

# Læring og mestring

Patientuddannelse på deltagernes præmisser  
*Evaluering af kompetencer, organisering  
og implementering*

**Folkesundhed og Kvalitetsudvikling**

Forskning og Udvikling

*Sundhedsfremme og Forebyggelse*

---

Læring og mestring  
Patientuddannelse på deltagernes præmisser  
Evaluering af kompetencer, organisering og implementering

© CFK • Folkesundhed og kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2012

URL: <http://www.cfk.rm.dk/>

*Emneord:*

læring, mestring, kommunal patientuddannelse, erfarne patienter, kronisk sygdom, kompetenceudvikling, kompetencer, kvalifikationer, organisering, implementering

Sprog: dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 14-05-2012

*Udgivet af:*

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, maj 2012.

Design: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.

Layout: Weitemeyer Design & Communication

Tryk: WERKs Grafiske Hus

Korrektur: Lizzie Vedam

Rapporten er sat med: Myriad Pro

Oplag: 200

1. udgave

ISBN: 978-87-92400-22-2 (trykt version)

ISBN: 978-87-92400-23-9 (elektronisk version)

*Serie:*

Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser

(ISBN: 978-87-92400-24-6 (trykt version) 978-87-92400-25-3 (PDF/web)

Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser –

Kvalitativ Evaluering (ISBN: 978-87-92400-17-8 (trykt) / 978-87-92400-18-5 (PDF/web)

Kvantitativ Evaluering (ISBN: 978-87-92400-20-8 (trykt) / 978-87-92400-21-5 (PDF/web)

*Forfatter:*

Birthe Thoft Knudsen

*Publikationen citeres således:*

Knudsen BT. Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser  
— evaluering af kompetencer, organisering og implementering.

Aarhus: Region Midtjylland, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Forskning og  
Udvikling, maj 2012.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Regionshuset Holstebro: Lægårdvej 12, 7500 Holstebro

Eller

Regionshuset Aarhus, Olof Palmes Allé 15, 8200 Aarhus N

E-mail: [cfk@rm.dk](mailto:cfk@rm.dk)

Hjemmeside: [www.cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk)

Rapporten kan downloades fra [www.cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk) under udgivelser.

---

# Læring og mestring

Patientuddannelse på deltagernes præmisser  
*Evaluering af kompetencer, organisering  
og implementering*

Maj 2012



## Forord

Det er med stor stolthed nu at stå med resultatet af evaluering af konceptet om Læring & Mestring samt anbefalinger til det videre arbejde.

Samarbejdet mellem Region Midtjylland og de seks involverede kommuner i Vestklyngen har udviklet sig fra tidligere tætte samarbejdsrelationer over kommunalreformen og ind i et nyt set up med nye perspektiver.


Nogle af nøglebegreberne er, at **det skal give mening** for de involverede parter, en stor **gensidig respekt** hvor både de erfarne patienter og de sundhedsprofessionelle bidrager med sig selv, viden, tanker, kreativitet, mod, vedholdenhed og humor. Endvidere bygger samarbejdet på **viljen til at ville hinanden** på tværs af formelle og uformelle skel.

I fremtidens glaskugle ser jeg, at den fortsatte udvikling af konceptet vil betyde nye udfordringer for alle involverede, og det er vigtigt, at politikere og embedsmænd med strategisk ansvar bærer med på den fortsatte udvikling for at sikre gode vilkår for den skat, der her er pakket ud og lagt frem som et af de bærende elementer i dette respektfulde samarbejde.

Må det blive til fortsat inspiration og udvikling, så samarbejdet om Lærings- og mestringsforløbene fortsat giver mening for de patienter og borgere, der deltager - og at de professionelle til stadighed tager udgangspunkt i det enkelte menneske og tør sætte sig selv i spil for at opnå de bedste vilkår og rammer.

Det enkelte menneske må gå sin vej selv – men den sundhedsprofessionelle kan slå følge.....

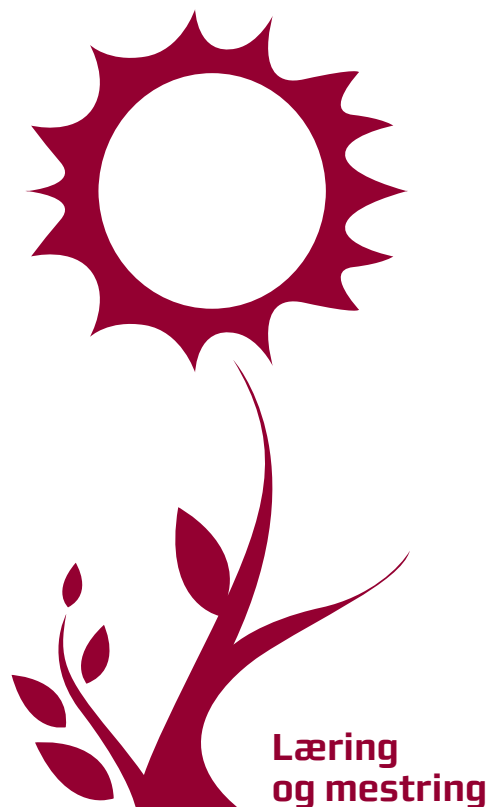
Fortsat rigtig god arbejdslyst til alle



Grete Bækgaard Thomsen  
Sundhedschef i Lemvig Kommune

Symbolet forestiller en solsikke, som spirer og gror. Solsikkens hoved har symbolsk form som solen, hvilket skal illustrere det faktum, at solsikken altid følger solens gang på himlen. Solen er varm, positiv og livgivende, og idet solsikken altid vender sig mod solen, er solsikken et godt 'vartegn' for altid at fokusere på det positive. Endvidere er solsikken et godt symbol på sundhed og styrke!

IDÉ & GRAFIK: Solomet, Mette Rumpelthiin Bligaard



# Indhold

<b>Forord</b>	<b>3</b>
<b>1 Indledning</b>	<b>9</b>
<b>2 Baggrund</b>	<b>11</b>
2.1 Kronisk sygdom og patientuddannelse	12
2.2 Lærings- og mestringsprojektet	12
2.2.1 Baggrund og inspiration	13
2.2.2 Formål og målgrupper	13
2.2.3 Projektforløb	14
2.2.4 Lærings- og mestringsuddannelser	14
2.2.5 Kompetenceudvikling	15
2.3 Eksisterende viden	16
2.3.1 Organisering	16
2.3.2 Undervisningskompetencer	16
<b>DEL I – Vigtige sundhedsprofessionelle kompetencer</b>	<b>19</b>
<b>3. Formål</b>	<b>20</b>
<b>4. Teoretisk ramme for kompetence</b>	<b>21</b>
4.1 Kompetencebegrebet	21
4.2 Kompetencer i bredden og i dybden	22
<b>5. Design</b>	<b>23</b>
<b>6. Resultater</b>	<b>24</b>
6.1 Centrale temaer i det personlige aspekt	24
6.1.1 Menneskesyn	24
6.1.2 Syn på sundhed	24
6.1.3 Nysgerrighed	25
6.1.4 At være sig selv	26
6.1.5 Evne og mod	27
6.2 Centrale temaer i kvalifikationsaspektet	28
6.2.1 Sundhedsfaglig viden og erfaring	28
6.2.2 Brug af mestringsprocessen	29
6.2.3 Samtalen	29
6.2.4 Ledelse af gruppeprocesser	30
6.2.5 Brug af fortællingen	30
6.2.6 Pædagogiske færdigheder	31
6.3 Centrale temaer i handleaspektet	31
6.3.1 Tillid og tryghed	31
6.3.2 Rumme det, der kommer	32
6.3.3 Mestre samtalen	32
6.3.4 Identificere temaer	33
6.3.5 Identificere, hvor i mestringsprocessen deltagerne er	33
6.3.6 Koble fortællingen til mestringsprocessen	33
6.3.7 Afstemme metoder og redskaber	34
6.3.8 Strukturere og styre en gruppeproces	34
6.3.9 Reflektere og evaluere	35
6.4 Sammenhæng mellem temaerne	36
6.5 Sammenfatning i en kompetenceprofil	38

<b>7. Diskussion</b>	<b>40</b>
7.1 Design	40
7.2 Resultater	40
7.3 Sammenligning med andres fund	41
<b>8. Delkonklusion</b>	<b>43</b>
<b>DEL II – Organisering, implementering og forankring af kompetencer</b>	<b>45</b>
<b>9. Formål</b>	<b>46</b>
<b>10. Design</b>	<b>47</b>
<b>11. Resultater</b>	<b>48</b>
11.1 Organisering af patientuddannelser	48
11.1.1 Kommunerne i tal	48
11.1.2 Herning Kommune	50
11.1.3 Holstebro Kommune	55
11.1.4 Ikast-Brande Kommune	59
11.1.5 Lemvig Kommune	64
11.1.6 Ringkøbing-Skjern Kommune	69
11.1.7 Struer Kommune	73
11.1.8 Ligheder og forskelle mellem kommunerne	77
11.2 Implementering af Lærings- og mestringskonceptet	78
11.2.1 Forudsætninger	78
11.2.2 Udfordringer	80
11.2.3 Rekruttering af deltagere	81
11.2.4 Deltagere og holdtyper	83
11.2.5 Efterlevelse og udbredelse af L&M-konceptet	83
11.2.6 Sammenfatning	86
11.3 Forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer	86
11.3.1 Forudsætninger	86
11.3.2 Udfordringer	87
11.3.3 Intern kompetenceudvikling	88
11.3.4 Ekstern kompetenceudvikling	90
11.3.5 Kompetenceudvikling – ligheder og forskelle	92
11.3.6 Sammenfatning	92
11.4 Organiseringens betydning	93
11.4.1 Oversigt over beskrevne organiseringsaspekter	93
11.4.2 Parametre til vurdering af organiserings betydning	95
11.4.3 Sammenhæng mellem ligheder og forskelle	95
11.4.4 Organiseringsaspekter med betydning	99
11.4.5 Sammenfatning	100
<b>12. Diskussion</b>	<b>101</b>
12.1 Design	101
12.2 Resultater	103
12.3 Betydning	106
<b>13. Delkonklusion</b>	<b>108</b>
<b>14. Referencer</b>	<b>110</b>
<b>15. Bilagsliste</b>	<b>113</b>



---

## Figurer og tabeller

<b>Figur 1</b>	Et typisk forløb for en Lærings- og mestringsuddannelse	15
<b>Tabel 1</b>	Kompetencebegrebets aspekter, deres sammenhæng og centrale elementer	37
<b>Figur 2</b>	Overordnet model for evaluering af organisering, implementering og kompetencer	47
<b>Tabel 2</b>	Indbyggertal, tal for strukturelle forhold og antal ansatte i kommunerne	48
<b>Tabel 3</b>	Udbredelse af udvalgte kroniske sygdomme i kommunerne år 2006 og 2010	49
<b>Tabel 4</b>	Profil af Herning Kommune med fokus på sundhed og patientuddannelse	51
<b>Tabel 5</b>	Patientuddannelsestilbud og Læring og mestring i Herning Kommune	54
<b>Tabel 6</b>	Profil af Holstebro Kommune med fokus på sundhed og patientuddannelse	56
<b>Tabel 7</b>	Patientuddannelsestilbud og Læring og mestring i Holstebro Kommune	58
<b>Tabel 8</b>	Profil af Ikast-Brande Kommune med fokus på sundhed og patientuddannelse	61
<b>Tabel 9</b>	Patientuddannelsestilbud og Læring og mestring i Ikast-Brande Kommune	63
<b>Tabel 10</b>	Profil af Lemvig Kommune med fokus på sundhed og patientuddannelse	65
<b>Tabel 11</b>	Patientuddannelsestilbud og Læring og mestring i Lemvig Kommune	68
<b>Tabel 12</b>	Profil af Ringkøbing-Skjern Kommune med fokus på sundhed og patientuddannelse	70
<b>Tabel 13</b>	Patientuddannelsestilbud og Læring og mestring i Ringkøbing-Skjern Kommune	73
<b>Tabel 14</b>	Profil af Struer Kommune med fokus på sundhed og patientuddannelse	74
<b>Tabel 15</b>	Patientuddannelsestilbud og Læring og mestring i Struer Kommune	77
<b>Tabel 16</b>	Oversigt over organiseringsaspekter vedr. sundhed, patientuddannelse og L&M-projektet	94
<b>Tabel 17</b>	Sammenhæng mellem organiseringsaspekter og relativt flest borgere på L&M-uddannelse	96
<b>Tabel 18</b>	Sammenhæng mellem organiseringsaspekter og systematisk intern kompetenceudvikling	98





Lærings- og mestringsprojektet har udviklet og implementeret et patientuddannelseskoncept og et kompetenceudviklingsforløb for underviserne. Patientuddannelserne kaldes *Lærings- og mestringsuddannelser*, og en af hjørnestenene er, at erfarne patienter og sundhedsprofessionelle sammen planlægger, gennemfører og evaluerer forløbene. Den erfaringsbaserede viden og den sundhedsfaglige viden går således hånd i hånd undervejs. En anden hjørneste er de sundhedspædagogiske principper, der bygger på en høj grad af deltagerinvolvering og dialog, og som tager sit udgangspunkt i deltagernes aktuelle behov.

