og rapportering. Forprosjektet har også vært drøftet i møte med Kontaktforum – Brukere i HOD og inngår i Helsedirektoratets arbeid med oppfølging av nasjonal helse og sykehusplan.

4.3 Kunnskapsgrunnlaget for felles rapport

4.3.1 Spesialisthelsetjenesten

De fire RHF-ene engasjerte Deloitte til å gjennomføre en spørreundersøkelse i helseforetakene og de private ideelle sykehusene med opptaksområder. En questback ble utarbeidet i samarbeid med referansegruppen og sendt til lærings- og mestringssentrene (LMS), brukerutvalgene, klinikkledere og fagdirektører i spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen skulle synliggjøre status, utfordringsbildet og forbedringsområder. Styring og organisering, tilbud og variasjon, nye arbeidsmåter og bruk av ny teknologi ble kartlagt (1).

Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Sør-Øst (RK-PPO) fikk i oppdrag å vurdere sentrale områder innenfor pasient- og pårørendeopplæring; begreper og tilbud, pasientforløp, koding og arbeid med å styrke helsekompetanse til befolkningen for øvrig. Se eget notat (19).

I kunnskapsgrunnlaget inngår også gjennomgang av lokale og regionale utviklingsplaner (20-23), ulike offentlige utredninger, stortingsmeldinger og veiledere, behandling i de fire regionale brukerutvalgene samt tilbakemelding fra faglig ressursgruppe i spesialisthelsetjenesten, Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innen helse (NK-LMH), ledernettverk for PPO i HSØ og fagnettverk og fagråd i helseregionene.

4.3.2 Lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen

Helsedirektoratet og RHF-ene har sammen besøkt nord-, sør- og lulesamisk språkområder. Tema for møtene har vært utfordringer og behov for likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. Helsedirektoratet har også hatt møte med senter for samisk helseforskning og gjennomført et internt seminar om samiske språk og kultur. Strateginotatet om *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen* inngår i kunnskapsgrunnlaget for forprosjektet (24).

4.3.3. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Helsedirektoratet inngikk avtale med Statistisk sentralbyrå (SSB) om å analysere resultatene fra kartlegging av kommuner i KOSTRA skjema 1: Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2019. Spørsmålsbatteriet er utviklet i samarbeid med Helsedirektoratet og seksjon for metode i SSB og er med noen justeringer det samme som i 2013 og 2016.

Formålet er å styrke kunnskapsgrunnlaget om forekomst av og innholdet i lærings- og mestringstilbudet i kommunale frisklivssentraler og andre kommunale helse- omsorgstjenester, og å innhente kunnskap om hvordan kommuner som ikke har etablert frisklivssentral organiserer sine lærings- og mestringstilbud. Resultatene vil sammenlignes med tidligere kartlegginger for 2013 og 2016 og vurderes opp mot andre kjennetegn ved kommuner og bydeler og befolkningen innhentet og/eller publisert gjennom KOSTRA³. Hovedfunn i denne rapporten er basert på upubliserte resultater fra KOSTRA for 2019 (18). Fullstendig rapport med analyse og metodebeskrivelse publiseres av SSB innen 31.12.2020.

³ Avtale med SSB 2020.

4.3.4 Samhandling mellom helseforetak og kommuner

Helsedirektoratet engasjerte Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK-LMH) til å gjennomgå norsk forskning og annen litteratur om samhandling mellom helseforetak og kommuner knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet (25;26). Gjennomgangen ble planlagt i samarbeid med Helsedirektoratet, og gjennomført av NK LMH. [Se egen rapport med metodebeskrivelse](#) (25).

NK-LMH har også gjennomgått de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner og kartlagt hvordan samhandling om lærings- og mestringsvirksomhet er ivarettatt (26). Undersøkelsen ble planlagt i samarbeid med Helsedirektoratet, og gjennomført av NK LMH. [Se egen rapport med metodebeskrivelse](#) (25).

Resultatene fra begge undersøkelsene ble vurdert opp mot anbefalinger i Veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak (27) og Veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator (8). Hensikten var å beskrive og vurdere i hvilken grad delavtalene 2, 5, 6 og 10 ivaretar anbefalingene i de to veilederne.

Helsedirektoratet utviklet i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF, og deres leverandør Deloitte, en spørreundersøkelse til helseforetak, kommuner og brukerorganisasjoner, om hvilke erfaringer de har med samhandling. Medlemmer av Helsedirektoratets arbeidsgruppe, brukerråd og BrukerRop bidro i planlegging av undersøkelsen.

Helsedirektoratet har i tillegg gjennomgått styringsdokumenter, annen relevant litteratur og egne rapporter. Innspill fra Helsedirektoratets Brukerråd og BrukerRop, faglige referansegrupper og nettverk er også inkludert i kunnskapsgrunnlaget for anbefalingen. Forprosjektet er sett i sammenheng med pågående arbeid, herunder oppfølging av aktuelle nasjonale strategier og andre oppdrag knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan.

4.3.5 Koordinering og gjennomføring av forprosjektene

Helse Sør-Øst RHF fikk i oppdrag fra HOD å koordinere de to forprosjektene. Det har vært jevnlig dialog mellom de to forprosjektene. Forprosjektene har oppdatert hverandre gjennom regelmessige møter og deltagelse i hverandres arbeidsseminar fra oppstart til fremlegging og drøfting av resultater. Det ble tidlig utarbeidet en felles plan for hvordan delrapportene skulle brukes som kunnskapsgrunnlag i en felles rapport. Figur 3 illustrerer gjennomføring av forprosjektene i perioden 2019-2020.



Figur 3: Gjennomføring og koordinering 2019-2020.

4.4 Avgrensning og vurdering av kunnskapsgrunlaget

Kartleggingene i forprosjektet skal bidra til å besvare mål for oppdraget og ble etter avtale med helse- og omsorgsdepartementet avgrenset til områder som beskrevet ovenfor. Avgrensningen innebærer at noen relevante områder for lærings- og mestringsvirksomheten ikke er undersøkt i forprosjektene. Det gjelder blant annet erfaringer fra brukere, pårørende og helsepersonell og begrepsbruk knyttet til lærings- og mestringsvirksomheten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og lærings- og mestringstilbud fra brukerorganisasjoner og annen frivillighet.

Svarene fra klinikklederne både i somatikk og psykisk helse/rus og fagdirektørene/fagsjefene i spesialisthelsetjenesten (1) må tolkes med varsomhet grunnet lav svarprosent.

Det var kun fire av ungdomsrådene i spesialisthelsetjenesten som besvarte og det ble derfor besluttet at disse dataene var for usikre å bruke.

Spørreundersøkelser gir begrenset informasjon om erfaringer. Undersøkelsen Helsedirektoratet utviklet i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF, og deres leverandør Deloitte (28) hadde også lav oppslutning og funn må derfor tolkes med varsomhet. Resultatene kan imidlertid bidra med utfyllende informasjon.

Brukermedvirkning i planlegging av undersøkelser, flere behandlinger i de regionale brukerutvalgene og brukerråd samt brukerrepresentanter i arbeidsgruppene gjør at vi vurderer brukermedvirkningen i prosjektet som ivaretatt.

Det har vært vanskelig å innhente pålitelige tall fra Norsk pasient register (NPR). Innhentede data tyder på at kodingen av denne aktiviteten er mangelfull og data er derfor vanskelig å tolke. Tallene som framkommer, for eksempel på den mest brukte koden A0099, står ikke i forhold til data innhentet om omfang av kursaktivitet i helseforetakene. Relevante koder er identifisert. Statistikk for lærings- og mestringsvirksomhet fremkommer heller ikke i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). I et hovedprosjekt vil status for relevante koder være viktig som utgangspunkt for utforming av kodeverk og standardisert målesystem for lærings- og mestringsaktivitet.

5.0 Hovedfunn - utfordringer og forbedringsområder

I dette kapitlet beskrives hovedfunnene i undersøkelsene; hvilke utfordringer og forbedringsområder forprosjektet har identifisert for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten, samt vurderingen av disse.

Utfordringer og forbedringsområder for læring og mestring for de to tjenestenivåene er vurdert i sammenheng. Der kartlegginger fra begge forprosjektene har funn som gjelder både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten, er dette samlet i et kapittel. Det gjelder begrepet læring og mestring 5.1, Brukermedvirkning 5.2, Oversikt over og informasjon om tilbud 5.6.4, Ny teknologi og nye arbeidsmåter 5.7 Helsepersonells kompetanse 5.8 og Lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen 5.9. Hovedfunn for læring og mestring i spesialisthelsetjenesten beskrives i kapittel 5.3-5.4. Hovedfunn og for læring og mestring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten beskrives i kapittel 5.5. Samhandling beskrives i kapittel 5.6.

5.1 Begrepet læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten

Et hovedfunn er at det synes som om det ikke er en felles forståelse av hva som ligger i begrepet læring og mestring. Det varierer også hva som defineres som lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Beskrivelsen i styringsdokumenter og nasjonale veiledere gir rom for tolkning (1;19).

I veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator, fremgår det at læring og mestringsevne omfatter alt fra individuell opplæring til gruppetilbud og likepersonarbeid (8). Formålet med lærings- og mestringstilbud er at brukere, pasienter og pårørende skal (8):

- Få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere sykdom og helseforandringer.
- Forebygge eller hindre utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse.
- Få støtte til endring av levevaner for å fremme fysisk og psykisk helse.
- Understøtte pasient og brukers egen læringsprosess.

Opplæring, undervisning og veiledning foregår gjennom den løpende kontakten pasienter og brukere har med helsepersonell. Tilbudene finnes både i lærings- og mestringssentrene, klinikker i helseforetakene og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder tilbudet i frisklivssentraler (8).

Gjennomgang av styringsdokumenter og erfaring fra praksis viser at lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten i hovedsak forstås og gis som gruppebasert opplæring fremfor skriftlig, digital og individuell opplæring. I spesialisthelsetjenesten er helsepersonells konkrete oppgaver i individrettet pasient- og pårørendeopplæring i liten grad beskrevet og satt i system (29). I kommunene er lærings- og mestringstilbud ulikt organisatorisk forankret (se kapittel 2.1). Tilbud gis både som individuell og grupperett oppfølging, i regi av kommunale helse- og omsorgstjenester og i samarbeid med andre offentlige, frivillige og private aktører (16).

Nasjonal helse- og sykehusplan vektlegger at pasienten skal være en aktiv samarbeidspartner fremfor passiv mottaker av kunnskap (2).

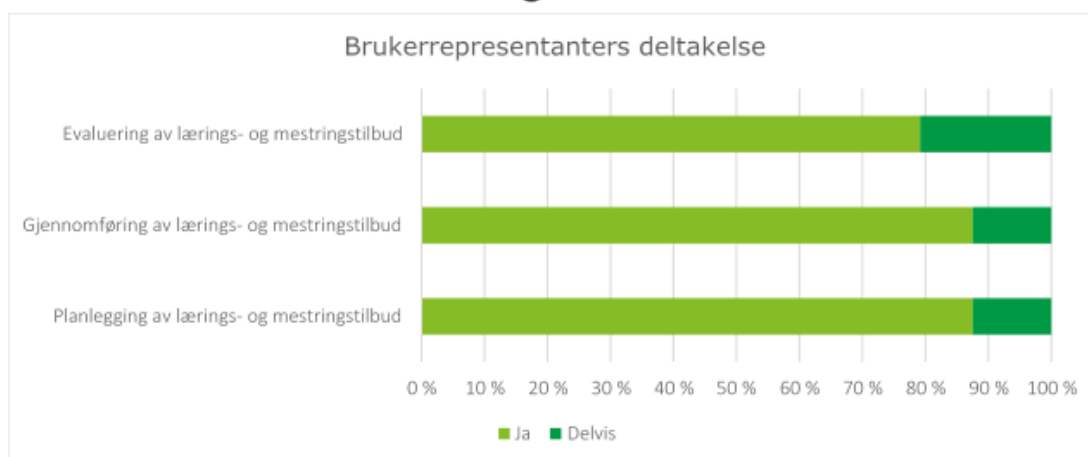
Tilrettelegging for samvalg og at helsepersonell alltid skal spørre pasientene «Hva er viktig for deg?» er grunnleggende i læring og mestring. Læring og mestring kan inngå i og være viktig for brukere og pasienter i alle helse- og omsorgstjenester i alle deler av forløpet - før, under og etter annen behandling og rehabilitering (7;9). Dette fremkommer klart i formålet med læring og mestring og av anbefalingene for lærings- og mestringsvirksomheten i kommunene, men er ikke tydeliggjort på samme måte for spesialisthelsetjenesten (8).