Denne evalueringsrapport indeholder to selvstændige evalueringer. De er begge gennemført under vejledning af Heidi Heilberg Salomonsen, lektor, ph.d., Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet og med velvillig deltagelse af sundhedsprofessionelle undervisere, nøglepersoner og ledere i projektets involverede kommuner: Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer kommuner.

Den første del af evalueringen giver et nuanceret billede af hvilke kompetencer, der er vigtige hos de sundhedsprofessionelle undervisere på Lærings- og mestringsuddannelser, og præsenterer en kompetenceprofil for dem. Den anden del beskriver de involverede kommuners organisering af patientuddannelse, deres implementering af L&M-konceptet i patientuddannelser og deres tiltag til forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer. Den giver desuden et bud på hvilke organiseringsaspekter, der fremmer henholdsvis implementering af L&M-konceptet og forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer i den nære organisation.

Endelig indgår evalueringsrapporten som én af tre delrapporter og en samlet hovedrapport. Den første delrapport omhandler hvilken betydning aktørerne – deltagere, erfarne patienter og sundhedsprofessionelle – tillægger L&M-konceptet, hvordan de håndterer konceptet i det fælles rum, og deltagernes oplevelse af patientuddannelsens betydning for hverdagen og mestring af livet med en kronisk sygdom (1). Den anden delrapport er en kvantitativ evaluering, der undersøger, hvem der deltager i patientuddannelserne og deltagernes selvvaluerede effekt på helbredsstatus, fysisk og psykisk funktionsniveau, sundhedsadfærd, mestringsevne og følelse af sammenhæng (2). Hovedrapporten omhandler selve projektet og forløbet samt et resumé af samtlige delrapporter (3).



## 2.1 Kronisk sygdom og patientuddannelse

Med baggrund i nye behandlingsmuligheder, ønsket om at forebygge kronisk sygdom, og som led i at reducere indlæggelser og indlæggelsestid på hospitalerne er der i Danmark siden omkring 1990 etableret patientundervisning og patientskoler overvejende ved større hospitalsafdelinger og centre (4;5). I de senere år har betegnelsen patientuddannelse vundet indpas, og i Sundhedsstyrelsens nyere udgivelser (6;7) beskrives det, at patientuddannelse handler om: *”Strukturerede uddannelsesforløb, organisatoriske rammer, pædagogisk metode og evaluering af uddannelsens effekt”, og kan defineres som: ”Undervisning af patienter med en diagnosticeret sygdom i en struktureret undervisning, individuel eller rettet til grupper af patienter og eventuelt pårørende. Undervisningen kan være sygdomsspecifik og rettet til patienter med en given sygdom eller generel rettet til patienter med forskellige sygdomme. Patientuddannelse indgår i den patientrettede forebyggelse.”*

Med strukturreformens ikrafttræden i 2007 og Sundhedsloven fra 2005 (8) ændres rammerne for patientuddannelse til en delt opgave mellem kommuner og regioner. I § 119 i Sundhedsloven og bemærkningerne til den fremgår det, at regioner og kommuner har et delt ansvar for forebyggelse hos kronisk syge, således at kommunerne - i samarbejde med regionerne - har ansvaret for den del af forebyggelsen, som ikke knytter sig til selve behandlingsforløbet. Det har medført, at kommunerne siden 2007 har fået nye store opgaver at løse indenfor den patientrettede forebyggelse.

I Region Midtjylland er patientuddannelse et af indsatsområderne i strategien for en bedre indsats i forhold til mennesker med kronisk sygdom (9). Her defineres begrebet patientuddannelse som: *”Strukturerede uddannelsesforløb, der har til formål at øge patienters livskvalitet og handlegeneret i forhold til at kunne mestre deres sygdom”*. Hensigten er at forebygge akutte episoder, komplikationer og yderligere sygdomsudvikling, og indsatser for mennesker med KOL, diabetes og hjertekarsygdomme er blandt først prioriterede.

## 2.2 Lærings- og mestringsprojektet

Pilotprojektet ”Etablering af et lærings- og mestringskoncept” (10;11) er en del af Region Midtjyllands indsats i forhold til patientuddannelser. Den politiske hensigt med pilotprojektet er at være på forkant med udviklingen, være nytænkende og en aktiv medspiller i arbejdet med de forskellige tilgange til patientuddannelsesaktiviteter i kommunalt og regionalt regi samt dokumentere og evaluere indsatsen (10). De deltagende kommuner i projektet er Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer (kaldet Vestklyngen), og fra Region Midtjylland deltager medicinske afdelinger indenfor KOL og diabetes i Hospitalsenheden Vest, afdelingen Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (tidl. Center for Folkesundhed) og afdelingen Nære Sundhedstilbud (tidl. Regionalt Sundhedssamarbejde).

### 2.2.1 Baggrund og inspiration

Ideen til projektet opstår flere år før strukturreformen i Ringkjøbing Amt, hvor der i forbindelse med sundhedsplanlægning 2002-2005 nedsættes en temagruppe "Livet med kronisk sygdom" (12). Den består af repræsentanter fra kommunerne, sygehusvæsenet, praksissektoren, patientforeningerne og amtets sundhedsafdeling, og en af gruppens anbefalinger til Amtsrådet er, at der skal etableres et lærings- og mestringscenter ved sygehusene i amtet eller ved en kommende lokalenhed i Holstebro. Centret skal være en del af det sundhedsfremmende arbejde og bl.a. fungere som et sted, hvor stabile, afklarede patienter – kaldet erfarne patienter - og sundhedsprofessionelle mødes ligeværdigt i indsatsen omkring kronisk syge. Temagruppens anbefalinger afventer regionsdannelsen, og der udarbejdes en projektbeskrivelse for etablering af et Lærings- og mestringskoncept (L&M-koncept), som vedtages i Regionsrådet i foråret 2007 (10).

Ringkjøbing Amt havde en lang tradition for at udbrede og implementere en sundhedsfremmende tilgang i arbejdet med sundhed og ældre i amtets kommuner. Et eksempel på det var opstarten af Livsstilscaféer på sygehusene i Herning og Holstebro i 2002. Deres formål var bl.a. at skabe et tilbud til patienter, pårørende og ansatte på amtets sygehuse om afklaring af egen sundhed og livsstil med efterfølgende tilbud om støtte til beslutning om og arbejde med livsstilsændringer. Erfaringerne fra Livsstilscaféernes arbejde er en del af temagruppens inspiration, og særligt deres erfaringer med afklarende samtaler får betydning for projektets udvikling af konceptet (13;14).

Hovedinspirationen til projektet hentes dog fra de norske lærings- og mestringscentre, der siden 1998 er etableret ved sygehusene med udgangspunkt i den norske helselovgivning om oplæring af patienter med kronisk sygdom med henblik på mestring af sygdommen. Lærings- og mestringscentrene tilbyder læringstilbud som fremmer selvstændighed og ansvarlighed i forhold til egen kronisk sygdom og bygger på grundideen om, at sundhedsprofessionelles faglige indsigt og patienternes erfaringsbaserede viden sammen er nødvendige for at kunne tilbyde gode læringstilbud. Ligeværd mellem fagkundskab og erfaringsbaseret viden er kerneværdien, og læring, mestring og vejledning er centrale begreber (15).

### 2.2.2 Formål og målgrupper

Udvikling og etablering af et L&M-koncept i patientuddannelsestilbud har, som det fremgår af projektbeskrivelsen, flere formål, som alle er beskrevet i hovedrapporten. I forhold til kronisk syge er det, at deltagerne

- Styrker deres mestringssevne, så de kan skabe en meningsfuld dagligdag
- Får indsigt i, hvordan den kroniske lidelse påvirker dagligdagen
- Forbedrer deres sundhedsadfærd
- Styrker deres sociale relationer.

I forbindelse med selve udviklingen af L&M-konceptet er det formålet at

- Skabe faglige netværk på tværs af sektorerne om læring og mestring
- Kunne vise erfaringer fra mindst to kommuners mødesteder for mennesker med kroniske lidelser, eksempelvis på sundhedscentre.

L&M-konceptet skal integreres i flere patientuddannelses tilbud. Her skal blot nævnes, at de deltagende kommuner jf. projektbeskrivelsen skal målrette deres nye tilbud til borgere med diagnoserne KOL, diabetes og hjertekarsygdomme. De skal desuden tilbyde generelle forløb på tværs af diagnoser.

### 2.2.3 Projektforløb

Projektet sættes i gang i august 2007 og skal efter planen slutte med udgangen af 2010. Udviklingsfasen strækker sig frem til august 2008, hvor de første kommuner er gået i gang med at afprøve L&M-konceptet i deres patientuddannelser. Forløbene kaldes Lærings- og mestringsuddannelser (L&M-uddannelser), og den oprindelige plan var, at de skulle tilbydes frem til 1. maj 2010, hvor slutevaluering og rapportskrivning skulle påbegyndes. Perioden forlænges dog et år for at få flere deltagere til at indgå i den kvantitative evaluering. Der tilbydes således L&M-uddannelser frem til sommeren 2011 - kun Herning Kommune ønsker ikke at indgå i forlængelse af projektet.

### 2.2.4 Lærings- og mestringsuddannelser

Den teoretiske inspiration bag L&M-konceptet er først og fremmest fra Ottawa-chartret om sundhedsfremme (16) fra 1988, hvor sundhed defineres som *"en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende"* og betragtes som *"grundlag for det daglige liv og ikke som livets formål"*. Perspektivet er på, hvad der holder folk raske, på ressourcer og mestringsstrategier, og baserer sig på Antonovskys sundhedsfremmeteorier (17;18), hvor det at være sund betragtes som en stærk følelse af sammenhæng, forstået som den enkeltes oplevelse af tilværelsen som begribelig, håndterbar og meningsfuld. I Ottawa-chartret defineres sundhedsfremme som *"den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhed"*, og det er i særdeleshed den proces, at deltagelse i L&M-uddannelser skal støtte og styrke hos mennesker med kronisk sygdom.

Som afslutning på projektets udviklingsfase fastlægges L&M-konceptet endeligt, og det besluttes, at Lærings- og mestringskonceptet i forhold til kronisk syge bygger på:

1. Planlægning, gennemførelse og evaluering af uddannelsesforløbet i ligeværdigt samarbejde mellem en erfaren patient og en sundhedsprofessionel.
2. Sundhedspædagogiske læringsprincipper, der fremmer deltagerinvolvering og mestring.
3. Individuelle indledende og opfølgende samtaler ud fra metoden "den afklarende samtale" for at styrke deltagernes klarhed over egne behov.
4. En fælles gruppesamtale første uddannelsesdag for at tilpasse uddannelsens indhold til deltagernes aktuelle behov.

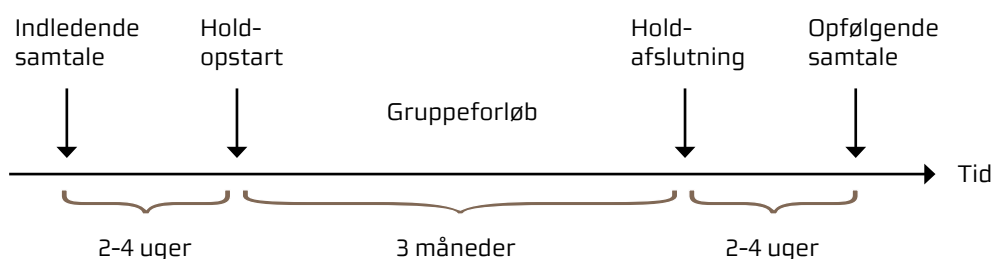


5. Mestring af livet med kronisk sygdom er et gennemgående tema.
6. Den erfarne patient og den sundhedsprofessionelle har gennemført kompetenceudviklingsforløbet Uddannelse for fagpersoner og erfarne patienter.