Ulik forståelse av innhold i og bruk av begrepet læring og mestring, og hvilke oppgaver som inngår i arbeidet for kommuner og helseforetak, gjør det krevende for helsepersonell å kommunisere og informere om og samarbeide på tvers av enheter og tjenestenivå. Det kan også få konsekvenser for ansvar og oppgavedeling, utvikling, evaluering og kvalitet av tilbud (29). I videre arbeid er det behov for en omforent forståelse av hvilke begrep som skal benyttes om læring og mestring i helseforetak og kommuner. Det er behov for å definere hva læring og mestring er, hva som skal inngå i lærings- og mestringsvirksomhet i helseforetak og kommuner.

5.2 Brukermedvirkning

Undersøkelsen i spesialisthelsetjenesten viser at tilsatte ved lærings- og mestringssettene i helseforetakene har lang erfaring med brukermedvirkning på tjenestenivå (1). Ved 80 % av settene er brukere representert i planlegging, gjennomføring og evaluering av tilbudene, gjennom «standard metode», jf. figur 4 nedenfor (1). Erfarne brukere blir rekruttert gjennom brukerorganisasjoner, men også via fagavdelinger.

God brukermedvirkning i standard kurs



Figur 6: Omfang av brukermedvirkning i standard kurs

Flere LMS-er rapporterer at de i tillegg til å involvere pasient- og brukerorganisasjoner i kursvirksomhet, inviterer brukere til interne fagdager, pårørendekurs og teammøter. Ved ett LMS har de ansatt en bruker som erfaringskonsulent som skal bidra med erfaringskompetanse til fagutvikling og pasient- og pårørendetilbud jf. stillingsinstruksen (1). Noen LMS bidrar også med opplæring av pasientverter og likepersoner.

LMS-ene rapporterer samtidig at det mangler gode systemer for hvordan det jobbes med brukermedvirkning på individ-, tjeneste- og systemnivå i helseforetakene. Utfordringer med rekruttering og å sørge for at medvirkningen er reell, beskrives. Samarbeide mellom LMS-ene, brukerutvalg og ungdomsråd er begrenset (1).

I dokumentanalysen fra utviklingsplanene til de regionale helseforetakene poengteres det at brukermedvirkning ikke bare er rettighetsfestet, men også et sentralt element i god pasientbehandling gjennom hjelp til mestring og sikring av pasientens mulighet til innflytelse på egen behandling (1). Samvalg og tilpasset informasjon og opplæring vektlegges.

Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved utforming, gjennomføring og evaluering av lærings- og mestringstilbud jf. Pasient- og brukerrettighetsloven (10) §3-1 og Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (6). I veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator fremgår at medvirkning er en sentral forutsetning i den helsepedagogiske tilnærmingen der fag- og erfaringskunnskap er likestilt, og at medvirkningen både bør omfatte individnivå og samarbeid med pasient- og brukerorganisasjoner (8).

Det er ulike nivåer av brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten; *individnivå* med innflytelse på eget støtte- og behandlingstilbud, *tjenestenivå* med samarbeid med fagpersoner og andre for å forbedre spesifikke helsetjenester, forskning og utdanning, og *systemnivå* som er samarbeid med helse- og omsorgstjenesten for å påvirke utforming av helsetilbud generelt (30).

Helse- og omsorgstjenestenes praksis skal være kunnskapsbasert. Faglige avgjørelser bør baseres på både forsknings- og erfaringsbasert kunnskap fra praksis og på brukernes kunnskap, ønsker og behov i en gitt situasjon (31). Brukermedvirkning er derfor viktig for faglig forsvarlighet og tjenester av god kvalitet.

Tilbudet i kommunale frisklivssentraler er basert på brukerens mål og behov. Oppfølging planlegges av bruker og veileder/helsepersonell i samarbeid. Flere kommuner har ansatt erfaringskonsulenter (9;16;18). Mange frisklivssentraler har tilbud om og/eller legger til rette for likepersonsarbeid og det er utstrakt samarbeid med lokale brukerorganisasjoner om gjennomføring av tilbud (16;18). Brukermedvirkning er anbefalt indikator for dokumentasjon av drift i kommunale frisklivssentraler (9) Dokumentasjon på hvordan brukermedvirkning foregår i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er imidlertid mangelfull.

Det er på grunnlag av funn i forprosjektet vanskelig å avgjøre om dagens praksis er i tråd med anbefalingene. I videre arbeid er det behov for å tydeliggjøre føringer for brukermedvirkning på system, tjeneste og individnivå, og mer kunnskap om hvordan dette praktiseres

5.3 Variasjon i lærings- og mestringstilbudet i spesialisthelsetjenesten

5.3.1 Sykdomsgrupper

Funn i forprosjektene tyder på at det er variasjoner i hvilke sykdomsgrupper som får tilbud om LMT/PPO i spesialisthelsetjenesten (1;2;13;15;25;26;32). Kartlegging i spesialisthelsetjenesten (1) viser at det er stor variasjon mellom helseforetakene, blant annet med hensyn til hvilke tilbud som gis, og hvilke sykdomsgrupper som får tilbud om læring og mestringstjenester. Enkelte diagnosegrupper får strukturert og systematisk opplæring, andre får ikke definerte lærings- og

mestrings tilbud. Hvilke tilbud som gis ser ut til å være avhengig av helsepersonells kompetanse og preferanser (1) (se også kap. 4.3.1).

Det er flest tilbud til pasienter med hjertesykdom, endokrinologiske sykdommer, lungesykdommer og fordøyelsessykdommer. Over 60 % av lærings- og mestringsentrene har tilbud til disse gruppene. Bare 8 % av sentrene har et tilbud rettet mot pasienter med rusproblemer og kun ett av fire senter har tilbud til barn og voksne med psykiske helseplager (1).

Noe av forklaringene på at det er lite omfang av gruppetilbud om læring og mestring innen psykisk helse og rus, er at læring og mestring i stor grad oppgis å være en integrert del av behandlingen som gis i klinikk. I alt 40 % av klinikklederne innen psykisk helsevern og rus rapporterer at lærings- og mestringsstilbud i stor grad er innarbeidet i standardiserte behandlingsforløp. En annen forklaring kan være finansieringsordningen i psykisk helsevern og rus. Fram til 1. januar 2020 var ikke dette tiltaket ISF-finansiert i psykisk helsevern. Også kodene som benyttes for å registrere aktivitet, er mangelfulle.

Det kan se ut som lærings- og mestringsstilbudet til ulike sykdomsgrupper i spesialisthelsetjenesten ikke er likeverdige, og variasjonen vurderes som uønsket.

5.3.2 Pasientgrupper

Undersøkelsen i spesialisthelsetjenesten viser at det er variasjoner i hvilke pasientgrupper som mottar strukturerte tilbud om læring og mestring på lærings- og mestringsentrene (LMS). Kun 10 % av LMS har tilbud rettet mot eldre, mens 55 % har tilbud rettet mot barn og unge (1).

Tilrettelegging av lærings- og mestringsstilbud til den samiske befolkningen og til befolkningen med innvandrebakgrunn er også mangelfull. Les mer om dette i kapittel 5.3.4 og 5.9.

I tillegg kan geografi ha betydning for tilbudet til pasienter, brukere og pårørende. Nesten halvparten av LMS-ene gir tilbakemelding om at reiseavstand i noen grad forhindrer deltakelse i lærings- og mestringsstilbud ved deres foretak. I møte med referansegruppen, regionale brukerutvalg og regionale nettverk, fagråd og ledernetverk beskrives pasientreiseforskriften som et hinder for pårørendes deltakelse på kurs.

Undersøkelsen viser mangel på likeverdig tilbud til ulike pasientgrupper basert på alder, geografi, språk- og kulturbakgrunn.

5.3.3 Pårørende

Involvering og ivaretagelse av barn og voksne pårørende i læring og mestring ble holdt frem som et sentralt område å kartlegge og evaluere av regionale brukerutvalg og brukerrepresentanter i arbeidsgruppen. Halvparten av respondentene i spørreundersøkelsen svarer at de har tilbud til pårørende (1). Pårørende er de viktigste støttespillerne for personer med helseutfordringer. Det er også de som, sammen med pasienten, blir sterkest berørt når sykdom rammer. Barn som pårørende er en særlig sårbar gruppe. I helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid bør helse- og omsorgstjenesten i større grad ha et familiefokus.

I undersøkelsen kommer det fram at lærings- og mestringsentrene (LMS) inkluderer pårørende i flere kurs (1). Pårørende som deltar på disse er i hovedsak ektefelle/samboer/partner eller foreldre. Noen LMS oppgir at de har egne mestringskurs rettet mot pårørende. Ett av fem senter oppgir at de har tilbud til barn som pårørende.

I veilederen for pårørende i helse og omsorgstjenesten (33) er det tydelige anbefalinger om opplæring av pårørende til beste for pasienten.

Veilederen kommer også med klare anbefalinger om hvordan helsepersonell skal sikre at mindreårige barn som pårørende blir tilstrekkelig ivaretatt og får nødvendig informasjon, gjennom blant annet veiledning og rådgivning til foreldre.

Det er behov for å sikre at kunnskap om involvering og ivaretagelse av barn og voksne pårørende inngår i lærings- og mestringstilbud.

5.3.4 Tilbud i spesialisthelsetjenesten til personer med innvandrerbakgrunn

Informasjon og materiell om lærings- og mestringstilbud er hovedsakelig tilgjengelig på norsk (1). Helsedirektoratet har oversatt noe helseinformasjon og materiell til helsepersonell og befolkningen⁴ til engelsk og andre språk. 78 % av LMS-ene i helseforetakene svarer at det ikke finnes informasjon om tilbudet på flere språk. 17 % oppgir at de har flerspråklig informasjonsformidling. Flest av dem har dette på engelsk, mens noen klinikker har informasjon på polsk og urdu og noen LMS har informasjon på urdu, somalisk og tyrkisk.

Det er ikke utbredt bruk av tolketjenester i helseforetakene (1). 50 % av LMS-ene benytter tolk sjeldent og ved 13 % av LMS benyttes aldri tolk. Imidlertid oppgir 20 % av LMS-ene at det nesten alltid benyttes tolk ved behov. I undersøkelsen fremkommer det at årsaker til at tolk i noen tilfeller ikke benyttes, er bl. a. fordi helseforetaket ikke er bevisst pasientenes behov, at det er kostbart, mangel på kompetente tolker og at det kan være vanskelig å organisere tolketjenesten i gruppebasert opplæring (1).

Funnene i kartleggingen kan tyde på at lærings- og mestringstilbud tilrettelagt til personer med innvandrerbakgrunn er mangelfull. Undersøkelsen (1) skiller ikke på variasjonen av tilbud mellom foretak. Det er rimelig å anta at tilbudet er større i områder med stor andel av personer med innvandrerbakgrunn. Det kan likevel synes som om at personer med innvandrerbakgrunn på flere områder ikke mottar likeverdige tilbud. Det er behov for mer kunnskap på dette feltet.

Nasjonal helse- og sykehusplan fremhever at pasientens stemme skal bli hørt i møtet mellom pasient og behandler og at det er et mål å redusere uønsket variasjon (2). Dette betyr at tjenestene er innrettet slik at de ivaretar bl. a. behov i tilknytning til kulturell forståelse og språk (34). Det kan synes som at behov for LMT/PPO for personer med innvandrerbakgrunn ikke er godt nok tilrettelagt. Brukerutvalg og brukerorganisasjonene peker på at det er behov for ytterligere tilrettelegging av lærings- og mestringstilbud til personer med innvandrerbakgrunn og at dette bør undersøkes nærmere.

Et hovedprosjekt bør kartlegge tilbud til personer med innvandrerbakgrunn og hvilke tiltak som kan redusere uønskede variasjoner i tilgang på lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten.

⁴ se <https://www.helsedirektoratet.no/english>, <https://www.helsedirektoratet.no/english/healthy-life-centres> og <https://www.helsedirektoratet.no/produkter>

5.3.5 Læring og mestring i pasientforløp

Tilbakemeldinger fra ressursgruppen⁵, brukerutvalg og fagnettverk⁶, er at LMT/PPO ikke er en naturlig del av koordinerte forløp i spesialisthelsetjenesten.

At enkelte pasientgrupper får systematisk og strukturert opplæring som integrert tiltak i pasientforløpet mens andre ikke får det, vurderes som en uønsket variasjon (1).

LMT/PPO er som begrep ikke direkte omtalt i Helsedirektoratets pakkeforløp for kreft, hjerneslag eller i de generelle pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus. Begreper som omtaler læring og mestring er relaterte begreper som informasjon, endring av levevaner, oppfølging, bruker- og pårørendeopplæring og opplæring i bruker- og pårørendemedvirkning (29).

Helhetlige pasientforløp innebærer struktur bestående av faste innholdselementer og sjekkpunkter/handlingspunkter (8;29). Eksempel på dette er kartlegging av pasienters og pårørendes opplæringsbehov, når denne oppgaven skal utføres i forløpet og hva som er helsepersonells funksjon i dette arbeidet (29). I spørreundersøkelsen svarte mellom 80 til 91 prosent av klinikklederne i somatikk og i psykisk helsevern/rus at LMT/PPO er innarbeidet i standardiserte behandlingsforløp i noe grad eller i stor grad. Kun 8 prosent av lederne for LMS svarte det samme (1). Ressursgruppen påpeker at ulik forståelse av innholdet i begrepet «læring og mestring» kan forklare noe av denne forskjellen. Det stilles spørsmål om LMT/PPO er integrert i behandlingen og derfor ikke registreres av LMS-ene. Det vil være behov for ytterligere kunnskap om årsakene til den betydelige variasjon i svarene.

I flere av helseforetakenes utviklingsplaner for 2035 går det frem at det er et mål at den lovpålagte PPO skal være en integrert del av alle pasientforløp ved helseforetaket (20-23). Ved Oslo universitetssykehus (OUS) framheves det at LMT/PPO er en lovpålagt oppgave som skal være integrert i alle pasientforløpene ved sykehuset. Også andre helseforetak understreket i sine utviklingsplaner at helhetlige pasientforløp skal innarbeides på linje med medisinsk behandling (1). Dette gjøres ikke systematisk i dag. Også ressursgruppa pekte på at det er nødvendig å innarbeide LMT/PPO i standardiserte pasientforløp i større grad enn i dag. Se for øvrig kapittel 5.4 om eventuell hensiktsmessig organisering.

Det er behov for å integrere og konkretisere pasient- og pårørendeopplæring i både sykdomsspesifikke og generelle forløpsbeskrivelser (19). Forløpsbeskrivelsen bør være helhetlig og beskrive LMT/PPO fra hjem til hjem når pasienten skal ha videre tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (se kapittel 4.6)

I det videre arbeidet bør LMT/PPO inkluderes i pasientforløp som helseforetakene utarbeider for ulike pasientgrupper og ved revisjoner av pakkeforløpene. God opplæring er en del av et tilbud med god kvalitet og har betydning for pasientsikkerheten.

5.3.6 Vurdering av variasjon

Variasjonen som framkommer i undersøkelsen er uønsket og viser at det er behov for å tydeliggjøre hva som er nødvendig opplæring for pasienter og pårørende (19).

⁵ Ressursgruppen for forprosjektet i spesialisthelsetjenesten.

⁶ Brukerutvalg og fagnettverk i de fire regionale helseforetaksområdene.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (10) kapittel 3 fastslår retten til nødvendig opplæring, men hva som er nødvendig informasjon, er ikke beskrevet. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK-LMH) (32) viser til at hovedaktiviteten av læring og mestring skjer i individuelle møter som er integrert i øvrig praksis. Det videre arbeidet bør tydeliggjøre behov for opplæring som tilbys den enkelte pasient og pårørende, både individuelt og i gruppetilbud.

En annen faktor som kan bidra til variasjon i hvem som får læring- og mestringstilbud, er mangelfull informasjon om hvilke tilbud som finnes.

Pasienter og brukere har behov for informasjon om hvilke lærings- og mestringstilbud som finnes og kan være aktuelle (1). Helseforetakene ser ut til å ha et stort forbedringspotensial med å nå pasienter og pårørende med informasjon om LM-tilbud.

Oppsummert kan vi konkludere med at ikke alle brukere, pasienter og pårørende i spesialisthelsetjenesten har lik tilgang på de lærings- og mestringstilbudene de har behov for. Variasjonen er betydelig og det er til dels tilfeldig hvem som får tilbud. Det er risiko for at de minst ressurssterke gruppene ikke fanges opp (1).

Det er en helsepolitisk målsetting at hele befolkningen skal ha tilgang på likeverdige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet uavhengig av diagnose, bosted, økonomi, kjønn, språk og kulturbakgrunn og livssituasjon. Dette gjelder også for læring og mestring. Det er også behov for en tydeligere ansvarsavklaring og arbeidsdeling mellom klinikk og LMS. Organisering og styring av lærings- og mestringstjenesten i helseforetakene, bør gjennomgås.

Pasient- og pårørendeopplæring må inngå i helhetlige pasientforløp, inkludert pakkeforløp. Det vil være sentralt for å sikre tilstrekkelig opplæring av pasienter og pårørende i tråd med gjeldende lovkrav. Det er behov for å kartlegge årsakene til at omfanget av læring og mestring i psykisk helsevern og rus er lite framtreddende. I tillegg bør tilbudet om læring og mestring til mennesker med annen språk- og kulturbakgrunn utvikles. Kunnskap om hvordan involvering og ivaretagelse av barn og voksne pårørende, må også inngå i lærings- og mestringstilbud i framtidens helse- og omsorgstjeneste.

5.4 Organisering, strategisk styring og ledelse i spesialisthelsetjenesten

5.4.1. Organisering av læring- og mestringstjenester

Spørreundersøkelsen viser at LMT/PPO i varierende og i relativt beskjeden grad, oppfattes som en prioritert oppgave for helseforetakene (1). Det er også betydelige variasjoner i hvordan LMT/PPO er organisatorisk forankret i helseforetakene, og hvem som har det overordnede faglige ansvaret (1). Det beskrives variasjon mellom helseforetakene, og innenfor de enkelte foretakene, mht. organisering, innhold og form på disse tjenestene (19).

Lærings og mestringssentrene ved helseforetakene gir uttrykk for at god opplæring er en viktig del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i helseforetakene (1). Denne koblingen finner vi ikke igjen hos fagdirektørene der kun 17 % hevder at læring og mestring er knyttet til virksomhetens pasientsikkerhetsarbeid. Et innspill fra ressursgruppa er å knytte området nærmere til helseforetakenes pasientsikkerhetsarbeid.

Veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator inneholder anbefalinger om organisering og ivaretagelse av oppgaver innenfor LMT/PPO, men den er i varierende grad kjent for aktørene (1). Helsepersonell i helseforetakene erfarer at når læring og mestring knyttes så tett til habilitering og rehabilitering, kan det virke begrensende for lærings- og mestringstilbudet til noen pasientgrupper i spesialisthelsetjenesten⁷ (19).

Dette kan føre til at tilbud til personer med økt risiko for sykdom og personer som trenger kvalitetssikret kunnskap til å ta gode informerte valg i forkant og underveis i et behandlingsforløp (samvalg), får lavere prioritet.

Ressursgruppen mener at lærings- og mestringstjenestenes status er lav og ikke prioriteres på samme måte som andre lovpålagte oppgaver. Det tyder på at LMT/PPO i liten grad har et strategisk fokus (1). Lederforankringen, prioriteringen og synliggjøring av feltet på klinikk-, helseforetaks-, helseregionnivå framstår som relativt svak.

Organisering av lærings- og mestringstilbud kan ha betydning for hvem som får tilbud og hvilken effekt tilbudene har på deltakernes helse og livskvalitet. Kartleggingen viser at det er betydelige variasjoner i hvordan LMT/PPO er organisert. Det er i dette prosjektet ikke undersøkt betydningen av tjenestenes organisering på graden av integrering av læring og mestring i pasientforløp, kvaliteten på registrering av data eller reduksjon av uønsket variasjon. Det kan imidlertid synes som at lærings- og mestringsvirksomheten i mange helseforetak ikke oppfattes som en integrert del av oppfølging og behandling, men mer som en egen tjeneste. Oppfølgingen av forprosjektet bør undersøke betydningen av hvordan læring og mestring er organisert i helseforetakene. Hvilken organisering vil best ivareta integrering av LMT/PPO i pasientforløp – en sterkere tilknytning til klinikken, et tydeligere ansvar i LMS eller en klarere arbeidsdeling mellom dem? Hvordan kan kvaliteten av registrering av data best ivaretas? Undersøkelse fra NK-LMH peker på at bl. a. god forankring i ledelsen og tydelige organisatoriske strukturer kan være viktig for kvalitet på registrering av data (35).

Forprosjektet viser at det ikke er tilstrekkelig oppdatert innsikt og kunnskap om lærings- og mestringstjenestene, hverken på klinikk-, helseforetaks-, helseregions- eller nasjonalt nivå. Dermed blir grunnlaget for styring og kvalitetsforbedring av tjenestene mangelfull. Stor variasjon i tilbud og manglene kodeverk for LMS/PPO-aktiviteten, bidrar sannsynligvis også til at det er vanskelig å ha et strategisk ledelsesfokus på dette arbeidet i helseforetakene.

Dette kan føre til at LMT/PPO fungerer som en tjeneste på siden av helseforetakenes øvrige virksomhet, i stedet for en integrert og nødvendig del for å løse helseforetakets samlede oppgaver.

5.4.2. Dokumentasjon, registreringspraksis og finansiering

Undersøkelsen viser at aktivitet knyttet til LMT/PPO ikke i tilstrekkelig grad dokumenteres gjennom pasientjournal, og at det i liten grad er satt opp egne aktivitetsmål. Lærings- og mestringssentrene ved flere helseforetak ga uttrykk for at det var vanskelig å hente ut data om lærings- og mestringstilbudene fra det pasientadministrative systemet (1). I regelverket for innsatsstyrt finansiering skal all deltakelse i lærings- og mestringsaktivitet registreres med kontakttipe. Uttak av NPR-data viser at det trolig er store forskjeller i registreringspraksis. Det som foreligger av aktivitetsdata blir i begrenset grad fulgt opp som en del av

⁷ Referansegruppe, fagnettverk i regionene mv og RKPPPO.

virksomhetsstyringen på ulike nivå (1). En tredjedel av LMS-ene rapporterer at økonomi er førende for hvilke lærings- og mestringstilbud som tilbys i foretaket (1), og at lav inntjening gjør at koding av denne oppgaven ikke alltid prioriteres. I tillegg oppleves kodeverket som avansert og vanskelig å kode riktig.

Kartleggingen fra 2016 viser også at det er ulik registreringspraksis mellom helseforetakene og mellom de enkelte avdelingene i samme helseforetak (35). I undersøkelsen går det fram at det kan synes som om kvaliteten på statistikken fra NPR som gjelder LM-tilbud, ikke er tilstrekkelig. Som mulige forbedringsområder, peker rapporten på at personer ved helseforetakene som er ansvarlig for koding av LM-tilbud, må forstå og bruke kodene på samme måte. Rapporten peker også på at det bør etableres et fagnettverk i hver helseregion som skal bedre registreringsarbeidet i hver helseregion. På områder hvor det er rom for ulike tolkninger av kodeverket, bør sentrale myndigheter avklare riktige tolkninger. En annen betydelig utfordring som rapporten peker på, er manglende dokumentasjon for LM-tilbud til pårørende. Det er behov for å videreutvikle dokumentasjonssystemet for å inkludere pårørende på en fullverdig måte.

Det kan synes som det er behov for å vurdere fordeler og ulemper ved å knytte læring og mestring til rehabiliteringsfeltet når målet er at det blir en mer integrert del av oppfølging og behandling i klinikkene. Det er fortsatt uklart hvilken organisering og forankring av lærings- og mestringsevne som er mest hensiktsmessig for likeverdige tilbud av god kvalitet.

I det videre arbeidet er det sentralt at leder- og fagansvar for LMT/PPO er definert og at LMT/PPO innlemmes i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Det vises også til Helsedirektoratets svar på oppdrag om evaluering av opptrappingsplanen og forslag til videre tiltak, og som er oversendt departementet 15.jan 2021. Det bør drøftes hensiktsmessig organisering av tjenestene: Hvilken organisering kan fremme en mer omforent forståelse av læring og mestring, en sterkere lederforankring og styring av tilbudene? Hvordan kan det etableres en mer lik registreringspraksis, større krav til dokumentasjon og bedre oppfølging av aktivitetsdata? Hvordan kan det sikres en sterkere integrering av LMT/PPO i alle pasientforløp og mer tilgjengelige informasjon om ulike tilbud? Det er også behov for å utvikle et nasjonalt kodeverk.