Også de tidsmæssige rammer omkring L&M-uddannelserne fastlægges, og her er udgangspunktet, at gruppeforløbene varer to timer og afholdes én gang om ugen i 8-10 uger over en periode på tre måneder. 2-4 uger før opstart afholdes den indledende samtale på én time og 2-4 uger efter afslutning den opfølgende samtale ligeledes på én time (se figur 1). Forløbene bliver fulgt op af et tilbud om opfølgende gruppemøder 3 mdr. og 12 mdr. efter afslutning.

### ET TYPISK FORLØB FOR EN LÆRINGS- OG MESTRINGSUDDANNELSE

FIGUR 1



#### 2.2.5 Kompetenceudvikling

En forudsætning for at kunne tilbyde L&M-uddannelser er, at de erfarne patienter og de sundhedsprofessionelle har kompetencer indenfor anvendelse af sundhedspædagogiske metoder og undervisning i team. Det er derfor obligatorisk, at alle undervisere på L&M-uddannelser skal gennemgå et kompetenceudviklingsforløb med fokus på konceptets grundelementer. Kompetenceudviklingsforløbene er opdelt i fire moduler, hvor de to første moduler er målrettet de sundhedsprofessionelle, og de to sidste moduler er rettet mod både de sundhedsprofessionelle og de erfarne patienter. Alle moduler forløber over to sammenhængende dage, og det kendetegner undervisningsformen, at den benytter de samme pædagogiske metoder, der undervises i (eksemplarisk undervisning).

Kort fortalt arbejdes der på det første modul med den afklarende samtale omfattende dens teorigrundlag, principperne i den, men også med værdier og kompetencer. Der lægges mange øvelser ind undervejs, så alle oplever rollen som interviewer, rollen som den interviewede og som observatør, og underviserne superviserer undervejs. Der trænes desuden i nærvær og den enkeltes opmærksomhed på, hvilke kompetencer hos sig selv, der skal udvikles for at kunne gennemføre en afklarende samtale. Andet modul har fokus på mestring,

læreprocesser, deltagerforudsætninger og gruppeprocesser, og der trænes i procesorienteret tænkning. På de to sidste moduler rettes fokus meget mod de erfarne patienter og deres liv med kronisk sygdom. De sundhedsprofessionelle udfordres i forhold til at lytte til de erfarne patienters fortællinger og i at udforske deres erfaringer nærmere bl.a. ved brug af den spørgeteknik, de lærte på første modul. De erfarne patienter øves i at fortælle, og alle får desuden viden om fortællingens funktion og hvordan, der kan arbejdes med egne fortællinger. Teamsamarbejde, rollefordeling, gruppeledelse og planlægning af undervisning er temaer, der ligeledes er i fokus, og der trænes desuden i at hjælpe fortællinger frem, lede og gribe ind i gruppeprocesser, give og modtage feed-back samt i at se temaer i det fortalte og kunne relatere det til mestringsprocessen. I hovedrapporten findes en fyldig beskrivelse af kompetenceudviklingsforløbene.

## 2.3 Eksisterende viden

### *2.3.1 Organisering*

Kommunerne har siden strukturreformen på forskelligt niveau og med forskellig hastighed udviklet og tilbudt patientuddannelser, og Sundhedsstyrelsen vurderer på baggrund af en medicinsk teknologivurdering (MTV) om patientuddannelser fra 2009 (7), at på det overordnede plan er udbuddet blevet meget forskelligartet på tværs af kommuner og regioner. Det konkluderes ligeledes, at det stadig er uafklaret, hvordan patientuddannelse rent organisatorisk tilrettelægges mest hensigtsmæssigt. De kommuner, der er længst fremme, er dog karakteriseret ved politisk og administrativ opbakning til forebyggende sundhedsindsats, tidligere erfaringer med lignende arbejde og eksistens af ildsjæle, som har været drivende for udviklingen, fastslås det videre.

### *2.3.2 Undervisningskompetencer*

Et andet fokus i MTV'en er, hvilke former for undervisningskompetencer, der understøtter den bedst mulige effekt af patientuddannelserne. Kompetencer forstås som undervisernes faglige baggrund og eventuelle særlige viden om den pågældende sygdom og behandlingsmuligheder og/eller kompetencer indenfor pædagogik. Der sondres mellem to typer af patientuddannelser – en generel og en sygdomsspecifik, hvor den generelle model er karakteriseret ved, at patientuddannelserne går på tværs af diagnoser, og den sygdomsspecifikke henvender sig til mennesker med en specifik diagnose. Ved begge typer af patientuddannelser finder man, at der trækkes på tre typer af kompetencer: Systematiserede patienterfaringer, sundhedspædagogiske kompetencer og sundhedsfaglige kompetencer på forskellige niveauer hos en række sundhedsfaglige grupper. Analysen giver dog ikke grundlag for at konkludere hvilke kombinationer af kompetencer, der er optimal, men peger på et behov for at udvikle sundhedspædagogik som fagområde.

En litteraturbaseret gennemgang af udvalgte sundhedspædagogiske begrebers anvendelse i patientuddannelse fra 2010 (19) har ligeledes fokus på de sundhedsprofessionelles kompetencer. Den udtrykker bl.a. et behov for at præcisere den professionelle opgave, herunder de nødvendige professionelle kompetencer. Man finder i litteraturen, *”at de professionelle for at opnå størst mulig effekt skal udvise engagement. De skal være opmærksomme på sociale og gruppesammenhænge, de skal være villige til at afgive magt for at give plads til patienternes egen deltagelse, og de skal være opmærksomme på de personlige relationer mellem behandler og patient.”* Mange barrierer for patientdeltagelse og involvering findes i, at *”Professionelle, der er uddannet i at betragte behandler-patient relationer på en bestemt måde, har udviklet en professionel identitet, som ikke uden videre kan skiftes ud med en helt anden professionel identitet.”* Flere artikler hævder dog, at *”fx sygeplejerskerne er den faggruppe, der er bedst fagligt rustet til at gennemføre patientuddannelse til personer med kronisk sygdom baseret på deltagelse og dialog.”* En af hovedkonklusionerne i publikationen er således: *”Patientuddannelse må baseres på, at de professionelle undervisere uddannes og støttes i at håndtere dialogiske processer, hvor patienterne indgår i beslutningsprocesserne – uden at fagligheden sættes over styr. Denne faglighed må afspejle et handlings- og forandringsorienteret perspektiv.”*



---

# DEL I

---

## Vigtige sundhedsprofessionelle kompetencer

Organisationsanalysen giver ikke grundlag for at konkludere hvilke kombinationer af kompetencer, der er optimal, men peger på et behov for at udvikle sundhedspædagogik som fagområde.

**Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering,  
Sundhedsstyrelsen 2009**



## 3 Formål

Efter at have gennemført flere kompetenceudviklingsforløb og i forbindelse med gennemførelse af de første Lærings- og mestringsuddannelser bliver det tydeligt, at brug af L&M-konceptet i patientuddannelser er en stor og udfordrende opgave for de sundhedsprofessionelle. Mange begejstres umiddelbart og oplever nærmest metoder og redskaber som en gave at få lov at arbejde med. Andre er mere forbeholdne og finder det bl.a. svært at tilpasse den hverdag, de kommer fra. Derfor besluttet det, at der skal udarbejdes en kompetenceprofil for de sundhedsprofessionelle med henblik på at få et nuanceret billede af hvilke kompetencer der er vigtige for at kunne lave L&M-uddannelser. Formålet med denne evaluering bliver:

*På baggrund af en samtale mellem undervisere på kompetenceudviklingsforløbene og et fokusgruppeinterview med sundhedsprofessionelle på L&M-uddannelser identificeres vigtige kompetencer hos de sundhedsprofessionelle undervisere på L&M-uddannelser med henblik på at udarbejde en kompetenceprofil.*

Det er håbet, at kompetenceprofilen kan være et nyttigt redskab for ledere i forbindelse med ansættelse af nye medarbejdere til at varetage L&M-uddannelser men også, at det kan være anvendeligt for de sundhedsprofessionelle i forhold til, om de kan se sig selv som undervisere på L&M-uddannelser.

## 4 Teoretisk ramme for kompetence

### 4.1 Kompetencebegrebet

I de obligatoriske kompetenceudviklingsforløb for de sundhedsprofessionelle og de erfarne patienter bygger kompetencebegrebet på en opfattelse beskrevet af Illeris (20). Opfattelsen tager afsæt i, at begrebet "kompetence" i de senere år helt har overlejet kvalifikationsbegrebet og begrebet om almenkvalificering. Samtidig vurderes det, at den sproglige ændring fra "kvalifikation" til "kompetence" tager den fulde konsekvens af skismaet mellem det faglige og det almene, der ligger i kvalifikationsbegrebet. Den bedst dækkende danske definition af kompetencebegrebet er ifølge Illeris:

*"Kompetencebegrebet henviser ... til, at en person er kvalificeret i en bredere betydning. Det drejer sig ikke kun om, at personen behersker et fagligt område, men også, at personen kan anvende denne faglige viden – og mere end det: anvende den i forhold til de krav, der ligger i en situation, der måske oven i købet er usikker og uforudsigelig. Dermed indgår i kompetence også personens vurderinger og holdninger – og evne til at trække på en betydelig del af sine mere personlige forudsætninger."*

Definitionen er oprindeligt formuleret af Jørgensen (21), der desuden udtrykker, at man kort kan sige, at "kompetence, set fra et individsynspunkt, omfatter et kvalifikationsaspekt, et handleaspekt og et personligt aspekt. Kompetence er imidlertid også altid set i forhold til de omgivelser, der giver kompetencen mening og legitimitet – og vurderer den som positiv. Dermed er kompetence også forbundet med en social og kulturel kontekst."

Med definitionen vurderer Illeris (20), at kompetencebegrebets udgangspunkt ligger "på det personlige plan i relation til bestemte sammenhænge, og de mere konkrete kvalifikationer er noget, der kan trækkes ind og medvirke til at realisere kompetencen. Hvor kvalifikationsbegrebet tog udgangspunkt i de enkelte elementer, de enkelte kvalifikationer, og udviklede sig i retning mod en mere helhedsmæssig forståelse, starter kompetencebegrebet med en helhed, fx den type af person eller organisation, der skal til for at løse en opgave eller udfylde et job, og udpeger herudfra eventuelt forskellige nødvendige kvalifikationer."

I kompetenceudviklingsforløbene bliver begrebet kompetence illustreret som en kompetencetrekant, hvor trekantens sider består af kvalifikationsaspektet, handleaspektet og det personlige aspekt – i forløbene betegnet som dimensionerne *viden*, *færdigheder* og *'væren'*. Sidstnævnte udtrykker, hvem man som person er, og illustreres som kompetencetrekantens bund. I arbejdet med den enkeltes kompetenceudvikling bliver der altid arbejdet

med, hvilke konkrete områder indenfor hver enkelt dimension, den enkelte har behov for at udvikle for at kunne lave Lærings- og mestringsuddannelser, og hvad der derfor er brug for at øve sig i. Her er valgt at tage udgangspunkt i forståelsen af kompetence som indeholdende et kvalifikationsaspekt, et handleaspekt og et personligt aspekt - ikke som en trekant med ligesidede ben, men snarere som et fundament bestående af personlige elementer, hvorpå de erhvervede kvalifikationer hviler. De påvirker hinanden gensidigt og løbende og er grundlaget for, hvordan personen handler i en given situation.

## 4.2 Kompetence i bredden og i dybden

Jørgensen præciserer sin beskrivelse af kompetencebegrebet i en diskussion af henholdsvis kompetence som et dannelsesprojekt, af kompetence i bredden og af kompetence i dybden (21). Her skal fremhæves, at han med kompetencer i bredden taler om tre kernekompetencer, forstået som de kompetencer, der i generel forstand er nødvendige at udvikle i forhold til kravene i et vidensamfund. Det drejer sig om en *faglig kompetence*, en *forandringskompetence* og en *social kompetence*. I faglig kompetence ligger den grundlæggende færdighed, der skal kunne præsteres bl.a. som en praktisk kunnen, men også som viden herunder det at kunne indhente viden, skabe og bearbejde viden, omfortolke og forholde sig til viden. Forandringskompetence er evnen til at forandre sig mentalt og fysisk for at kunne holde sig på omgangshøjde med nye udfordringer. Deri ligger en holdning til at turde det kreative og grænseoverskridende. I den sociale kompetence ligger evnen til at kunne håndtere både sociale færdigheder, indlevelse og tilknytning til andre, men også sproglige og kommunikative færdigheder.