5.5 Lærings- og mestringstilbud i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Læring og mestring skal inngå i alle helse- og omsorgstjenester til alle aldersgrupper. Vi har imidlertid ikke oppdatert oversikt over tilbud om læring og mestring utenom det som rapporteres i KOSTRA. Etter avtale med oppdragsgiver er derfor status for kommunale lærings- og mestringstilbud i forprosjektet basert på upubliserte resultater fra KOSTRA for 2019 (18). Disse omfatter kommunale lærings- og mestringstilbud som gis i frisklivssentraler/frisklivs-, lærings- og mestringssentre. Kommuner som ikke har etablert frisklivssentral⁸ har også rapportert hva de har av liknende tilbud. Lærings- og mestringstilbud forankret i andre kommunale helse- og omsorgstjenester enn frisklivssentraler, fremkommer imidlertid ikke. Fullstendig rapport med analyse av data for 2019 publiseres av SSB innen 31.12.2020.

⁸ Kommunene er gjennom helse og omsorgstjenesteloven pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester til befolkningen. Frisklivssentraler er en anbefalt måte å organisere slike helsetjenester på. Referanse Veileder for frisklivssentraler (9).

5.5.1 Status – utbredelse, stillingsressurser og antall brukere

I 2019 hadde 60 prosent av alle kommuner etablert frisklivssentral. Andelen kommuner med frisklivssentraler har vært stabilt fra 2018.

Det er fortsatt store regionale forskjeller når det gjelder utbredelse. Variasjoner i tilgang på lærings- og mestringstilbud kan henge sammen med kommunestørrelse, kommuneøkonomi og prioriteringer (16;36). Endringer i regional utbredelse mellom 2016 og 2019 kan ha sammenheng med kommune- og regionreformen. Føringer for innhold i læring og mestring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er ikke like tydelige som for spesialisthelsetjenesten. Lærings- og mestringstilbud blir ofte nedprioritert selv om lovgrunnlaget fastslår kommunens sørge- for ansvar for slike helse- og omsorgstjenester (7). De kommunene som har kommet lengst i sitt systematiske folkehelsearbeid er i hovedsak de samme kommunene som har etablert Frisklivssentral (16). Forankring i kommunale planer og budsjett er avgjørende for et stabile tilbud av god kvalitet (36).

Kommuner med størst utfordringer med sosial ulikhet og flere uføre, og trolig størst behov for lærings- og mestringstilbud, ser ut til å være de samme kommunene som ikke har etablert frisklivssentral (16).

Antall avtalte årsverk har økt fra 248 i 2016, til 306 i 2019. Gjennomsnittlig antall årsverk er 1,05 (18). Fysioterapeuter er fortsatt den største utdanningsgruppen, men det er også sykepleiere, ergoterapeuter, ernæringsfysiologer, pedagoger, psykologer og andre ansatte. Økningen i antall stillingsressurser og brukere av tjenesten kan være et resultat av langsiktig arbeid, blant annet gjennom tilskudd til kommunene, utviklingsentraler (37) og fylkesvise nettverk med erfaringsutveksling og kompetansebygging.

Antall brukere av tilbudet av tjenesten er doblet i perioden fra 2013 til 2019. Tilgang på tverrfaglig kompetanse i kommunene varierer. Lærings- og mestringstilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør bygge på og dimensjoneres ut fra innbyggernes behov (9). Det er grunn til å tro at alle kommuner har innbyggere med behov for å lære å leve med og mestre helseutfordringer inkludert støtte til å endre levevaner. Vi har imidlertid ikke tilstrekkelig kunnskap om hvor omfattende behovet for slike tjenester er.

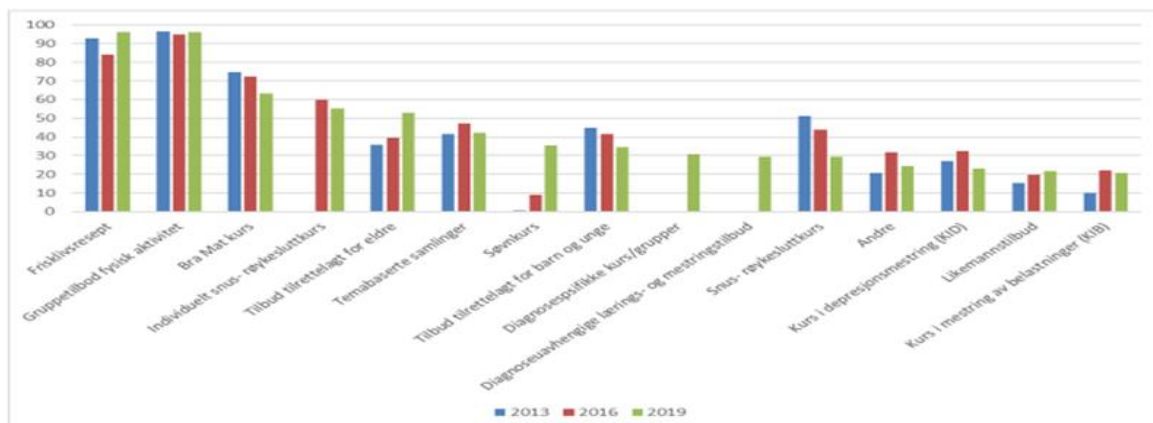
Det er de senere årene publisert flere vitenskapelige artikler basert på data fra frisklivssentraler. Samtidig er det behov for mer kunnskap, blant annet om mulige økonomiske besparelser som følge av effekter som økt livskvalitet, bedret funksjon, redusert behov for medisiner og andre mer kostbare helse- og omsorgstjenester. Systematisk bruk av registreringsverktøy som EQ5D, gjør det mulig å undersøke samfunnsøkonomiske effekter av virksomheten. Det kan styrke beslutningsgrunnlaget for dimensjonering, organisering og innhold i lærings- og mestringsvirksomheten og bør derfor benyttes.

5.5.2 Innhold og kvalitet

KOSTRA 2019 viser at kommunene gjennom frisklivssentralene tilbyr strukturert støtte til endring av levevaner; fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykeslutt både som individuell og gruppebasert oppfølging. De tilbyr også søvnkurs og kurs i mestring av depresjon og av belastninger. Ca. 30 % av frisklivssentralene har også andre diagnosespesifikke og diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud, som for eksempel hverdagsglede, mestringstreff, mestring av diabetes 2, livslust (kreft) og tilbud til brukere med overvekt/fedme. Gruppetilbud

om fysisk aktivitet er det flest kommuner som tilbyr sin brukere. Dette tilbudet har også flest deltakere (18). Selv om frisklivssentralene gir et bredt spekter av lærings og mestringstilbud, er det trolig ikke uttømmende i forhold til innbyggernes samlede behov for slik helsehjelp. Lærings- og mestringstilbud forankret i andre kommunale helse og omsorgstjenester fremkommer ikke i KOSTRA. Oversikten over kommunale lærings- og mestringstilbud er fortsatt mangelfull (figur 5).

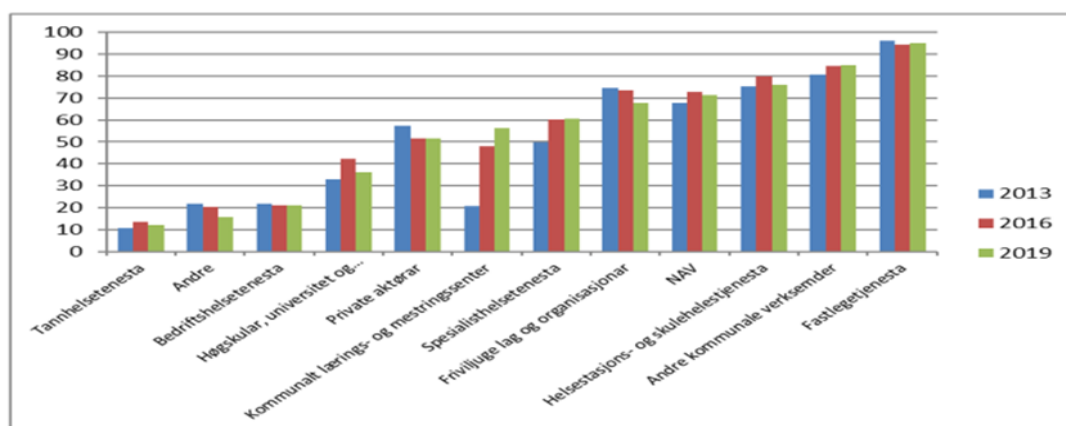
Kommunar med frisklivssentralar - Gjennomførte tilbod og kurs. Prosent. 2013, 2016 og 2019.



Figur 5: Ulike lærings- og mestringkurs og tilbud i kommuner med frisklivssentraler:

Om lag halvparten av brukerne av kommunale frisklivssentraler blir henvist og halvparten tar selv kontakt. Fastlegene er hyppigste henviser. Det har vært en økning i henvisninger fra spesialisthelsetjenesten og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2016 til 2019. Frisklivssentralene samarbeider med et bredt spekter av andre aktører i og utenfor helse- og omsorgstjenesten. Antall kommuner der frisklivssentralen samarbeider med andre lærings- og mestringstilbud har økt betydelig fra 2016 til 2019 (figur 6).

Kommunar med frisklivssentralar - Samarbeid med ulike aktørar. Prosent. 2013, 2016 og 2019.



Figur 6: Ulike aktører Frisklivssentralen samarbeider med.

Økning i antall brukere bekrefter behovet for kommunale helsetilbud som gir støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer. Det kan se ut som helsepersonell i andre tjenester i økende grad kjenner og henviser til tilbudet. Økt samarbeid mellom frisklivssentraler og andre lærings- og mestringstilbud kan ha sammenheng med kommunesammenslåinger, omorganisering og mer samlokalisering av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Økning i antall henvisninger fra spesialisthelsetjenesten er positivt med tanke på helhetlige forløp og kan ha sammenheng med økt behov for og/eller bedre kjennskap til kommunale tilbud. Samhandlingen kan styrkes ytterligere gjennom mer konkrete samarbeidsavtaler om lærings- og mestringsevne som følges opp i helsefelleskapene. Lærings og mestringsevnen i helseforetak og kommuner skal utfylle hverandre. Det er derfor viktig å fortsette å utvikle tilbud både i helseforetak og kommuner (39) og samhandle om dette.

Kommunale lærings- og mestringstilbud er en del av helse- og omsorgstjenestene og driften av tilbudene finansieres over kommunens budsjett (9). Med forehold om tildeling over statsbudsjettet, kan kommuner søke om *Tilskudd til etablering og utvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud*. Andre tilskuddsordninger kan også være aktuelle (9). Tilskuddsordningen gir status til arbeidet med levevaner og annen lærings- og mestringsevne. Det bidrar til at kommunene får økt fokus på behovet for forebyggende helsearbeid og tidlig innsats samt økt mulighet til å utvikle, prøve ut, evaluere og etablere nye tilbud. Tilskuddsordningen stimulerer også til samhandling (36).

5.5.3 Tilbudet i kommuner som ikke har frisklivssentral

En del av de 175 kommunene som ikke har etablert frisklivssentral tilbyr strukturert og grupperett oppfølging med støtte til endring av levevaner. Noen kommuner tilbyr også kurs i mestring av depresjon, kurs i mestring av belastning, søvnkurs og ulike diagnosespesifikke kurs og grupper. En tredjedel av kommunene oppgir at de har andre tilbud, for eksempel tilbud til demente, pårørendekurs og fallforebyggende trening for eldre.

Femti kommuner uten frisklivssentral har ikke rapportert om noen frisklivs-, lærings- og mestringstilbud (18).

Rapporten fra SSB (18), vil gi mer utfyllende informasjon om lærings- og mestringstilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. KOSTRA inneholder imidlertid ikke data om lærings- og mestringstilbud i regi av andre kommunale helse- og omsorgstjenester enn frisklivssentraler. På mestring.no har NK-LMH publisert en liste over 79 kommuner med egne lærings- og mestringstjenester basert på en kartlegging fra 2014/2015 (40). Oversikten er ikke uttømmende eller oppdatert. Selv om den kan gi utfyllende informasjon til KOSTRA 2019, er kunnskapen om andre kommunale lærings- og mestringstilbud enn de som tilbys i frisklivssentralene, fortsatt mangelfull. I det videre arbeidet bør lærings- og mestringsevne i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten inngå i KOSTRA-rapporteringen.

Manglende oversikt har også sammenheng med varierende kvalitet på dokumentasjon av lærings- og mestringsevnen, manglende etterspørsel av tjenestenes rapportering på denne type aktivitet, samt mangelfull mulighet for å registrere aktivitet og til å utveksle elektroniske meldinger. Det kan også ha sammenheng med at virksomheten og tilbudene benevnes med mange ulike begrep.

5.5.4 Tilbud tilrettelagt for personer med innvandrerbakgrunn

I veileder for kommunale frisklivssentraler gis det noen anbefalinger for likeverdige helse- og omsorgstjenester og tilrettelegging av tilbudet til personer med innvandrerbakgrunn (9) (kapittel 6.2.9 og 3.8.3). Veileder for helse -og omsorgstjenester til asylsøkere, flykninger og familiegjenforente har informasjon om frisklivssentralens tilbud og oversikt over kommuner med frisklivssentral (41).

Vi kjenner til at mange kommuner har tilrettelagt tilbud for denne målgruppen⁹. Det spørres imidlertid ikke om tilbud tilrettelagt for personer med innvandrerbakgrunn i KOSTRA. Vi har derfor ikke oversikt og kunnskap om status for dette i kommunene (18;42). Det er rimelig å anta at tilbudet er større i kommuner med stor andel av personer med innvandrerbakgrunn. Det er behov for mer kunnskap på dette feltet.

5.5.5 Dokumentasjon og rapportering

KOSTRA for 2019 viser at 85 % av frisklivssentralene benytter elektronisk pasientjournal (18). De samme journalsystemene benyttes også i øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Mulighet for å forenkle og forbedre administrative rutiner, dokumentasjon og rapporteringsarbeid er viktig for god ressursutnyttelse. Dokumentasjon og statistikk vil være nyttig i forankring av lærings- og mestring som del av helse og omsorgstjenesten og tydeliggjøring i kommunale planer og budsjett. Noen kommuner¹⁰ har god oversikt og arbeider systematisk med dokumentasjon og rapportering.

Dagens journalsystemer er i varierende grad tilpasset arbeid med læring og mestring. Det er behov for å utvikle verktøy for digital dokumentasjon, journalføring, rapportering og samhandling med brukere og med samarbeidspartnere både i og utenfor helse- og omsorgstjenesten. Det er viktig og har betydning for kvalitet av tilbudet, samhandling, koordinerte tjenester og helhetlige forløp.

Kommunene organiserer lærings- og mestringstilbud på ulike måter. Det kan være i frisklivssentraler (9), egne enheter for læring og mestring, felles frisklivs- og mestringstilbud eller i regi av ulike helse- og omsorgstjenester. Anbefalingene i veileder for kommunale frisklivssentraler for organisering av tjenesten og det strukturerte oppfølgingstilbudet, bygger på modellforsøk og evaluering av disse i flere og ulike kommuner (9). Lærings- og mestringsvirksomheten, inkludert frisklivssentraler, er helsetjenester i utvikling. Det er mulig at organisering av tjenestene og tilbudene har betydning for resultater på brukernivå. Det er derfor behov for å vite mer om hva som kjennetegner virksomheten i de kommunene som har kommet lengst og kan vise til de beste resultatene.

5.5.6 Utvikling og videre arbeid

Tilsyn kan gi bedre tilgjengelighet og kvaliteten på kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er ført tilsyn med helsefremmende og forebyggende kommunale helsetjenester til barn og unge. Tilsyn med slike tjenester til voksne er til nå ikke gjennomført.

For å styrke kvalitets- og utviklingsarbeidet i kommunene, har Helsedirektoratet inngått avtale med 10 kommuner om å være regional utviklingsentral. Modellen med utviklingsentraler og

⁹ Eksempelvis: <https://idebank.frisklivssentralen.no/kvinner-i-aktivitet/> og <https://idebank.frisklivssentralen.no/minoritetskurs/>

¹⁰ Eksempel fra Oslo kommune: <https://idebank.frisklivssentralen.no/rapportering/>

etablering av Idebank for frisklivssentraler er inspirert av arbeidet med utviklingssykehjem. Erfaring så langt viser at modellen bidrar til å styrke kvalitet og utvikling av tjenester og tilbud, nasjonalt og regionalt. Utviklingssentralene bistår i ulike oppdrag og utviklingsprosjekter og er viktige kontakter for Helsedirektoratet ut mot helse- og omsorgstjenestene. De veileder andre kommuner og aktører og er en viktig støttespiller og samarbeidspartner for fylkesmennene og fylkeskommunene i egen region. Utviklingssentralene jobber aktivt med informasjonsspredning, erfaringsutveksling, deltar i nettverk og forskning (43). Modellen med regionale utviklingssentraler kan videreutvikles for å styrke kvaliteten på kommunale lærings- og mestringstilbud.

I det videre arbeidet kan utviklingen i tjenesten følges ved at læring- og mestring inngår i KOSTRA-rapportering for alle kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er behov for å styrke kodeverk for og dokumentasjon av læring- og mestringsvirksomheten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten Fremtidig modeller og strukturer for fagutvikling på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå for å styrke kvaliteten på lærings- og mestringstilbud bør vurderes. Kunnskapsgrunnlaget for læring og mestring kan styrkes gjennom evaluering og forskning av kost-nytte og effekt av tilbud, samhandlingstiltak, organisering og brukermedvirkning.

5.6 Samhandling mellom helseforetak og kommuner

5.6.1 Kunnskapsgrunnlag

Litteraturgjennomgang i forprosjektet viser at det er lite forskning om samhandling, og ingen norsk forskning som eksplisitt omhandler organisering, oppgavedeling og samhandling mellom helseforetak og kommuner om lærings- og mestringsvirksomhet (25). Det finnes imidlertid litteratur om samhandling generelt med overføringsverdi til lærings- og mestringsvirksomheten.

Litteraturen er av varierende kvalitet og omhandler i hovedsak samarbeidsavtaler, utskrivningsklare pasienter og overganger. Det avdekkes også kunnskapshull og en ubalanse med hensyn til hvilke temaer og spørsmål forskningen har adressert. Det mangler eksempelvis studier på effekt av samhandlingstiltak (25), og på hvilke erfaringer brukere, pårørende og helsepersonell som jobber nært til brukere har med samhandlingen om lærings- og mestringsvirksomhet. Det mangler også studier som omhandler samhandling om tilbud den samiske befolkningen og andre minoriteter (25;28).

Samhandling ser ut til å være et underprioritert område med store lokale variasjoner. Finansieringsordninger er drivere for prioriteringer og praksis. Samhandlingsteam med nettverk, faste møtearenaer, ressursgrupper og koordinator på tvers av tjenestenivå og gjensidig kompetanseutveksling, styrker samhandling.

Fravær av slike strukturer fungerer som barrierer for samhandling (25;28). Det ser ut til at kommuner og helseforetak har tillit til at Helsefellskapene kan bidra til å systematisere og styrke samarbeidet (28). Flere brukerorganisasjoner er bekymret for at lærings- og mestringsvirksomheten blir nedprioritert i helseforetakene og "dyttet over" på kommunene uten medfølgende finansiering (39).

På tross av manglende dokumentasjon gir litteraturgjennomgangen nyttig innsikt i hva som fremmer og hemmer samhandling mellom helseforetak og kommuner generelt. Denne

kunnskapen angir noen sentrale forutsetninger for samhandling om lærings- og mestringsevne i praksis (26), og bør ligge til grunn for videre arbeid.

Resultatene avdekker behov for videre forskning på og utvikling av modeller for organisering av tjenester og oppgave- og ansvarsfordeling mellom helseforetak og kommuner, spesielt hva gjelder forebygging, læring og mestring og rehabilitering. Det er også behov for mer kunnskap om samarbeidsprosesser, brukermedvirkning og brukererfaringer og effekt av samhandlingstiltak og virkemidler, for eksempel utilsiktede virkninger av økonomiske insentiver (25). For å oppfylle sentrale mål i nasjonal helse- og sykehusplan, bør finansieringsordninger fasilitere kvalitet i tjenesten, brukermedvirkning og samhandling mellom profesjoner, tjenester og nivå (25;28).

5.6.2 Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner

Analysen av de lovpålagte samarbeidsavtalene (delavtale 2, 5, 6 og 10) mellom helseforetak og kommuner, påpeker mangel på gjensidighetskunnskap og likeverdighet mellom partene i utarbeidelse og oppfølging av avtalene (26). Gjensidig kunnskap om og forståelse for hverandres kompetanse og hverdag er nødvendig for god dialog og er en viktig fasilitator for samhandling (26). Avtalene synes ikke i tilstrekkelig grad å ivareta anbefalingene i Helsedirektoratets veiledere (8;27) når det gjelder konkretisering, brukermedvirkning, forpliktelse, tilgjengelighet og vedlikehold (26). Kvaliteten på samarbeidsavtalene for læring- og mestring er heller ikke tilfredsstillende. Innholdet er begrenset og lite konkret. Det er derfor vanskelig å vurdere om tilbudene i kommuner og helseforetak er utfyllende, overlappende eller mangelfulle.

Arbeidsprosessen for inngåelse av samarbeidsavtaler har betydning for implementering og oppfølging av avtalene (44). Det ser ut som disse arbeidsprosessene har vært preget av at helseforetakene har hatt større innflytelse på utformingen av avtalene enn kommunene (45). Forslag om å innføre krav om at kommuner og helseforetak skal avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester er ute på høring (46). Utilstrekkelig konkretisering, manglende brukermedvirkning, uklare forpliktelser, tilgjengelighet og vedlikehold av samarbeidsavtalene kan ha sammenheng med manglende likeverdighet i disse prosessene. Dette er viktige faktorer som må adresseres i det videre arbeidet med revisjon av maler og veileder for samarbeidsavtalene. Gode avtaleprosesser bidrar til å sikre eierskap til avtalene fra begge parter. Dette vil påvirke både implementeringen og etterlevelsen av avtalen positivt.

Alle brukere av helse- og omsorgstjenesten kan i alle faser i forløpet og uavhengig av diagnoser eller helseutfordringer, ha behov for lærings- og mestringstilbud, inkludert støtte til endring av levevaner. Læring- og mestringstilbud inngår i alle helse- og omsorgstjenester (8). Lærings- og mestringstilbud egner seg også som en del av "det utadvendte sykehus" (2). Dersom samhandling om slik helsehjelp ikke prioriteres, er det risiko for at mange brukere ikke får den helsehjelpen de har behov for og rett til. Det er potensiale for forbedringer i både strukturer og praksis for oppgavedeling og samhandling mellom tjenester og nivå (28).

Bruk av virkemidler som i større grad fasiliterer prioritering av samhandling og lærings- og mestringsevne, bør derfor vurderes.

5.6.3 Helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester

Det er på bakgrunn av undersøkelser i forprosjektet vanskelig å trekke klare slutninger om hvilke erfaringer helse- og omsorgstjenesten og brukere har med samhandlingen om lærings- og mestringsevne (28). Praksisfeltet etterlyser sjekkpunkter for pasient- og

pårørendeopplæring i pasientforløp i foretak og i overgangene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (19).

Tilbud i helseforetak og kommuner skal til sammen utfylle hverandre. Kompetanseutveksling må være gjensidig. For å få tilstrekkelig innsikt i status for praksis og erfaringer med samhandling mellom helseforetak og kommuner, er det behov for undersøkelser der også brukere, pårørende og personell som jobber tett på brukere og pasienter, inngår i utvalget av respondenter.

Koordinerende enhet i kommuner og helseforetak skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper med behov for koordinerte tjenester. Lærings- og mestringsvirksomhet inngår i deres ansvarsområde (8). Det skal etableres 19 helsefelleskap der kommuner og helseforetak skal utvikle og planlegge tjenestene sammen som likeverdige partnere. Helsefelleskapene blir faste møtearenaer for samhandling og kompetanseutveksling. Inkludering av lærings- og mestringsvirksomhet i helsefelleskapenes arbeid, kan bidra til å systematisere og styrke samarbeidet og integrering av fagområdet i helhetlige koordinerte forløp. Det er også behov for å se ulike modeller og prøveordninger for oppfølging av pasienter med langvarige og sammensatte behov i sammenheng og å tydeliggjøre roller og ansvarsfordeling mellom tjenestene¹¹.

Samhandling om lærings- og mestringstilbud bør være et prioritert område i helsefelleskapene. Dagens finansieringsordninger kan vurderes justert slik at de i større grad fremmer kontinuitet og samhandling om læring og mestring. Maler og nasjonal veileder for de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner må tydeliggjøre krav til likeverdighet mellom partene i prosessen for avtale inngåelse, konkretisering, brukermedvirkning, forpliktelse, tilgjengelighet og vedlikehold, samhandling om oversikt over og informasjon om LM-tilbud, etablering av strukturer som fremmer samhandling om læring og mestring og tilrettelegging av LM-tilbud til den samiske befolkningen.