Med kompetence i dybden taler han om tre kompetenceplaner: *et ydre og synligt plan*, *et mere usynligt plan* i samspillet med omgivelserne og *et indre plan*. Det ydre og synlige plan omfatter færdigheder, der kan måles, vejes og vurderes i forhold til, om personen kan det, der er krævet i situationen. Det lidt mindre synlige plan, der udfoldes i personens samspil med omgivelserne, handler om refleksion, om erfaringer, om udveksling og fordybelse, herunder også evnen til at kunne fortolke og vurdere. Endelig det indre plan, der handler om den personlige og subjektive mening, der knytter sig til handlinger og færdigheder, om selvværdet og om tilliden til egne muligheder.

Med sondringen mellem kompetencer i bredden og i dybden gøres det muligt at give en todimensional beskrivelse af kompetence: Kernekompetencerne, som de nødvendige og relevante kompetencer i en given sammenhæng, og kompetencer i dybden, der går på tværs og knytter sig til hver enkelt kernekompetence og på den måde gør det muligt at fremstille det personlige element i enhver kompetence.



## 5 Design

Undersøgelsen laves i et kvalitativt design baseret på en samtale og et fokusgruppeinterview. Begge dele har til formål at beskrive og forstå, hvilke kompetencer, der er vigtige hos de sundhedsprofessionelle, der laver L&M-uddannelser. Der vælges to forskellige undersøgelsesgrupper for at få undersøgelsens temaer belyst fra to forskellige perspektiver. Samtalen er ud fra projektets perspektiv og foregår mellem to gennemgående undervisere på kompetenceudviklingsforløbene og projektkoordinator i marts 2010. Fokusgruppeinterviewet er med fire sundhedsprofessionelle undervisere på L&M-uddannelserne i november 2010, og perspektivet bliver deres erfaringer fra egen praksis. Både samtale og fokusgruppeinterview tager i opbygning og sprogbrug afsæt i kompetencebegrebet, som det er beskrevet i forrige afsnit, mens indholdet og substansen i den udarbejdede kompetenceprofil er resultatet af en induktiv proces. I denne proces kategoriseres udsagnene fra de to undersøgelsesgrupper i centrale temaer vedrørende kompetencebegrebets tre aspekter. Dernæst udarbejdes et display, der dels via sin opbygning illustrerer sammenhængen mellem kompetencebegrebets tre aspekter, dels fremstiller de centrale elementer i de sundhedsprofessionelles kompetencer.

Den detaljerede beskrivelse af design og metode kan læses i bilag 1, interviewguiden til fokusgruppeinterviewet findes i bilag 2, og af bilag 3 fremgår de sundhedsprofessionelles opgaver i den afklarende samtale og i planlægning og gennemførelse af undervisning.

## 6 Resultater

I præsentationen af resultaterne benyttes en række direkte citerede udsagn fra begge undersøgelsesgrupper. De udvalgte udsagn, der er skrevet med kursiv, er dem, der bedst karakteriserer de forståelser, der ligger bag temaet, og i enkelte tilfælde er udsagnene om temaet udtømmende. Først præsenteres de centrale temaer i henholdsvis det personlige aspekt, i kvalifikationsaspektet og i handleaspektet, dernæst vurderes sammenhængen mellem temaerne og endelig sammenfattes resultaterne i en kompetenceprofil.

### 6.1 Centrale temaer i det personlige aspekt

Det personlige aspekt af kompetencebegrebet udtrykker den sundhedsprofessionelles vurderinger og holdninger samt evne til at trække på sine personlige forudsætninger.

#### 6.1.1 Menneskesyn

I begge undersøgelsesgrupper opleves det som en grundlæggende forudsætning, at den sundhedsprofessionelle har et menneskesyn, der i mødet med deltagerne afspejler, at de sundhedsprofessionelle optræder oprigtigt anerkendende. Det betones tydeligt i begge grupper, er ikke til diskussion i nogle af grupperne, er forholdsvist let at sætte ord på og virker som en selvfølgelighed for dem. To karakteristiske udsagn er:

*"At tro på at hvert menneske har alt det gode, sådan i forhold til hvis vi lige var født, og ikke havde oplevet de ting, vi nu har ..."*

*"At acceptere andre mennesker, som de nu er, respektere – okay, det er dit valg."*

Tydeligst beskrives og betones det dog ved, hvad der absolut ikke må forekomme i mødet.

*"... altså dømmende eller fordømmende, kritiserende grundholdning, det vil ikke være sundt. Og moraliserende."*

#### 6.1.2 Syn på sundhed

En anden grundlæggende forudsætning er, at sundhedsprofessionelle har et bredt og positivt syn på sundhed. Et syn, der ikke kun fokuserer på livsstil og risikofaktorer, men også inddrager menneskers forskellige levevilkår og livsformer, og et positivt sundhedssyn, der fokuserer på, hvad det gode liv er for den enkelte, og som ikke kun fokuserer på fravær af sygdom.

*"... de har haft nogle forskellige vilkår og forudsætninger, og der er forskellige ting i deres liv, der har gjort, at de er her ..."*

*"Det er måske ikke det mest hensigtsmæssige fx stadig at være storryger, hvis man har KOL, men det er det, de kan lige nu."*

*"... se nogle sammenhænge, som betyder noget for dem i deres hverdag i forhold til det, de gerne vil i deres liv."*

*"Lad os se på, hvad folk kan, i stedet for at se på, hvad de ikke kan."*

Også her er der fuldstændig overensstemmelse mellem grupperne mht. væsentlighedsgraden, opfattelsen er ikke til diskussion, og det er let for dem at formulere deres erfaringer. De sundhedsprofessionelle har desuden følgende overvejelse:

*"Jeg tænker meget, at den sundhedsfremmetilgang til tingene – at se mulighederne i stedet for altid kun det dårlige. Selvfølgelig er det også noget, man har lært måske, men stadigvæk har det noget med personligheden at gøre. ... jeg tænker, man skal være forankret i det ..."*

*"Men der tror jeg, det er rigtig vigtigt, at man som person også gør det selv – altså kigger på mulighederne i stedet for begrænsningerne."*

Så blandt de sundhedsprofessionelle er erfaringen, at sundhedsfremme godt nok er noget, man kan lære om, men det er nødvendigt, at tankegangen bag er forankret i den enkelte som person, hvis den skal afspejles i mødet med deltagerne. Det drejer sig bl.a. om at have et positivt livssyn og se ressourcer og muligheder frem for begrænsninger.

### 6.1.3 Nysgerrighed

Et tredje centralt tema er nødvendigheden af at være nysgerrigt på mennesker. Her er der igen overensstemmelse mellem de to grupper, og begge grupper beskriver denne nysgerrighed / interesse som en slags indre drivkraft i den professionelle opgave.

*"Man skal kunne blive drevet af det der med, at man synes mennesker er interessante. Mennesket, jeg sidder lige over for her og nu, og samspillet med det."*

*"... at brænde for at ville det. At ville det menneske, man sidder overfor."*

*"... hvordan kom folk derhen, hvad var det for en bevægelse, der satte det i gang? Den nysgerrighed på mennesket, de drivkræfter og basale ting, hvorfor coper vi, som vi gør ..."*

Begge grupper beskriver i denne sammenhæng nødvendigheden af at være nærværende, åben og ikke mindst fordomsfri i mødet, som en forudsætning for at skabe den nødvendige tillid i relationen.

*"... være nærværende og åben – det er vigtigt. At man er det som person også. At man kan få den tillid til hinanden ..."*

*"Nærvær i forhold til borgeren. Måden man spørger på. Kropssproget, når man sidder og spørger."*

*"... ikke møde op med forhåndsforståelse ..."*

*"... altså en dømmende eller fordømmende, kritiserende grundholdning, det vil ikke være sundt. Og moraliserende."*

#### 6.1.4 At være sig selv

Det fjerde tema er evnen til at være sig selv i sin professionelle rolle og i sin relation med deltagerne. Evnen til at være autentisk og uhøjtidelig nævnes som væsentlig i den sammenhæng.

*"... turde være sig selv og kunne være der, kunne have indlevelse."*

*"Det er vigtigt, at den måde, man er i rummet, også passer til den måde, man er som person."*

*"- at man kommer som et menneske med et fag, at man er der som menneske og er autentisk ind i det."*

*"Man skal også være uhøjtidelig, altså humor er vældig befriende at have i rummet. Det løsner stemningen. Det giver gruppefølelse."*

Der er overensstemmelse mellem erfaringerne, begge grupper finder det grundlæggende, og det er også her let for dem at udtrykke. Udsagnet "- at man kommer som et menneske med et fag, at man er der som menneske og er autentisk ind i det." udtrykker ligefrem, at den sundhedsprofessionelle først og fremmest er der som menneske, dernæst som fagperson. Projektets undervisere betoner desuden, at det er væsentligt at kende sine egne følelser og vide, hvordan man reagerer på dem og kunne håndtere dem.

*"... kende egne følelser, at have været igennem nogle ting, at kende grundfølelserne hos sig selv og ikke gå i panik, når de kommer. At der er et forhold mellem tanke og følelse, og at man ikke lammes af noget."*

De sundhedsprofessionelle debatterer ikke dette emne, og der er ingen umiddelbart grundlag i materialet for at tolke deres holdning.

### 6.1.5 Evne og mod

Det sidste tema i det personlige aspekt af kompetencebegrebet sammenfattes til at have evne og mod til at lede gruppeprocesser. Det beskrives som nødvendigt, at man som procesleder evner hurtige fortolkninger og vurderinger i forhold til, hvad der er væsentligt for deltagergruppen her og nu, og evner at tage hurtige beslutninger om, hvad det næste skridt skal være.

*"Det er jo i et splitsekund, man får tænkt, hvad kunne det her bibringe undervisningen, hvis det er den her bold, jeg hiver ned."*

*"Det er vel også nogle ord og det, der foregår i rummet, der sender signal til vores hjerne. Vi tænker hov, der tager jeg lige den her ind, det kunne være smart. Vi tænker smart."*

*"... det er mere, at der reageres følelsesmæssigt og rationelt på det, der siges."*

Evnen til at tage den rigtige beslutning på et øjeblik betones primært af de sundhedsprofessionelle. De har forholdsvis svært ved at sætte ord på, hvad der skal til for at en gruppeproces lykkes. Men undervejs i deres debat går det op for dem, at de faktisk skal "tænke smart" som det blev udtrykt af én af dem – udtrykket bruges i forståelsen "tænke kreativt og hurtigt". I begge grupper er der til gengæld overensstemmelse omkring, at det kræver mod at være procesleder.

*"Så skal man nok heller ikke være bange for at bringe sig selv i spil."*

*"Man skal også turde at komme på vildspor ... og kunne holde sig selv ud i det."*

*"... at man tør stå der og være der – være der mere og mere."*

*"... kunne rumme det uforudsigelige og kunne tage handling på det, eller turde sige, nu ved jeg ikke lige, hvad jeg skal sige ..."*

Det uforudsigelige i en gruppeproces beskrives i begge grupper som en af de store udfordringer. Det er dog kun de sundhedsprofessionelle, der reflekterer over, hvad det kræver af dem at kunne være i det uforudsigelige. Det er et af de tidspunkter i interviewet, hvor de bliver mest tænksomme. Svaret kommer efter lidt tid fra den ene, og de andre tilslutter sig omgående. Svaret er:

*"Man skal ikke være forfængelig. Man skal turde ikke at lykkes ... Man skal faktisk være uperfekt ... og så synes, det er sjovt at være i, selvom det er fuldstændig kaotisk."*

Der er flere elementer i det svar. Man skal ikke være forfængelig, hvis man skal kunne rumme at processen ikke altid lykkes. Det med at skulle være uperfekt, skal nok mere forstås som, at det kan være svært for en perfektionist at være i, da man kun sjældent får en proces til at lykkes fuldstændigt, bl.a. fordi det for proceslederen ofte er kaotisk pga. den høje grad af uforudsigelighed. Svaret kunne også sige noget om, hvor drivkraften hos nogle af de professionelle er: "og så skal man synes, det er sjovt at være i, selvom det er fuldstændig kaotisk." Projektets undervisere beskriver desuden, at det også kræver mod at tage styring af processen.