5.6.4 Oversikt og informasjon om lærings- og mestringstilbud

Undersøkelser utført i forprosjektene viser at oversikt over og informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommuner og helseforetak, mange steder er mangelfull og at det krever samarbeid for å få dette på plass. Det samme gjelder behovskartlegging og utvikling av nye tilbud. Både ansatte og brukere rapporterer at de har for lite informasjon om hvilke tilbud som finnes (1;46). Regionale brukerutvalg etterspør en helhetlig oversikt over eksisterendetilbud.

Helseforetakene benytter ulike kanaler for å spre informasjon. De fleste har oppdaterte kursoversikter, informasjonsmateriell tilpasset ulike målgrupper, informasjon om brukerorganisasjoner og andre nyttige lenker på egne nettsider. På sykehusenes nettsider merkes kursene om de er nasjonale, regionale eller lokale men det finnes ingen samlet oversikt.

Nasjonale helse- og sykehusplan har som ambisjon å bygge pasientens helsetjeneste (2). Kjennskap til brukernes behov og hva som finnes av frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i helseforetak og kommuner er en forutsetning for at brukere, pasienter og pårørende skal få nødvendig opplæring og oppfølging. Helseforetak og kommuner bør derfor i samarbeid med brukere utvikle systematiske tiltak for oversikt og vedlikehold av informasjon om tilbud. Det finnes gode eksempler på hvordan noen kommuner oppfyller dette ([idebanken](#) og www.fritid123.no). På

¹¹ Ref. Primærhelseteam, oppfølgingsteam, helsefelleskap, koordinerende enhet mm.

Helseforetakenes nettsider ligger det lenke til kommuneoversikten på [mestring.no](https://www.mestring.no), men ikke til oversikten over kommuner med frisklivssentraler på [helsedir.no](https://www.helsedir.no) og informasjon om frisklivssentraler på [helsenorge.no](https://www.helsenorge.no) og [helsedir.no](https://www.helsedir.no). Inkludering av denne informasjonen på helseforetakene nettsider vil til sammen gi bedre oversikt over eksisterende tilbud enn i dag (47-49). Informasjon om digitale selvhjelpsverktøy på Helsenorge.no kan også være nyttig å vise til¹².

I videre arbeid er det behov for å tydeliggjøre føringer for oppgavedeling og samhandling om utfyllende lærings- og mestringstilbud. Oversikt og informasjon om dette må gjøres lett tilgjengelig for helsepersonell og befolkningen. Samhandling om behovskartlegging, oversikt, informasjon, utvikling og gjennomføring av lærings- og mestringstilbud, bør være et prioritert område i helsefelleskapene

5.7 Ny teknologi og nye arbeidsmåter

Kartlegging (1) viser at lærings- og mestringssentrene i spesialisthelsetjenesten i dag ikke har utviklet eller benytter ny teknologi i undervisning. I all hovedsak er det video og film som benyttes både ved LMS og i klinikk. Hverken helseforetakene eller klinikken gir i kartleggingen uttrykk for at de i utstrakt grad har planer om å bruke appbaserte tjenester i undervisningen (1). Samvalgsverktøy brukes i begrenset grad. Videooverføring av kurs og nettbaserte tilbud er i noen grad tatt i bruk. Brukerutvalgene gir tilbakemelding om at de har blandende erfaringer med bruk og tilrettelegging av teknologi knyttet til læring og mestring, og flere mener at det gjøres lite for å legge til rette for digital deltakelse.

Både i helseforetak og kommuner har Covid-19 pandemien ført til en økt interesse for teknologi og økt behovet for tilrettelegging av egnede løsninger i helse- og omsorgstjenesten. Mange tjenester har på relativt kort tid tatt i bruk nye verktøy som gjør det mulig å yte helsehjelp selv om fysiske møter ikke er mulig (50;51).

Før covid-19 ble det i spesialisthelsetjenesten benyttet lite teknologi innen læring- og mestring. Imidlertid tester nå flere LMS-er digitale kurs og annen digital foredragsvirksomhet gjennom bl.a. webinar via join, helsenett og podkaster knyttet til relevante mestringstemaer. Pandemien har også synliggjort behov for ressurser som støtter opp under digitale løsninger og nye arbeidsmåter (51).

En ny undersøkelse viser at kommunale frisklivssentraler har digitalisert mer av arbeidet i 2020 (50). Det har gitt mer fleksibilitet og alternative måter å følge opp deltakerne på. Erfaringene vil også gjøre det lettere å kunne tilby oppfølging via digitale løsninger fremover. Digitale verktøy blir i størst grad benyttet til grupper og kurs, men også i en-til en- oppfølging. Nær 60 prosent har tatt i bruk nye arbeidsmåter og digitalisert mer av arbeidet knyttet til innbyggerrettet informasjon.

¹² <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/oversikt-over-kommuner-med-frisklivssentral>
<https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/frisklivssentral/>
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler>
<https://www.helsenorge.no/baredu>

Respondentene påpeker nødvendigheten av evaluering når nye arbeidsmåter tas i bruk. En del løsninger er ikke godt nok tilrettelagt for bruk i helse- og omsorgstjenesten¹³.

Ny teknologi gir nye muligheter for opplæringen av pasienter og brukere; for nye arbeidsmåter, dokumentasjon og samhandling mellom ulike tjenester og mellom helsepersonell og brukere/pasienter. Digitale løsninger kan gjøre lærings- og mestringstilbud mer tilgjengelig for flere brukere, pasienter og pårørende (50).

Bruk av ny teknologi forutsetter digital kompetanse både hos brukere og helsepersonell, og ikke alle kan nyttiggjøre seg slike tilbud. Digitale løsninger kan utvide og være et supplement til, men ikke erstatning for, det ordinære tilbudet og til fysisk oppmøte (1;50).

Helsedirektoratet har samlet og utviklet digitale selvhjelpsverktøy for endring av levevaner og mestring av fysiske og psykiske helseutfordringer. Disse er tilgjengelig på helsenorge.no (52). Slike verktøy benyttes av helsepersonell i oppfølging av brukere og pasienter og vurderes å være et nyttig supplement i arbeidet med pasient- og pårørende opplæring (50). Brukerorganisasjoner utvikler også digitale opplæringstilbud. For eksempel lanserte Diabetesforbundet nylig sitt [e-læringskurs for bedre egenbehandling av diabetes type 2](#) (53;54).

I det videre arbeidet er det behov for å utvikle og evaluere hensiktsmessig digitale verktøy for dokumentasjon av tilbud, rapportering og samhandling om læring og mestring, inkludert å standardisere informasjon i elektroniske pasientjournalssystem. Nye tilbud og nye arbeidsmåter i lærings- og mestringsarbeidet kan utvikles basert på mulighetene som ligger i ny teknologi og digitalisering. Brukererfaringer må være sentralt i utviklingsarbeidet.

5.8 Helsepersonells kompetanse

5.8.1. Tilstrekkelig kompetanse og kapasitet

Kartlegging i forprosjektet (1) viser at om lag 3/4 av klinikklederne i spesialisthelsetjenesten som har svart, vurderer at medarbeiderne i helseforetakene har tilstrekkelig kompetanse for å kunne legge til rette for læring og mestring hos pasienter og pårørende. Ingen hevder at medarbeiderne mangler denne kompetansen. Tid nok til dette arbeidet, beskrives imidlertid som et problem (1).

Helse- og omsorgstjenestene må ha tilstrekkelig kapasitet og relevant kompetanse til å ivareta kravet om faglig forsvarlighet i lærings- og mestringsarbeidet og kunne gi tilbud i samsvar med befolkningens behov (8). Bredden i målgruppens behov for lærings- og mestringstilbud av god kvalitet krever at alt helsepersonell har bred kompetanse, herunder grunnleggende basiskompetanse og kompetanse i tverrfaglig (8;9).

5.8.2. Kommunikasjon og helsepedagogikk

LMS i spesialisthelsetjenesten er i mange sammenhenger en støttefunksjon, hvor lærings- og mestrings-senteret blir brukt som ressurs i arbeidet ved avdelingene. Alle lærings- og mestrings-sentrene tilbyr kurs i helsepedagogikk til helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunene (kompetanse, verktøy og metodikk for å kvalitetssikre opplæring, blant annet knyttet

¹³ Direktoratet for e-helse anbefaler helsepersonell å ta i bruk verktøy for videokonsultasjon som allerede er i bruk i helsesektoren, og har laget en [oversikt over slike verktøy og programvare](#). Tjenestene har selv ansvar for at løsningene de bruker tilfredsstillende gjeldende krav og personvernreglement. Direktoratet for e-helse kommer med spesielle anbefalinger og det er lagt ut en rutine for sikker bruk.

til klinisk kommunikasjon (55;56). Undersøkelsen viser at helsepedagogisk kompetanse er avgjørende for at pasienter og brukere skal kunne få utbytte av lærings- og mestringstilbud. Det er imidlertid behov for mer evaluering av kvaliteten på lærings- og mestringstilbud i helseforetak og kommuner. Det bør vurderes hvordan kunnskapsbasert praksis kan styrkes gjennom utdanning av studenter, fagpersoner og brukerrepresentanter (57). Det er fordeler og ulemper med ulike måter å organisere lærings- og mestringsevne på. Hensiktsmessige organisering av nettverk og modeller for utvikling av kvalitet og kompetanse innen læring og mestring, bør vurderes.

Samtaler om "Hva er viktig for deg" krever høy grad av profesjonalitet og kommunikasjonsfaglig tilnærming. Kunnskap om kommunikasjon og ferdigheter i effektive metoder for endring, mestring og brukermedvirkning bør derfor prioriteres i kompetanseutvikling og veiledning i helseforetak og kommunale helse og omsorgstjenester (8;9).

Fastlegene har en medisinskfaglig koordineringsrolle og skal samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. De skal også tilby forebyggende tiltak til personer der det avdekkes betydelig risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller funksjonssvikt (58). Fastlegene har både en utøverfunksjon i møte med den enkelte pasient, og en lyttepostfunksjon opp med det bredere folkehelsearbeidet. Der er imidlertid et gap mellom myndighetenes forventninger og det fastlegene selv forteller om den faktiske virksomheten. Manglende kommunikativ og pedagogisk kompetanse og ferdigheter er en begrensende faktor for helsefremmende og forebyggende innsats i fastlegetjenesten (38). Fastlegene trenger mer kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder hvordan de kan støtte brukere og pasienter til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer (38).

5.8.3. Samhandling og kompetanseutveksling

Det er også behov for å styrke diagnosespesifikk kunnskap, spesielt for de store sykdomsgruppene (59;60). Det er derfor viktig at kommunene etterspør spesialisthelsetjenestens kompetanse, helseforetakene overholder veiledningsplikten og at de samhandler om gjennomføring av lærings- og mestringstilbud.

Resultater i forprosjektet peker på at samhandling om kompetanseutveksling og kompetanseutvikling fungerer godt der helseforetakene oppfyller veiledningsplikten overfor kommunene, der begge parter er likestilt og bidrar inn med sin kompetanse. At nivåene har kjennskap til hverandres kompetanse og hverdag er også viktig for samhandlingen og for kvaliteten på tilbudet til brukere, pasienter og pårørende (28).

Digitalisering kan gi mulighet for å gjøre lokale kurs tilgjengelig for innbyggere og brukere i hele landet. Mer kunnskap og kurs for helsepersonell om digitale verktøy og avstandsoppfølging etterspørres (50).

I det videre arbeidet bør det i større grad synliggjøres at pasient- og pårørendeopplæring er en integrert del av helsetilbudet i både helseforetak og kommuner. Aktuelle oppgaver for helsepersonell kan være å kartlegge pasienters og pårørendes behov for opplæring, planlegge og gjennomføre opplæringsaktivitet, samhandle med relevante aktører og dokumentere opplæring (19). For å sikre god kvalitet i lærings- og mestringstilbud, bør opplæring i helsefremmende og forebyggende arbeid, klinisk kommunikasjon og helsepedagogikk samt bruk av ny teknologi innarbeides i kompetanse-/opplæringsplaner i helseforetak og kommuner.

5.9 Lærings- og mestringstilbud tilpasset den samiske befolkningen

Samiske pasienter og brukeres rett til likeverdige helse- og omsorgstjenester følger av rettigheter det samiske folk som urfolk har i henhold til nasjonale lover og internasjonale konvensjoner. Det omhandler deres rett til å få et tilbud som er tilpasset samisk språk- og kultur. Av ILO-konvensjonen nr. 169 art. 25 følger det at utforming og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester for urfolk skal skje under urfolks eget ansvar og kontroll. Folkehelsemeldinga (61) presiserer at likeverdige helse- og omsorgstjenester forutsetter at tjenestene er innrettet slik at de ivaretar brukernes ulike behov, blant annet knyttet til fysisk tilgjengelighet, kulturell forståelse og språk.

God og trygg kommunikasjon handler om å få bruke sitt eget språk i møte helse- og omsorgstjenestene og bli møtt av kultursensitive tjenester. Å skape gode arenaer for læring og mestring for den samiske pasienten krever samarbeid på tvers av profesjoner, tjenester og nivå. Helsepersonell må ha kunnskap om samisk språk, kultur og samenes historie som urfolk i Norge.

På grunnlag av kartlegginger i forprosjektene kan vi ikke finne at det er utviklet og gjennomført lærings- og mestringstilbud tilpasset den samiske befolkningen ved noen av landets helseforetak med unntak av Sámi klinihkka, Finnmarkssykehuset. I mars 2020 tilsatte Sámi klinihkka en medarbeider ved FoU-avdelingen som fikk ansvar for dette arbeidet. Systematisk pasient og pårørendeopplæring har tidligere i hovedsak vært et tilbud til enkeltfamilier.

Enkelte kommuner i de samiske språkområdene har noen tilbud, men det mangler oversikt over hva som finnes. Når det gjelder helsetilbud til den samiske befolkningen ser det ut til å være tettere kobling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene (25) og mellom somatisk og psykiske helsetjenester enn det vi ser i andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Dette vurderes som positivt med tanke på videre arbeid.

Funn fra undersøkelser i forprosjektene viser at det ikke er utviklet tilstrekkelige lærings- og mestringstilbud tilpasset den samiske befolkningen i Norge og at samiske pasienter har lav grad av medvirkning knyttet til ulike lærings- og mestringstilbud ved LMS (1). Det er heller ikke tilstrekkelig oppmerksomhet om tilrettelegging for samiske pasienter i ordinær lærings- og mestringsevne i helseforetak og kommuner. Et eksempel på dette er kostholdskurs og diabeteskurs som ikke tar hensyn til samiske mattradisjoner.

Litteraturgjennomgangen viser at samhandling om helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen kun er omtalt i en publikasjon som viser til behov for språklig tilrettelegging og kulturforståelse (25). Ingen av samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner omhandler lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen. Samarbeidsavtalen angir at Helse Nord er gitt særlig ansvar for likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. Avtalen mellom sametinget og Helse Nord omfatter ikke kommunale helse- og omsorgstjenester og inneholder ikke noe om lærings- og mestringsevne spesielt (26). Noen kommuner i Helse Nord hadde samarbeidsavtaler knyttet til helse- og omsorgstjenester for den samiske befolkningen, uten at læring og mestring var nevnt. Ingen av avtalene var publisert på kommunenes nettsider (26).

Oppsummert kan vi konkludere med at det i dag ikke er et tilstrekkelig lærings- og mestringsevne tilrettelagt for samiske pasienter. Det er i liten grad utviklet kulturtilpasset, relevant opplæringsmaterieil til samiske pasienter og pårørende oversatt til alle tre samiske språk.

Tilrettelegging må i større grad ta utgangspunkt i hva som er betydningsfullt og verdifullt for den enkelte, inkludert blant annet forståelse og håndtering av sykdom, involvering av familie samt levesett og livsverden.

Samarbeid mellom helseforetak og kommuner om utvikling av om lærings- og mestringstilbud tilpasset hvert av de samiske språkområdene. Sámi klinihkka bør gis oppdrag som nasjonalt ressurscenter i dette arbeidet:

- nord-samisk språkområde (Sámi Klinihkka)
- lulesamisk språkområde (Nordlandssykehuset)
- sørsamisk språkområde (St. Olav)

Virkemidler og tiltak som sikrer at helsepersonell som skal jobbe med samiske befolkning har/får tilstrekkelig kunnskap om samisk språk og kultur bør vurderes. Lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen må inngå i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner og samhandling om lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen må inngå i mandatet til helsefellesskapene.

6.0 Lærings- og mestringsvirksomhetens bidrag til økt helsekompetanse

I Nasjonal helse- og sykehusplan går det fram at ved revisjon av lærings- og mestringstjenestene skal det også gjøres en vurdering av hvordan de kan bidra til å heve helsekompetansen i befolkningen for øvrig (2) (s. 20).

God helsekompetanse anses som avgjørende for å realisere pasientens helsetjeneste og at helsekompetanse skaper forutsetninger for egenmestring og egenbehandling.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 har som mål at pasientene skal være aktive deltakere i helsehjelpen de mottar, oppleve sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner og i større grad møte spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv (2). Videre er det en målsetting at Helsefelleskapene og det utadvendte sykehuset blir arenaer for læring.

I strategi for økt helsekompetanse i befolkningen (62:4) defineres helsekompetanse som:

«(...) personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til levevaner, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten»

Studier viser at lærings- og mestringstilbud har innvirkning på bruk av helse- og omsorgstjenester i form av færre innleggelses (både reinnleggelses og akuttinnleggelses), færre konsultasjoner i poliklinikker og hos fastlege (63), bedre håndtering av egen helse (64). Det finnes også studier som viser at riktig medikamentbruk og kompetanse på hvordan en kan leve med sine helseplager, styrker evnen til å forebygge forverring av egen helse og sykdom (60). Mange pasienter og pårørende får imidlertid ikke nødvendig informasjon og støtte til å forstå medisinsk informasjon og navigere i et komplekst hjelpeapparat (65).

Internasjonale beregninger antyder at mangelfull helsekompetanse i befolkningen kan øke helseutgiftene med tre-fem prosent av det totale helsebudsjettet (62), samt at deltakelse i lærings- og mestringstilbud er effektivt for å kutte kostnader i helse- og omsorgstjenesten (63).

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, å kartlegge helsekompetansen i befolkningen. Det vil foreligge en nasjonal rapport som angir status på området tidlig i 2021. Videre vil det bli gjennomført en kartlegging av helsekompetansevennlige organisasjoner/helse- og omsorgstjenester av styrker og svakheter ved helse- og omsorgstjenestenes tjenestestruktur og tilbud og hvorvidt de er tilpasset befolkningens helsekompetanse.

Det er særlig tre områder der lærings- og mestringstjenestene kan bidra til økt helsekompetanse i befolkningen ¹⁴(29):

6.1 Befolkningsrettet helseinformasjon

Helse og omsorgstjenesten skal, som andre sektorer, bidra i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet., blant annet gjennom veiledning og informasjon til befolkningen, og ved å

¹⁴ Innspill fra arbeidsseminar, brukere og ansatte i helsetjenestene.

bidra i oversiktsarbeidet som en del av grunnlaget for kommunale planprosesser. Dokumentasjon fra helse- og omsorgstjenestenes lærings- og mestringsevne kan avdekke behov for tiltak både i og utenfor helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgstjenesten kan initiere etablering og ta del i gjennomføring av nye tiltak i samarbeid med andre aktører (9). Helsefremming og forebygging i allmennpraksis kan gi viktige bidrag til den samlede folkehelsen (38).

Kommunale frisklivssentraler/frisklivs-, – lærings- og mestringssentre gir råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Det gjøres blant annet gjennom åpne temamøter, artikler i lokalpresse og bruk av sosiale medier.

De kan også bidra til kompetanseheving i andre helse- og omsorgstjenester når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid, endring av levevaner og mestring av helseutfordringer (48).

Helsedirektoratet, brukerorganisasjoner og mange LMS i helseforetakene har utviklet digitalt opplysningsmaterieil og selvhjelpsmaterieil (for eksempel filmer, podcast, digitale kurs, apper) om og for mestring, og om spesifikke sykdommer. Lærings- og mestringstilbud kan gjennom slike verktøy være en del av «det utadrettede sykehuset» (2). Denne opplysningsvirksomheten kan utvides. Et annet eksempel på et befolkningsrettede tiltak er at sykehus arrangerer åpne temamøter om ulike diagnoser og bringer på den måten kunnskapsbasert informasjon ut til befolkningen, pasienter og pårørende. Foredrag som tidligere var på sykehusene flyttes til litteraturhus og folkebibliotek. Opplysningsarbeidet må imidlertid tilpasses målgrupper og deres helsekompetanse.

6.2 Brukermedvirkning og likepersonarbeid

Ved å involvere pasient- og brukerorganisasjoner og brukerutvalg/ungdomsråd ved helseforetakene i innsatsen for å videreutvikle helsekompetanse, kan tiltak bli mer treffsikre og nye målgrupper nås. Både i spesialist- og kommunehelsetjenesten har lærings- og mestringsevne erfaring fra aktiv brukermedvirkning i utvikling av nye tiltak (1).

Eksempelvis har noen lærings- og mestringssentre i spesialisthelsetjenesten systematisk samarbeid med pasient- og brukerorganisasjonene (1). De tilbyr opplæring i likepersonarbeid og legger til rette for drift av pasientvert-ordninger. Lærings og mestringssentrene i spesialisthelsetjenesten har også lang og god erfaring med systematisk brukermedvirkning på tjenestenivå i kursvirksomhet. Mange kommuner har tilbud om og/eller legger til rette for likepersonarbeid, og har utstrakt samarbeid med lokale brukerorganisasjoner om gjennomføring av tilbud (16;18). Erfaringskompetanse fra bruker og pasienter er også sentralt i utforming av materieil som brev, informasjon på nettsider, brosjyrer og skilting. Se også kapittel 5.2.

6.3 Opplæring i kommunikasjon og helsepedagogikk

Måten helsepersonell kommuniserer med pasienter på, kan bidra til å fremme eller hemme helsekompetanse. Det kan være et stor forskjell på hva helsepersonell tror pasienten har forstått, og hva pasienten faktisk har forstått. En persons helsekompetanse er erfarings- og situasjonsavhengig og knyttet til både utdanning og måten helseinformasjonen presenteres på. Kommunikasjon må tilpasses pasientens sykdomsforståelse og kunnskap om helse- og omsorgstjenesten.

Helsepedagogikk innebærer at helsepersonell har kunnskap om ulike pedagogiske virkemidler som fremmer interesse og motivasjon, og som legger til rette for at deltakere, i samarbeid med fagpersoner, kan utvikle ny kunnskap og handlingskompetanse. Individuell tilpasning knyttet til alder, funksjonsnedsettelse, språk og kulturkompetanse, pasienters mulighet til motta informasjon i ulike situasjoner og på ulike tidspunkt, er sentralt.

I det videre arbeidet med å øke helsekompetansen i befolkningen vil det være nødvendig å tydeliggjøre oppgave- og ansvarsfordeling. Det er et felles ansvar for hele helse- og omsorgstjenesten. Helsefellesskapene kan være et organisatorisk utgangspunkt. Samtidig bør det utvikles kunnskapsbaserte digitale verktøy og tilgangen på kvalitetssikret pasientrettet informasjon må forbedres. Informasjon må være tilpasset ulike målgrupper og deres helsekompetanse. Utviklingen bør følges opp av forskning på og evaluering av hvilken effekt deltakelse i lærings- og mestringstilbud har på brukernes helsekompetanse. Dette må ligge til grunn for utvikling av det videre tjenestetilbudet innen læring og mestring.

7.0 Oppsummering og veien videre

Forprosjektet har vurdert lærings- og virksomheten i et helhetsperspektiv og avdekket utfordringer og forbedringsområder

Det er potensiale for utvikling av nye tilbud og nye arbeidsmåter basert på ny teknologi og digitalisering. Helseforetak og kommuner må samarbeide om utvikling av lærings- og mestringstilbud tilpasset hvert av de samiske språkområdene, og det bør sees nærmere på hvordan lærings- og mestringstilbud bør tilpasses til personer med innvandrerbakgrunn.

Forprosjektene har tydeliggjort betydningen av at læring og mestringstjenster må bli en integrert del av alle tjenester og forløp slik at brukere, pasienter og pårørende får likeverdige tilbud av god kvalitet og opplever sammenhengende forløp og koordinerte tjenester. Det videre arbeidet må vurdere hovedretninger for hvilken oppgavedeling, ansvarsplassering og organisering av lærings- og mestringsvirksomheten som er mest hensiktsmessig for måloppnåelse.