*"... du skal også kunne være direkte, kunne turde at stoppe. Både turde åbne og lukke."*

*"Man skal turde at tage styring og have fokus."*

Det personlige aspekt i dette tema er det at have evne og mod - vigtigheden af evne og mod til ledelse af gruppeprocesser er et væsentligt element i begge grupper, de fremdrager både fælles og forskellige delelementer som baggrund, og der bruges i begge grupper en del tid på at debattere sig frem til det centrale i temaet.

## 6.2 Centrale temaer i kvalifikationsaspektet

Kvalifikationsaspektet af kompetencebegrebet udtrykker det, man kan kvalificere sig til - de konkrete kundskaber og færdigheder.

### 6.2.1 Sundhedsfaglig viden og erfaring

Det er en forudsætning i projektet, at undervisere i L&M-uddannelser, har en mellemlang uddannelse indenfor sundhedsområdet. Det er sandsynligvis derfor, at nødvendigheden af at have sundhedsfaglig viden og erfaring kun berøres kortvarigt af projektets undervisere. Det ligger som en slags selvfølgelighed ind i flere af debatterne. De sundhedsprofessionelle udtrykker:

*"Viden om livsformer ... det er jo det, vi har læst, den uddannelse, vi har ..."*

*"... viden omkring, hvor meget man kan tillade sig at forstyrre mennesker. For spørgsmål forstyrrer. Vi har haft nogle i forhold til stress og depression, og hvor meget man kan tillade sig at forstyrre mennesker, som er forstyrrede i forvejen."*

*"... have en bred viden og baggrundsviden, ikke så meget specialistviden men baggrundsviden, for det er med til, at hvis det er der, så kan man gøre noget andet. Sådan tænker jeg tit, at hvis det ikke er der, kan man ikke gøre det andet."*

Det sidste udsagn fremhæver en bred baggrundsviden som væsentligere end egentlig specialistviden. Det betoner desuden, at hvis den brede viden er der, så kan man gøre noget andet – formentlig forstået som, at bruge sin energi og opmærksomhed på deltagerne, og på hvad der er væsentligt for dem her og nu.

### 6.2.2 Brug af mestringsprocessen

Færdigheder i brug af mestringsprocessen berøres og betones hyppigt af projektets undervisere. Det er således et tema, der også i debat om andre temaer, ofte trækkes frem som væsentligt.

*"Jeg ser mere og mere mestringsprocessen og de forskellige mestringsstrategier som det, der er helt centralt i det, de skal vide noget om – som et landkort"*

*"Og en viden om, hvad det er, der er klogt at kunne gøre som fagperson i de enkelte faser."*

*"... der er en viden også om, at de bruger nogle konkrete ord om noget, der peger ind i de forskellige steder i mestringsprocessen."*

De sundhedsprofessionelle berører ikke nødvendigheden af en sådan færdighed direkte, men i deres udsagn om, hvad man skal kunne som sundhedsprofessionel i L&M-uddannelser, pointeres dét at bruge viden om mestringsprocesser aktivt i forløbene ofte som centralt (se næste afsnit). Derfor skal deres manglende berøring af temaet mere ses som udtryk for, at færdigheder i brug af mestringsprocesser for dem er en forudsætning på samme måde som sundhedsfaglig viden og erfaring, er det.

### 6.2.3 Samtalen

Et tredje tema i kvalifikationsaspektet er færdigheder i samtaleprocesser. Det berøres ikke direkte af projektets undervisere, men trækkes ofte frem af de sundhedsprofessionelle som helt nødvendig.

*"... have en viden om de forskellige spørgsmålstyper, cirkulære, refleksive og almindelige åbne spørgsmål."*

*"... spørgeteknikker og ikke komme med alle løsninger. At vente til løsningerne faktisk kommer ..."*

*"Også måden man stiller spørgsmålene, at det giver mulighed for, at de kan vælge fra. At der ikke er talepligt. At de ikke føler sig presset. Det er vigtig viden."*

Det betragtes oven i købet som en fordel at have en vis erfaring med samtaleprocesser forud for deltagelse i kompetenceudviklingsforløbet.

*"... en sundhedsfaglig baggrund, hvor man har stiftet bekendtskab med den motiverende samtale og forskellige spørgeteknikker."*

*"Det kræver, at man har arbejdet med metoder og det at stille spørgsmål, helt sikkert."*

Det skal formentlig tages som udtryk for, at de oplever projektets samtaleform – den afklarende samtale – som en stor udfordring. De anser det for væsentligt at mestre den på et højt niveau.

#### 6.2.4 Ledelse af gruppeprocesser

Et fjerde tema i kvalifikationsaspektet er færdigheder i ledelse af gruppeprocesser. Det fremstår i begge grupper som meget væsentligt, hos et par af de sundhedsprofessionelle faktisk som den væsentligste kvalifikation.

*"Der er noget omkring gruppenormer, roller i grupper, gruppeudvikling, som faktisk hører til i vidensdelen."*

*"... gruppeudvikling, også roller i grupper og hvad er det for nogle mekanismer, der kan træde frem i sådan en gruppedynamik i forhold til at beskytte sig selv ..."*

*"... at man også har fået italesat de spilleregler fra dag ét."*

*A: "For mig er det dét med processer (der er den vigtigste kompetence)." B: "Også for mig." A: "For det er det, de er i, eller det er det, vi er i. Det er hele tiden proces, proces, proces."*

Det er vigtigheden af nuanceret viden om procesledelse og det at kunne anvende denne viden, der betones her.

#### 6.2.5 Brug af fortællingen

Et femte tema er færdigheder i brug af fortællingen. Projektets undervisere betoner vigtigheden af viden om fortællinger og deres funktion:

*"... skelne mellem store og små fortællinger. Det er vel egentligt også værd at kalde en viden, at sådan noget findes. Hvad er det, deres funktion er, hvad er det, fortællingen gør ved os som mennesker. Den overfladiske, den eksistentielle fortælling, hvordan hjælper du den frem."*



De sundhedsprofessionelle er mest optaget af, hvordan fortællinger aktivt kan bruges i L&M-uddannelserne, og hvilken udfordring, det er for dem:

*"... kunne koble den faglige viden med den erfarne patients fortællinger og med deltagernes erfaringer – altså hele tiden have alle tre dele i spil i rummet ..."*

*"Det med at gribe de temaer og emner, der er i deres fortællinger, og så få dem til at folde sig ud. Det kan bare være få ord, hvor man tænker, hov, hvad er lige det der."*

### 6.2.6 Pædagogiske færdigheder

Endelig omtaler de sundhedsprofessionelle i enkelte sammenhænge, at det er godt at have pædagogiske færdigheder.

*Jeg tænker des flere redskaber, jeg har at trække på i en situation, des mere ro har jeg i at stå der, for jeg ved, jeg kan altid hive et eller andet op af tasken, som jeg ved kan redde en situation."*

*"Så er der den rammesætning ... synes jeg, er smadder god at have med, sådan vi har en forventningsafstemning ..."*

Det var ikke et tema, der optager dem meget. Det indgår lidt mere som en underforstået kvalifikation i debatten om andre temaer, og projektets undervisere har det slet ikke som et tema på trods af eller måske netop fordi, de underviser i det på kompetenceudviklingsforløbene.

## 6.3 Centrale temaer i handleaspektet

Handleaspektet i kompetencebegrebet udtrykker, hvad de sundhedsprofessionelle skal kunne, og hvordan kompetencerne kommer til udtryk i en given situation.

### 6.3.1 Tillid og tryghed

Begge undersøgelsesgrupper finder det grundlæggende, at de sundhedsprofessionelle skal kunne skabe en tillidsfuld og tryk atmosfære omkring de individuelle samtaler og i grupperne. Det er projektets undervisere, der optager mest, og det er dem, der sætter flest ord på temaet.

*"... kunne etablere, vedligeholde og gå ud og ind af relationen – der er noget relationsarbejde, man skal kunne."*

*"A: Det vil sige: være til stede? B: Ja, i høj grad. Det at kunne skabe forbindelse, skabe tilliden, og møde folk, få skabt en eller anden form for basal tillid, få skabt det her rum."*

*"... kunne regulere tonen, talemåderne, samtidig med der skal være god plads, men også sikre sikkerheden for den enkelte. Det skal være et forholdsvist trygt sted at være."*

*"... kunne skabe nogle normer."*

### 6.3.2 Rumme det, der kommer

Det samme er tilfældet omkring det element, at de sundhedsprofessionelle skal kunne rumme det, der bliver sagt og gjort og måden, det kommer til udtryk.

*"... kunne rumme de der grundlæggende følelser. Rumme at folk bliver kede at det, rumme at folk bliver vrede. Det kan være, vreden bliver rettet mod dig. Det skal man kunne rumme."*

*"... du skal kunne rumme det, der kommer - i begge sammenhænge. For hvis du ikke kan tage det, der måtte overvælde dig i folks liv og deres fortælling, så kan du heller ikke høre, hvor betydningerne er henne."*

Igen er det projektets undervisere, der reflekterer mest over det og sætter ord direkte på det. Det skal formentlig tages som udtryk for, at de sundhedsprofessionelle oplever det som en selvfølgelig del, der ikke falder dem svært.

### 6.3.3 Mestre samtalen

Til gengæld optager det, at de sundhedsprofessionelle skal kunne mestre den afklarende samtale med såvel den enkelte og som i gruppen, begge undersøgelsesgrupper meget. Det vurderes som helt nødvendigt at kunne, og begge grupper udtrykker sig let og ubesværet omkring det.

*"... at man kan spørge, uden at vedkommende føler, at man træder ind over deres grænser."*

*"Det er noget med at kunne spørge ind i det. Både at kunne spejle ham i - nå, er det sådan, du har det nu - og med en anerkendelse af at - ja, det er sådan, du har det ..."*

*"Man skal kunne spørge uddybende ind til de ting, de arbejder med, for at få nuancerne frem."*

*"Det er også noget med at 'turde mærke' i den samtale. Hvis man mærker uro, så skal jeg huske at tænke, at det er ikke sikkert, det er min uro, jeg mærker. Det kan godt være, at den uro ligger ovre hos borgeren. Så skal jeg turde sige, jeg kan mærke, jeg bliver urolig nu og jeg tænker, hvordan har du det?"*

*"... så skal man kunne lytte til nuancerne i det, de siger, der hvor betoningerne er og pauserne er – intuitivt have en fornemmelse af, hvor der er mening og betydning i det, de siger ..."*

#### 6.3.4 Identificere temaer

Det fjerde tema ligger i forlængelse af det forrige. Begge grupper finder det væsentligt at de sundhedsprofessionelle skal kunne identificere temaer i det sagte og det usagte.

*"... man kan tematisere det, man hører, så man kan gøre det til noget generelt, hvis der er generelt."*

*"kunne identificere nogle temaer, håb fx, som er relateret til mestringsprocessen. Håb, og hvad stiller man så op med et håb, når det ikke kan indfries."*

*"Det med at gribe de temaer og emner, der er i deres fortællinger, og så få dem til at folde sig ud. Det kan bare være få ord, hvor man tænker, hov, hvad er lige det der."*

#### 6.3.5 Identificere, hvor i mestringsprocessen deltagerne er

Næste tema ligger sig igen i forlængelse af de forrige, for begge grupper finder det væsentligt, at de sundhedsprofessionelle skal kunne identificere, hvor i mestringsprocessen, deltagerne befinder sig.

*"... at kunne identificere mere eller mindre, hvor de er i den her proces og kunne hjælpe dem videre herfra."*

*"... det handler om at erkende, at de ikke er det samme sted i den der cirkel (mestringsprocessen) ... jeg synes, den er smadder god, også når de hører de andres fortællinger om, hvor de er henne, og hvordan de er kommet derhen."*

I begge grupper udtrykkes det med en selvfølgelighed, der er ingen diskussion om det, og det er let for dem at formulere.

#### 6.3.6 Koble fortællingen til mestringsprocessen

Det gælder også for det følgende tema, der handlede om at kunne støtte en forandringsproces ved at koble fortællingen til mestringsprocessen. Her smages der dog på formuleringerne, og der er en større opmærksomhed på at formulere sig præcist. Det giver indtryk af, at temaet er et af de meget væsentlige og samtidigt en meget stor udfordring at kunne håndtere i praksis.

*"... kunne koble den faglige viden med den erfarne patients fortællinger og med deltagernes erfaringer – altså hele tiden have alle tre dele i rummet ..."*

*"... når de hører de andres fortællinger om, hvor de er henne, og hvordan de er kommet derhen. Det giver nogle refleksioner hos dem, som er fastlåst, når de kommer. Men at man hele tiden anerkender. Og det at høre de andre sige, det kender vi godt, der har vi også været. Det giver modet til at bevæge sig i det."*

*"... efter den samtale her også skal kunne få de andres erfaringer med det ind på banen. ... hvordan tænker I om det her, kan I genkende det, eller har I oplevet det forskelligt, eller ..."*

*"Man skal som fagperson også kunne hjælpe andre med at komme i kontakt med det, der er væsentligt (for dem) ... Og så er vi tilbage i fortællingen."*

### 6.3.7 Afstemme metoder og redskaber

Til gengæld er det kun de sundhedsprofessionelle, der peger på, at det er vigtigt at kunne afstemme metoder og redskaber i gruppeforløbene efter de konkrete deltagere. De er optaget af, at det er væsentligt at have en del forskellige metoder og redskaber at trække på for netop at kunne tilgodese deltagerne bedst muligt. Det er ikke omtalt hos projektets undervisere på trods af eller nok nærmere fordi, de selv har undervist i det på kompetenceudviklingsforløbene, og derfor har taget det som en selvfølge.

*"... se på, hvordan er gruppen. Ville det være klogt at sætte dem sammen to og to og arbejde med, hvor de er henne. Eller ville det være klogt at sætte dem i grupper á fire, eller tage det som rundbords-model. At have fornemmelsen af, hvad for en metode ville virke godt her, og hvordan skal jeg sætte dem sammen for at få det i spil. Og det er vældig forskelligt."*

### 6.3.8 Strukturere og styre en gruppeproces

Det næste tema fylder meget i begge grupper og giver indtryk af at store udfordringer i praksis. Det handler om, at de sundhedsprofessionelle skal kunne strukturere og styre en gruppeproces.

"Det er kunsten, når man sidder med en gruppe. Man skal have gruppen til at fungere, og det individuelle og den erfarne patient. Det er hårdt arbejde."

*"Hvis der ikke er struktur, dur det ikke, så bliver det utrygt at være i. ... Så skal man også kunne improvisere i forhold til en plan, man har lagt, man skal både kunne lægge en plan og kunne improvisere."*

*"... at turde tage styring, og kunne gøre det på en nuanceret måde. At kunne rumme det i forhold til den mangfoldighed, der er i det rum med alle de mennesker. Man skal turde tage styring og have fokus."*

*"... lade dem faktisk overtage lidt og give dem følelsen af, at det er dem, der styrer det lidt, og så en gang imellem komme med nogle stikord, hvis der er nogen, der går i forkert retning ..."*

De stærkeste udsagn omkring det kom fra de sundhedsprofessionelle, der betoner det krævende i, at gruppeprocesser kan være kaotiske at være i samtidig med, at man skal kunne strukturere og styre dem.

*"For det er hele tiden den der balance mellem både at kunne agere i kaos og også have noget overblik."*

*"Man skal kunne agere i mellem kaos og nærvær."*

Handleaspektet af kompetencer vedrørende procesledelse indeholder således, at den erhvervede viden om procesledelse skal kunne anvendes i forhold til de krav, der opstår undervejs i situationer, der oftest er uforudsigelig og til tider kaotiske.

### 6.3.9 Reflektere og evaluere

Endelig er det sidste tema de to undersøgelsesgrupper kommer omkring, at de sundhedsprofessionelle skal være gode til at reflektere og evaluere undervejs.

*"... kunne gå i metarefleksion – at kunne være i situationen og samtidig hæve sig op og sige, hvad sker der egentlig. Og turde se på en selv og se, hvordan man selv påvirker det, der sker i rummet."*

*"... kigge på, hvad jeg siger, hvad siger de, hvad er det, der får dem til at åbne sig, altså hele tiden."*

*"... kunne give noget feedback og respondere på formentlig både sine patienter, men også på sine samarbejdspartnere, hvad enten man er alene eller noget andet, man skal kunne sige noget konstruktivt."*

Det bliver i begge grupper betragtet som noget selvfølgeligt, og der bliver ikke sagt meget omkring det.

## 6.4 Sammenhæng mellem temaerne

Alle temaer i begge undersøgelsesgrupper debatteres ud fra en oplevelse af, at det grundlæggende er samme type af kompetencer, der er i spil, uanset om de udfoldes i den individuelle samtale, i gruppeforløbene eller i samarbejdet med den erfarne patient. I gruppen med projektets undervisere vurderes forholdet mellem den individuelle samtale og gruppesamtalen således:

*A: "Man skal kunne spørge uddybende ind til de ting, de arbejder med, for at få nuancerne frem."*

*B: "Når du nu sidder og siger det her, sidder du så og tænker i gruppeforløb eller tænker du i individuelle samtaler – kunne det være begge dele?"*

*A: "Noget af det er begge dele. Men lige det, jeg tager udgangspunkt i nu, det er et gruppeforløb. Men lige væsentligt er det i forhold til det individuelle i forhold til at få folk til at fortælle ..."*

De sundhedsprofessionelle spørges direkte om, hvorvidt de trækker på de samme kompetencer i de individuelle sammenhænge, som de gør i gruppeforløbene sammen med deltagerne og i samarbejdet med den erfarne patient. Det bekræfter de. Spørgsmålet stilles som følge af, at svarene efterhånden lyder meget ens på spørgsmål om, hvilke kompetencer de trækker på i hver enkelt sammenhæng.

De fundne temaer i det personlige aspekt af kompetencebegrebet bliver generelt beskrevet som helt grundlæggende forudsætninger og som et nødvendigt udgangspunkt for at kunne bruge sine kvalifikationer ind i den sammenhæng, sammen med de mennesker og i de omgivelser, de skal udfolde sig i – dvs. at de fundne personlige kompetencer ses som en nødvendighed for at kunne bruge sine kvalifikationer ind i den sociale og kulturelle kontekst, som L&M-uddannelserne udfolder sig i.

De ni handleaspekter knytter sig naturligt til flere af de seks kvalifikationsaspekter, der således i samspil med de personlige kvalifikationer, danner fundamentet for den sundhedsprofessionelles evne til at handle "i forhold til de krav, der ligger i en situation, der måske oven i købet er usikker og uforudsigelig" (jf. definitionen af kompetencebegrebet) – situationer underviserne på L&M-uddannelser ofte står i. Denne sammenhæng mellem de centrale temaer i de tre kompetenceaspekter illustreres ved opbygningen af displayet i tabel 1, hvor udgangspunktet netop er de personlige kompetencer. De nødvendige kvalifikationer bygges ovenpå i form af konkrete kundskaber og erfaringer indenfor forskellige fagområder, og i samspillet med de personlige aspekter kommer kompetencerne til udtryk via de konkrete handlinger i givne situationer.

**KOMPETENCEBEGREBETS ASPEKTER, DERES SAMMENHÆNG OG CENTRALE ELEMENTER**

TABEL 1

Personlige aspekter	Kvalifikationsaspekter	Handleaspekter
Et menneskesyn, der <ul style="list-style-type: none"> <li>• møder og anerkender mennesket, som det er</li> </ul>	Bred sundhedsfaglig viden og erfaring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skabe en tillidsfuld og tryk atmosfære</li> <li>• Rumme det, der kommer</li> <li>• Identificere temaer i det sagte og det usagte</li> <li>• Reflektere og evaluere</li> </ul>
Et syn på sundhed, der inddrager <ul style="list-style-type: none"> <li>• levevilkår og livsstil</li> <li>• det gode liv og fravær af sygdom</li> </ul>	Færdigheder i brug af mestringsprocessen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rumme det, der kommer</li> <li>• Identificere temaer i det sagte og det usagte</li> <li>• Identificere hvor i mestringsprocessen, deltagerne er</li> <li>• Koble fortællingen til mestringsprocessen</li> <li>• Reflektere og evaluere</li> </ul>
Være nysgerrig på mennesker <ul style="list-style-type: none"> <li>• nærværende</li> <li>• åben</li> <li>• fordomsfri</li> </ul>	Færdigheder i samtaleprocesser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestre den afklarende samtale</li> <li>• Rumme det, der kommer</li> <li>• Reflektere og evaluere</li> </ul>
Være sig selv foran og sammen med andre <ul style="list-style-type: none"> <li>• autentisk</li> <li>• følelsesmæssig klog på sig selv</li> <li>• uhøjtidelig</li> </ul>	Færdigheder i ledelse gruppeprocesser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestre den afklarende samtaleform i gruppesammenhæng</li> <li>• Rumme det, der kommer</li> <li>• Strukturere og styre en gruppeproces</li> <li>• Kunne reflektere og evaluere</li> </ul>
Evne og mod til ledelse af gruppeprocesser <ul style="list-style-type: none"> <li>• tænke kreativt og hurtigt</li> <li>• turde ikke at lykkes</li> </ul>	Færdigheder i brug af fortællinger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koble fortællingen til mestringsprocessen</li> <li>• Reflektere og evaluere</li> </ul>
	Pædagogiske færdigheder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skabe en tillidsfuld og tryk atmosfære</li> <li>• Afstemme metoder og redskaber efter deltagerne</li> <li>• Reflektere og evaluere</li> </ul>

## 6.5 Sammenfatning i en kompetenceprofil

I formuleringen af en kompetenceprofil, der integrerer de centrale temaer og kompetencebegrebets aspekter i en helhed, bruges Jørgensens beskrivelse af kompetence i bredder og i dybden som inspiration (21). Denne todimensionelle betragtning af kernekompetencer på det ene plan og en forståelse af kompetence i dybden, der går på tværs og knytter sig til hver enkelt kernekompetence, på det andet plan gør det muligt at inddrage de personlige aspekter som et grundlæggende udgangspunkt for tilegnelse af kvalifikationer og udfoldelse af kompetence, som fremstillet i displayet i tabel 1.

De sundhedsprofessionelle udtrykker nødvendigheden af dybde i udfoldelsen af deres kompetencer på følgende måde:

*"Men jeg tror, det er rigtig vigtigt, ... at man har den der: Det skal nok lykkes!"*

*"Der er nogen (sundhedsprofessionelle), der rammer. ... De fylder rummet - de er der - man husker dem. De har et eller andet over sig. Så er der andre, der falder helt igennem, selvom de har en fantastisk baggrund."*

Derfor bliver denne kompetenceprofil opdelt i en beskrivelse af tre kernekompetencer efterfulgt af en beskrivelse af på hvilken måde, kompetencerne skal fremtræde. Formuleringen er:

Sundhedsprofessionelle i L&M-uddannelser skal besidde tre kernekompetencer:

- Faglig kompetence – bred sundhedsfaglig viden og erfaring, og grundlæggende færdigheder i samtaleprocesser, ledelse af gruppeprocesser, pædagogik og brug af mestringsprocessen og fortællinger.
- Forandringskompetence – evne til at forandre sig for til stadighed at kunne matche nye situationer og udfordringer; heri ligger en grundlæggende åbenhed over for det, der kommer, en evne til at rumme det, en evne til at flytte sig mentalt og en indstilling mht. at turde det uforudsigelige og til tider kaotiske.
- Social kompetence – evne til at håndtere sociale situationer; heri ligger at kunne begå sig indenfor den sociale og kulturelle sammenhæng, at have indlevelse i en situation og forstå den med de rammer og muligheder, der er, og at have lyst og åbenheden i sig til at kunne involvere sig med mennesker.



De skal udfoldes på et plan, der viser:

- Troværdighed og personlig gennemslagskraft – evne til i samspil med samarbejdspartnere og deltagere at reflektere, gøre sig erfaringer, fordybe sig og kunne fortolke og vurdere, men også evne til at have tillid til egen evne til at klare sig.
- Personlige grundholdninger, der er i overensstemmelse med konceptets idé – forankring i et bredt og positivt syn på sundhed samt et menneskesyn, der møder og anerkender mennesket, som der er.

## 7 Diskussion

### 7.1 Design

Den teoretiske ramme for undersøgelsen tager afsæt i en bredt anerkendt dansk definition af kompetencebegrebet, som den er fortolket og videreformidlet af den dansk og internationalt anerkendte professor i livslang læring Knud Illeris. Spørgsmålet om hvilke kompetencer, der er vigtige som underviser i L&M-uddannelser, er stillet og nuanceret med udgangspunkt i denne forståelsesramme.