Referanseliste

1. Deloitte. Lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten: en kartlegging. Oslo: Deloitte; 2020.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Meld. St. 7 (2019 – 2020). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument 2019 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/revidert-oppdragsdokument-2019.pdf>
4. Helse- og omsorgsdepartementet. E-post til: Helse Sør-Øst RHF og Helsedirektoratet, 6. desember 2019.
5. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61. Sist endret i: LOV-2019-12-20-103. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
6. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR-2011-12-16-1256. Sist endret i: FOR-2018-04-10-556 fra 01.05.2018. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/>
7. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. Sist endret i: LOV-2020-06-19-78. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
8. Helsedirektoratet. Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: nasjonal veileder [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 2. desember 2020; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
9. Helsedirektoratet. Veileder for kommunale frisklivssentraler: etablering, organisering og tilbud. rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS-1896. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf?download=false>
10. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Sist endret i: LOV-2020-06-19-79. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
11. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Sist endret i: LOV-2019-04-10-11. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Kommunale helse- og omsorgstjenester [nettside]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet [oppdatert 2020; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/id10903/>
13. Berg B. Nasjonal kartlegging av lærings- og mestringssentrene i spesialisthelsetjenesten: en spørreundersøkelse. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse; 2016. NK LMH 1/2016. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/12/NK-LMH-Kartlegging-av-LMS_06122016.pdf
14. Martens CT, Veenstra M. Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune: fra dialog til avviksmelding? Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2015. NOVA Rapport 9/2015 Tilgjengelig fra: <https://fagarkivet-hioa.archive.knowledgearc.net/handle/20.500.12199/5095>
15. Berg B. Kommunal lærings- og mestringsevne: samlede resultater fra nasjonal kartlegging gjennomført i 2015. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse; 2016. NK LMH 4/2016. Tilgjengelig fra: <https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/12/Notat-kommunekartl-des-2016-ENDELIG-1.pdf>
16. Ekornrud T, Thonstad M. Frisklivssentraler i kommunane: kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod. Oslo: SSB; 2016. Rapport 2016/07.

- Tilgjengelig fra:
http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/256787?_ts=15308376750
17. Norsk helsenett, Direktoratet for e-helse. Digital støtte til arbeidet i frisklivssentraler [upublisert ppt-presentasjon]. Oslo: Norsk helsenett og Direktoratet for e-helse; 2019.
 18. Statistisk sentralbyrå. Data fra KOSTRA 2019 Oslo: SSB; 2020.
 19. Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring. Pasient- og pårørendeopplæring. Hva? Hvorfor? Hvordan? For Hvem? Når? Og relaterte begreper. Kristiansand: Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring; 2020. Tilgjengelig fra: <https://mestringforalle.no/wp-content/uploads/2020/11/Innsiktsdokument-Pasient-og-parorende.pdf>
 20. Helse Sør-Øst. Nasjonale, regionale og lokale utviklingsplaner [nettside]. Hamar: Helse Sør-Øst [oppdatert 26. november 2019; lest 10. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/utviklingsplaner-og-store-utviklings-og-byggeprosjekter/nasjonale-regionale-og-lokale-utviklingsplaner>
 21. Helse Vest. Regional utviklingsplan 2019-2035 [nettside]. Stavanger: Helse Vest [oppdatert 1. februar 2019; lest 10. november]. Tilgjengelig fra: <https://helse-vest.no/om-oss/regional-utviklingsplan>
 22. Helse Nord. Regional utviklingsplan 2035 [nettside]. Bodø: Helse Nord [oppdatert 12. september 2019; lest 10. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/regional-utviklingsplan-2035>
 23. Helse Midt-Norge. Utviklingsplaner [nettside]. Stjørdal: Helse Midt-Norge [oppdatert 24. januar 2020; lest 10. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://helse-midt.no/helsefaglig/utviklingsplaner>
 24. Helse Nord. Spesialisthelsetjenesten til den samiske befolkningen. Bodø: Helse Nord; 2020. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Rapporter%20og%20dokumenter/Spesialis-thelsetjenester%20til%20den%20samiske%20befolkningen/Strategidokumentet%20norsk.pdf>
 25. Bossy D, Bratli SA. Dokumentasjon om samhandling mellom helseforetak og kommuner knyttet til lærings- og mestringsevne: en gjennomgang av norsk forskning og annen relevant litteratur. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse; 2020. NKLMH 2/2020. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2020/06/Rapport_Litteraturgjennomgang_NKLMH.pdf
 26. Hvinden K, Sjøvik H. Hvordan ivaretar samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner oppgave- og ansvarsdeling knyttet til lærings- og mestringsevne? En kartlegging av lovpålagte samarbeidsavtaler. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse; 2020. NKLMH 1/2020. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2020/06/110520_Rapport_Kartlegging_samarbeidsavtaler_NK-LMH.pdf
 27. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak: nasjonal veileder Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
 28. Helse- og omsorgsdepartementet. QB Erfaringer med samhandling i kommuner, helseforetak og brukerorganisasjoner Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; Under publisering 2020.
 29. Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring. Begreper og tilbud. Pakkeforløp. Koding. Økt helsekompetanse i befolkningen. Kristiansand: Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring; 2020. Tilgjengelig fra: <https://mestringforalle.no/wp-content/uploads/2020/11/Rapport-til-HSO-RHF-om-PPO.pdf>
 30. Helse- og omsorgsdepartementet. Brukermedvirkning [nettdokument]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet [oppdatert 17. oktober 2017; lest 18. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsemyndighetene.no/tema/brukermedvirkning>
 31. Kunnskapsbasert praksis [nettside]. Bergen og Oslo: Høgskolen i Bergen og Folkehelseinstituttet [oppdatert 2020; lest 18. desember 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
 32. Vågan A, Olsson ABS. Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse. Oslo: Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse; 2018. NK LMH

- 1/2018. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2018/06/Rapport-begreper-og-teorier_ENDELIG.pdf
33. HelseDirektoratet. Pårørendeveileder: nasjonal veileder [nettdokument]. Oslo: HelseDirektoratet [oppdatert 28. januar 2019; lest 18. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
 34. Helse- og omsorgsdepartementet. God kvalitet – trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Meld. St. 10 (2012–2013). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
 35. Eika KH, Berg B. Dokumentasjon av gruppebaserte lærings- og mestringstilbud i sjukehusa: kartlegging av registreringspraksis, utfordringer og mulige tiltak. Oslo: Nasjonal Kompetanseteneste for læring og mestring innan helse; 2016. NK LMH 3/2016. Tilgjengelig fra: <https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/12/Dokumentasjonsrapport-ny-versjon-060917.pdf>
 36. HelseDirektoratet. Tilskuddsordningen «Etablering og utvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud 2015–2018». Oslo: HelseDirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/rapporter/tilskuddsordningen-etablering-og-utvikling-av-kommunale-frisklivs-laerings-og-mestringstilbud-20152018/>
 37. HelseDirektoratet. Utviklingssentraler. I: Etablering og organisering av frisklivssentraler [nettdokument]. Oslo: HelseDirektoratet [oppdatert 9. mars 2017; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/etablering-og-organisering-av-frisklivssentraler#utviklingssentraler>
 38. Rønnevik D-H, Pettersen B, Grimsmo A. Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid: som utøver og lyttepost. Haugesund/Trondheim: NTNU; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/globalassets/Allmennlegenes-rolle-i-helsefremming-og-forebygging-endelig-nett.pdf>
 39. Innspill fra HelseDirektoratets Brukerråd og BrukerRop [upublisert]. 2020.
 40. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Nasjonal oversikt over lærings- og mestringstjenester i kommunene [nettdokument]. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse [oppdatert 2. juli 2020; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://mestring.no/nasjonal-oversikt-over-laerings-og-mestringstjenester-i-kommunene/>
 41. HelseDirektoratet. 8.10. Frisklivssentralen. I: Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente [nettdokument]. Oslo: HelseDirektoratet [oppdatert 11. april 2016; lest 18. desember 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/helse-og-omsorgstjenester-for-bosatte-flyktninger-og-familiegjenforente/frisklivssentralen>
 42. Ekornrud T, Thonstad M. Frisklivssentraler i kommunane: ei kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbud i norske kommunar i perioden 2013-2016. Oslo: SSB; 2018. Rapport 2018/27. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/358702?ts=16557397138>
 43. HelseDirektoratet. Frisklivssentraler: oppsummering av utviklingssentralenes arbeid 2014–2018 [nettdokument]. Oslo: HelseDirektoratet [oppdatert 1. april 2020; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/rapporter/frisklivssentraler-oppsummering-av-utviklingssentralenes-arbeid-20142018>
 44. Innspill fra arbeidsseminar [upublisert]. Oslo: HelseDirektoratet; 2020.
 45. Rommetvedt H, Nødland SI. Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner – før og etter samhandlingsreformen. Tidsskrift for omsorgsforskning 2020;6(3):1-17.
 46. Helse- og omsorgsdepartementet. Høring om forslag om å innføre krav om at kommuner og helseforetak skal avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester [nettdokument]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet [oppdatert 25. august 2020; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-om-forslag-om-a-innfore-krav-om-at-kommuner-og-helseforetak-skal-avtale-hvordan-de-sammen-skal-planlegge-og-utvikle-tjenester/id2736552/>
 47. fritid123.no: alle organiserte fritidsaktiviteter i Modum, Sigdal og Krødsherad [nettside]. Modum: Frisklivssentralen [oppdatert 2020; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.fritid123.no/>

48. Utviklingssentralene i samarbeid med Helsedirektoratet. Idebanken for frisklivssentraler [nettside]. [s.l.]: Frisklivssentralen [oppdatert 2016; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://idebank.frisklivssentralen.no/>
49. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Lærings- og mestringssentre i helseforetakene [nettside]. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse [oppdatert 18. mars 2020; lest 18. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://mestring.no/laerings-og-mestringsaktivitet/organisering/oversikt-helseforetakene/>
50. Helsedirektoratet. Avstandsoppfølging og bruk av digitale verktøy i kommunale frisklivssentraler [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 19. november 2020; lest 19. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/avstandsoppfolging-og-bruk-av-digitale-verktoy-i-kommunale-frisklivssentraler>
51. Tilbakemelding fra ressursgruppe i spesialisthelsetjenesten, ledernettverk og brukerutvalg [upublisert]. 2020.
52. helsenorge.no. Bare du...kan si ja til endringer: hjelp til å endre helsevaner og livsstil [nettside]. Oslo: helsenorge.no [oppdatert 2020; lest 18. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/baredu>
53. Diabetesforbundet. Kurs på nett [nettside]. Oslo: Diabetesforbundet [oppdatert 2020; lest 18. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/tilbud-til-deg/kurs-pa-nett/>
54. Diabetesforbundet, Helsedirektoratet. Diabetes type 2: slik lever du godt med sykdommen [nettbasert kurs]. Oslo: Diabetesforbundet [oppdatert 2020; lest 18. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/tilbud-til-deg/kurs-pa-nett/>
55. Vågan A, Børve HB. «Erfarne brukere og fagpersoner må ha tillit til hverandre og ha avklart rollene de har i dette feltet. Begge perspektivene trengs for å skape gode tilbud.» Fokusgruppeintervju om kurs i helsepedagogikk. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse; 2016. NK LMH 2/2016. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/12/Fokusgruppenotat-161016_ENDELIG-2.pdf
56. Henriksen A-H. Evaluering av fem dagers kurs i helsepedagogikk: Trondheim, september og oktober 2019. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse; 2020. NKLMH 3/2020. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2020/06/Rapport_kursevaluering_final.pdf
57. Vågan A, Eika K, Skirbekk H. Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring. Sykepleien Forskning 2016;11(e-59702):1-12.
58. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2012-08-29-842. Sist endret i: FOR-2018-03-02-316 fra 01.04.2018. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
59. Helse- og omsorgsdepartementet. NCD-strategi 2013-2017: for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf
60. Folkehelseinstituttet. Ti store folkehelseutfordringer i Norge: hva sier analyse av sykdomsbyrde? Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-notat-2019.pdf>
61. Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldinga: gode liv i eit trygt samfunn. Meld. St. 19 (2018–2019). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
62. Helse- og omsorgsdepartementet. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
63. Stenberg U, Vågan A, Flink M, Lynggaard V, Fredriksen K, Westermann KF, et al. Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. Patient Educ Couns 2018;101(6):1006-35.
64. Stenberg U, Haaland-Øverby M, Fredriksen K, Westermann KF, Kvisvik T. A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at

- promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Educ Couns* 2016;99(11):1759-71.
65. Stenberg U. Høy helsekompetanse gir økonomiske gevinster [nettartikkel]. Oslo: Dagens Medisin [oppdatert 24. september 2020; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/09/26/hoy-helsekompetanse-gir-okonomisk-gevinst/>