Der er valgt et design, hvor temaet belyses fra to perspektiver – ét fra projektets undervisere og ét fra de sundhedsprofessionelle selv. Samtalen mellem projektets undervisere har en eksplorerende karakter, der sigter på i fællesskab at bearbejde, fortolke og vurdere de erfaringer, de tre undervisere havde fra fire kompetenceudviklingsforløb. Til fokusgruppeinterviewet med sundhedsprofessionelle vælges informanterne ud fra et forskellighedskriterium i forhold til grunduddannelse, videreuddannelse, deltagelse i Arbejdsgruppen og hvor mange L&M-uddannelser, de har gennemført. Det vurderes, at de to undersøgelsesgrupper er hensigtsmæssigt valgt i forhold til undersøgelsens tema og formål. Troværdigheden af informationerne vurderes desuden at være høj, da alle finder temaet meget væsentligt specielt i forhold til fremtidig rekruttering af sundhedsprofessionelle til L&M-uddannelser. Både samtalen og fokusgruppeinterviewet er karakteriseret af opfølgende og uddybende spørgsmål samt regelmæssig opsummering af det sagte med efterfølgende spørgsmål til, om det rapporterede er forstået rigtigt. Der er således foretaget en vis validering undervejs.

I analyseprocessen startes der med en opdeling af data efter, hvilket af de tre aspekter i kompetencebegrebet, der tales om. Derefter er processen induktiv og forholder sig udelukkende til det sagte og fortolkningen af det. Med udgangspunkt i de centrale temaer og med inspiration fra teorien opstår displayets konstruktion, og det vurderes, at det giver en logisk og valid præsentation af de centrale temaer og deres sammenhæng. I den efterfølgende proces integreres de centrale temaer til en helhed i en egentlig kompetenceprofil. Opbygningen af den er igen inspireret af teorien, og det vurderes, at den er en troværdig fortolkning af den viden, som samtalen og fokusgruppeinterviewet giver.

### 7.2 Resultater

Undersøgelsen viser, at det er omfattende og komplekse kompetencer den sundhedsprofessionelle skal være i besiddelse af for at kunne lave L&M-uddannelser. De personlige aspekter i kompetencerne udgør tydeligt et nødvendigt grundlag for, at de erhvervede kvalifikatio-

ner kan bringes på banen på en troværdig og gennemslagskraftig måde. Det er ligeledes tydeligt, at de sundhedsprofessionelle ikke blot skal kende og forstå ideen og teorien bag L&M-konceptet, de skal også være bærere af disse elementer i deres måde at være på. At være autentisk og fordomsfri anses således for at være helt grundlæggende personlige kompetencer. Det udtrykkes klart, at hvis den sundhedsprofessionelle inderst inde fx om en KOL patient tænker, at det er ubegribeligt, at han ikke holder op med at ryge, så er hun slet ikke egnet til lave L&M-uddannelser. En tilsvarende konsekvens udtrykker de i forhold til de øvrige personlige kompetencer, der er identificeret.

Blandt de konkrete kundskaber og færdigheder er det grundlæggende, at de sundhedsprofessionelle har en bred sundhedsfaglig viden og erfaring. I L&M-projektet er sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, kliniske diætister og en enkelt socialrådgiver uddannet til undervisere på L&M-uddannelser. Det har ikke i projektet givet anledning til debat, om den ene faggruppe er bedre egnet end den anden, og er således ikke undersøgt i denne sammenhæng. Derimod betones færdigheder i samtaleprocesser og i ledelse af gruppeprocesser som områder, der kræver stor viden, megen øvelse og konstant refleksion. Pædagogiske færdigheder, stor indsigt i de typiske processer, der gennemleves som menneske med kronisk sygdom, og sansen for at få fortællingerne frem og bruge dem som redskab til forståelse af eget liv, fremhæves ligeledes som elementer, der kræver stor indsigt og erfaring. De nævnte kvalifikationer betragtes ikke kun som vigtige, men også som nødvendige i forhold til at opnå den ønskede dialog og deltagerinvolvering. Det anses for en udfordrende opgave, der langtfra altid lykkes, og fundene i denne undersøgelse peger i retning af, at undervisning på L&M-uddannelser kræver en egentlig specialistuddannelse med fokus på andre fagligheder end den sundhedsfaglige – fagligheder, der bygges ovenpå den sundhedsfaglige grunduddannelse.

Det er bemærkelsesværdigt, at de personlige aspekter af kompetencerne betones så kraftigt, og at enigheden i begge undersøgelsesgrupper er så stor, for det har ikke været almindelig praksis at beskrive den type af kompetencer i kompetenceprofiler eller stillingsannoncer blandt sundhedsprofessionelle – fokus har traditionelt ligget på de sundhedsfaglige kvalifikationer. I begge undersøgelsesgrupper er der som nævnt ingen præferencer for, om det er sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter eller diætister, der laver L&M-uddannelser. Det afgørende er tilsyneladende de personlige kompetencer. Den oplevelse udfordrer på mange måder det traditionelle syn på faglighed i sundhedsprofessionelle kredse og er et område, der bør undersøges nøjere.

### 7.3 Sammenligning med andres fund

I MTV'en (7) finder man, at der trækkes på tre typer af kompetencer: Systematiserede patienterfaringer, sundhedspædagogiske kompetencer og sundhedsfaglige kompetencer på forskellige niveauer. Der peges desuden på et behov for at udvikle sundhedspædagogik som

fagområde. Ingen af disse konklusioner er i modsætning til denne undersøgelses resultater. De er til gengæld slet ikke dækkende for, hvad der tilsyneladende kræves for at undervise på L&M-uddannelser. I den litteraturbaserede gennemgang af udvalgte sundhedspædagogisk begrebers anvendelse i patientuddannelse (19) er en af hovedkonklusionen, at underviserne skal kunne håndtere dialogiske processer. Det er også et af de væsentlige resultater af denne undersøgelse, hvor det tillige præciseres, at samtaleprocesser skal kunne håndteres på et højt niveau såvel med enkeltindivider som i grupper. En anden hovedkonklusion er, at fagligheden ikke må sættes over styr i de dialogiske processer, hvor patienterne indgår i beslutningsprocesserne, og der tilføjes, at denne faglighed skal afspejle et handlings- og forandringsperspektiv. Der efterspørges således en faglighed hos de sundhedsprofessionelle, der omhandler evnen til at støtte handling og forandring hos patienterne. I denne undersøgelse udtrykkes den omtalte faglighed – alt andet lige – i beskrivelsen af forandringskompetencen, men også i evnen til i samspil med deltagerne at reflektere, gøre sig erfaringer, fordybe sig og kunne fortolke og vurdere.

I litteraturgennemgangen peges der på flere personlige kompetencer: engagement, villighed til at afgive magt og opmærksomhed på de personlige relationer mellem behandler og patient. Der er umiddelbart ingen modsætning i dette til fundene i denne undersøgelse. Der kan dog fornemmes en forskellig opfattelse af den sundhedsprofessionelles opgave. Hovedformålet med deltagelse i en L&M-uddannelse er at støtte den enkelte i at afklare egne behov samt at støtte og styrke den forandring, vedkommende er klar til at tage. Den sundhedsfaglige viden gives, når den direkte eller indirekte efterspørges. I L&M-uddannelser er "villighed til at afgive magt" derfor ikke et tema. Når det trækkes frem her, er det fordi, at man i litteraturgennemgangen finder, at mange barrierer for patientdeltagelse og involvering ligger i, at nogle sundhedsprofessionelle har udviklet en behandler-patient identitet, de ikke uden videre kan skifte ud med en anden professionel identitet. Dette fund understøttes af denne undersøgelse, bl.a. fordi den viser, at de sundhedsprofessionelle skal være forankrede i det brede og positive syn på sundhed med fokus på det gode liv og ikke kun fravær af sygdom. Mange sundhedsprofessionelle er bærere af den medicinske kultur, der er præget af et sygdomsorienteret syn på sundhed, og det er tilsyneladende svært foreneligt med ønsket om deltagerinvolvering og dialog i patientuddannelser i almindelighed og med at være underviser på L&M-uddannelser i særdeleshed.

## 8 Delkonklusion

Lærings- og mestringskonceptet er komplekst og omfatter mange elementer, der altid skal være til stede i en L&M-uddannelse. Hensigten med at implementere L&M-konceptet i kommunale patientuddannelser er først og fremmest at styrke deltagernes mestringsevne, og vejen dertil går gennem såvel sundhedsfaglig som erfaringsbaseret viden. Vejen findes gennem en høj grad af deltagerinvolvering og via dialog, og den tager sit udgangspunkt i deltagernes behov. L&M-konceptet er derfor en udfordring for de sundhedsprofessionelle at arbejde med, og det er da også komplekse kompetencer, de skal besidde. Undersøgelsen viser, at bestemte personlige kompetencer udgør et nødvendigt grundlag for, at de erhvervede kvalifikationer kan bringes på banen på en troværdig og gennemslagskraftig måde. De nødvendige personlige forudsætninger er:

- Et menneskesyn, der møder og anerkender mennesket, som det er
- Et bredt og positivt syn på sundhed
- Nysgerrighed på mennesker
- En evne til at være sig selv foran og sammen med andre
- En evne og et mod til ledelse af gruppeprocesser.

Undervisningskompetencerne kan desuden formuleres i et sæt kernekompetencer, hvori evnen til at trække på en betydelig del af de personlige forudsætninger ligger. Kernekompetencerne er:

- En faglig kompetence
- En forandringskompetence
- En social kompetence.

For at opnå troværdighed og personlig gennemslagskraft i sin fremtræden indgår heri evnen til i samspil med samarbejdspartnere og deltagere at reflektere, gøre sig erfaringer, fordybe sig og kunne fortolke og vurdere, men også evne til at have tillid til egen evne til at klare sig.

Endelig tyder undersøgelsen på, at det at være underviser på Lærings- og mestringsuddannelser eller på andre patientuddannelser med fokus på deltagerinvolvering og dialog kræver en egentlig specialistuddannelse med inddragelse af andre fagligheder end den sundhedsfaglige – fagligheder, der bygges ovenpå en sundhedsfaglig grunduddannelse.



---

# DEL II

---

## Organisering, implementering og forankring af kompetencer

Den nuværende organisering er sårbar, idet patientuddannelse varetages af få ildsjæle, uden at det nødvendigvis er inkorporeret i en struktureret og sammenhængende organisation.

**Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering,  
Sundhedsstyrelsen 2009**



## 9 Formål

I forbindelse med beslutningen om at evaluere hvilke sundhedsprofessionelle kompetencer, der er vigtige som underviser på Lærings- og mestringsuddannelser, besluttes det desuden at evaluere hvilken betydning organiseringen af patientuddannelse i kommunerne har på implementeringen af konceptet og på forankringen af de sundhedsprofessionelles kompetencer. Formålet med evalueringen bliver:

*Det undersøges, hvordan patientuddannelser er organiseret i de involverede kommuner, og vurderes, hvilken betydning organiseringen har på implementering af Lærings- og mestringskonceptet i patientuddannelserne og på forankringen af de sundhedsprofessionelles kompetencer i den nære organisation.*

I Sundhedsstyrelsens MTV om patientuddannelse (7) konkluderes det, som nævnt i afsnit 2.3.1, at det stadig er uafklaret, hvordan patientuddannelse rent organisatorisk tilrettelægges mest hensigtsmæssigt. Denne evaluering har derfor til hensigt at give nogle bud på, hvilke organiseringsaspekter, der fremmer implementering af L&M-konceptet og forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer i undervisning på L&M-uddannelser sammen med erfarne patienter.

I evalueringen forstås:

- *Organisering*, som den placering og fylde sundhed har på det politiske og administrative niveau, den måde den nære organisation omkring patientuddannelse er bygget op på, den ledelsesmæssige bevågenhed omkring Læring og mestring og kulturen, der præger den nære organisation
- *Forankring af kompetencer* i betydningen vedligeholdelse og videreudvikling af kompetencer
- *Den nære organisation* som sundhedscentret, sundhedsafdelingen eller sundhedsstaben og bruges på lige fod med betegnelsen sundhedscentret/-afdelingen.

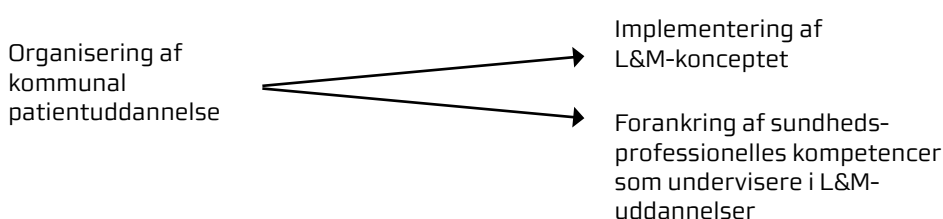


## 10 Design

Der er valgt et komparativt case-design, der omfatter de seks kommuner, der deltager i L&M-projektet. Den overordnede model for undersøgelsen er illustreret i figur 2.

### OVERORDNET MODEL FOR EVALUERING AF ORGANISERING, IMPLEMENTERING OG KOMPETENCER

FIGUR 2



Der bruges forskellige datakilder som grundlag for beskrivelserne og analyserne i undersøgelsen. Det drejer sig om kommunale nøgletal, sundhedsprofiler, organisationsplaner for kommunerne og den nære organisation, sundhedspolitikker og oplysninger fra hjemmesider samt individuelle interview med ti kommunale ledere for sundhedsområdet og nøglepersoner for Læring og mestring. Fire af de interviewede er medlemmer af L&M-projektets styregruppe, fem af projektets arbejdsgruppe og én er medlem af begge projektgrupper.

Kommunerne beskrives bl.a. i forhold til udvalgte demografiske data og sundhedsprofildata samt historik, baggrund for deltagelse, syn på sundhed, organisering af sundhed, patientuddannelse og Læring og mestring, og herefter identificeres ligheder og forskelle mellem kommunerne. For at kunne vurdere organiseringens betydning opstilles der dels tretten dikotome organiseringsaspekter dels ti dikotome parametre, der på forskellig vis er udtryk for omfanget af implementeringen og på tiltag, der sigter mod at forankre de sundhedsprofessionelles kompetencer. Endelig opgøres det, hvor mange positive udfald den enkelte kommune har på parametrene, og dette sammenholdes med de organiseringsaspekter, der kendetegner kommunerne.

Den detaljerede beskrivelse af design og metode kan læses i bilag 4, ligesom der i bilag 5 findes en oversigt over anvendte dokumenter fra de seks kommuner. Den anvendte interviewguide til styregruppe- og arbejdsgruppemedlemmer fremgår af bilag 6.

# 11 Resultater

## 11.1 Organisering af sundhed, patientuddannelse og Læring og mestring

De seks vestjyske kommuner bliver i dette afsnit først præsenteret i tal for demografiske forhold og for udbredelse af kroniske sygdom. Derefter præsenteres de enkeltvis i forhold til bl.a. baggrund for at deltage i Lærings- og mestringsprojektet, syn på sundhed, måden at organisere patientuddannelser på, ledelsesmæssig bevågenhed, kultur og inddragelse af patienter og patientorganisationer.

### 11.1.1 Kommunerne i tal

For at skabe et overblik over de involverede kommuners udgangspunkt præsenteres udvalgte demografiske tal fra 1. januar 2011 (22), og udvalgte data fra sundhedsprofilerne "Hvordan har du det?" fra 2006 (23) og 2010 (24) i henholdsvis tabel 2 og 3.

TABEL 2

### INDBYGGERTAL, TAL FOR STRUKTURELLE FORHOLD OG ANTAL ANSATTE I KOMMUNERNE PR. 1. JANUAR 2011

	Herning	Holstebro	Ikast-Brande	Lemvig	Ringkøbing-Skjern	Struer
Indbyggertal	85.852	57.056	40.571	21.554	58.068	22.190
Areal (km <sup>2</sup> )	1.324	800	736	508	1.489	251
Befolkningstæthed*	64	72	55	43	39	90
Bymæssig bebyggelse	85 %	83 %	82 %	68 %	71 %	78 %
Ansatte i kommunen**	9.000	5.500	3.500	2.200	6.000	2.300

\*) indbyggere pr. km<sup>2</sup>

\*\*) tallene er afrundede til nærmeste hundrede og omfatter både heltids- og deltidsstillinger

Det fremgår af tabel 2, at Herning Kommune er den absolut største af de seks kommuner målt på indbyggertal. Den er halvanden gang så stor som Ringkøbing-Skjern og Holstebro kommuner og næsten fire gange så stor som de to mindste kommuner Lemvig og Struer. Ved sammenligning af kommunernes indbyggertal og antal ansatte finder man, at indbyggertallene nogenlunde afspejler, hvor stor den enkelte kommune er som arbejdsplads eller organisation. Organisationens størrelse kan i denne sammenhæng have betydning for fx, i hvilken udstrækning der kan ansættes medarbejdere med ekspertise indenfor snævre fagområder, og om der kan skabes egentlige faglige miljøer i de enkelte afdelinger. Den kan ligeledes have betydning for, hvor lang vej der er fra politiske og administrative beslutninger til det udførende led i organisationen, og hvor stor ledelsesbevågenhed enkeltstående projekter eller opgaver kan gives.

Ringkøbing-Skjern Kommune er landets største kommune målt på areal, og den har samtidig den laveste befolkningstæthed blandt de seks deltagende kommuner. Også Lemvig Kommunes befolkningstæthed er lav. Dette er i modsætning til Struer Kommune, der trods stort set samme indbyggertal som Lemvig, har over dobbelt så stor befolkningstæthed som Lemvig. De øvrige kommuners befolkningstæthed fordeler sig derimellem. Kommunerne med de største byer – Herning og Holstebro – har tillige den største andel af borgere i bymæssig bebyggelse, dog tæt forfulgt af Ikast-Brande Kommune. De to kommuner med lavest befolkningstæthed - Lemvig og Ringkøbing-Skjern – er også de to kommuner, der har den mindste andel af borgere i bymæssig bebyggelse.

De strukturelle forhold i en kommune har betydning for, hvor store udfordringer den enkelte kommune har i arbejdet med at nå borgerne med sine tilbud. Nærhed er meget ofte et vægtigt borgerkrav, når det gælder sundhed, og det må formodes også at gælde i forhold til borgernes tilbøjelighed til at tage imod et tilbud om patientuddannelse. Blandt undersøgelsens seks kommuner må særligt Ringkøbing-Skjern Kommune med sin store geografiske udstrækning og lave befolkningstæthed formodes at have en særlig udfordring i forhold til at rekruttere deltagere til patientuddannelserne. Lemvig Kommune med sin næsten ligeså lave befolkningstæthed, må formodes at have en tilsvarende udfordring.

### UDBREDELSE AF UDVALGTE KRONISKE SYGDOMME I KOMMUNERNE ÅR 2006 OG 2010

TABEL 3

	Herning		Holstebro		Ikast-Brande		Lemvig		Ringkøbing-Skjern		Struer	
KOL* (%)	4	5	4	4	4	5	3	5	4	4	5	5
Sukkersyge (%)	3	5	4	4	4	5	4	6	4	7	4	6
Hjertekrampe (%)	1,4	1,9	1,0	2,0	1,7	1,2	1,5	2,0	1,5	2,0	1,8	1,7
Blodprop i hjertet (%)	0,7	1,5	0,6	1,7	0,6	1,2	1,0	2,0	1,6	1,7	1,0	1,4

\*Tallene dækker over borgere med bronkitis, for store lunger og rygerlunger

Tabel 3 viser andelen af borgere med KOL, sukkersyge og hjertekarsygdomme i år 2006 og 2010. Andelen af borgere med KOL ligger omkring de 4 % for alle kommuner med en let stigende tendens fra 2006 til 2010 for de flestes vedkommende. Også andelen af borgere med sukkersyge ligger omkring de 4 % i 2006, men her har fem af kommunerne oplevet en stigning på 1-3 % frem til 2010. Andelen af borgere med hjertekrampe og blodprop i hjertet ligger i alle kommuner på mellem 0,6-1,8 % i 2006 og en let stigning i 2010 til mellem 1,2-2,0 % - i to kommuner var der tale om små reduktioner i andelen af borgere med hjertekrampe.

I Lærings- og mestringsprojektet skal der i kommunalt regi tilbydes Lærings- og mestringsuddannelser diagnosespecifikt indenfor KOL, sukkersyge og hjertekarsygdomme samt generelle Lærings- og mestringsuddannelser på tværs af kroniske diagnoser. Udgangspunktet for,

hvor mange borgere de enkelte kommuner har med de nævnte diagnoser, må ud fra disse tal vurderes til at være nogenlunde ens. Der er således meget små forskelle mellem de seks kommuner i udbredelsen af KOL, sukkersyge og hjertekarsygdomme, og generelt er der tale om en let stigende tendens fra år 2006 til 2010.

#### *11.1.2 Herning Kommune*

I forbindelse med strukturreformen blev tre mindre kommuner, som det fremgår af tabel 4, sammenlagt med Herning Kommune. Rådhuset i den nye Herning Kommune ligger i Herning, hvor også størstedelen af administrationen er placeret. Administrativt er kommunen delt i fem forvaltningsområder - et af dem er Social, Sundhed og Beskæftigelse. Kommunens måde at organisere sundhed på har ændret sig flere gange undervejs i projektperioden. I tabel 5 er det skitseret, hvordan organiseringen var i størstedelen af projektperioden. Dengang var der en Sundhedsafdeling, hvor forskellige dele af den i perioder havde decentral placering i byen Aulum 21 km fra Herning - bl.a. varetagelse af patientuddannelsesområdet. Lederen af Sundhedsafdelingen, der refererede til en Sundhedschef, havde i en kortere periode sin faste arbejdsplads her sammen med de øvrige medarbejdere, og derfra blev patientuddannelsesområdet varetaget af medarbejdere i Genoptræningsenheden.

Af Herning Kommunes sundhedspolitik (25) fremgår det, at WHO's definition af sundhed (16) ligger til grund for sundhedspolitikken. Dette grundlag er kort gengivet i tabel 4, og som det ses fremhæves bl.a. behovet for et øget fokus på sundhedsfremme og forebyggelse. Ét af kommunens seks indsatsområder er desuden Kronikerindsats og Rehabilitering. Af kommunens sundhedsvision fremgår det ligeledes, at kommunen vil medvirke til, at borgerne sikres sunde rammer i hverdagen og muligheden for at træffe sunde valg. Tilbud om patientuddannelse er således et klart element i i udmøntningen af dele af kommunens sundhedspolitik.

## PROFIL AF HERNING KOMMUNE MED FOKUS PÅ SUNDHED OG PATIENTUDDANNELSE

TABEL 4

<b>Herning Kommune</b>	Fusion af de tidligere Aulum-Haderup, Herning, Trehøje og Åskov kommuner med rådhus beliggende i Herning.
Organisering af sundhed*	Sundhed og Ældre er afdeling under Social, Sundhed og Beskæftigelse, der igen er én af fem forvaltninger i kommunen. Chefen for Sundhed og Ældre har direkte reference til direktøren for forvaltningen. Under Sundhed og Ældre var der i projektperioden en Sundhedsafdeling, der bl.a. rummede en Sundhedsfremme- og Forebyggelsesenhed og en Genoptræningsenhed. Lederen af Sundhedsafdelingen refererede direkte til Sundhedschefen.
Syn på sundhed	<p>"Sundhed opfattes i Herning Kommune som langt mere end fravær af sygdom og svækkelse. "Sundhed" er af WHO defineret som "en tilstand af fysisk, psykisk og social velbefindende". Denne brede opfattelse af "sundhed" ligger til grund for Sundhedspolitikken."</p> <p>Det præciseres, at den stigende andel af mennesker med "livsstilssygdomme og/eller kroniske lidelser medfører behov for et andet og øget fokus på dels sundhedsfremme og forebyggelse dels behandling." (25)</p>
Vision	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vil kendes på en nyskabende og livsglad tilgang til sundhedsindsatsen med udvikling af unikke sundhedstilbud, der gør en forskel</li> <li>• Livskvaliteten og folkesundheden skal løbende øges via en sundhedsfremmende og forebyggende indsats</li> <li>• Indsatsen skal rettes mod alle borgere og fokuseres særligt på udsatte grupper for at øge social lighed i sundhed</li> <li>• Medvirke til, at borgerne sikres sunde rammer i hverdagen og muligheden for at træffe sunde valg. (25)</li> </ul>
Organisering af patientuddannelse	Dele af Genoptræningsenheden har base i byen Aulum 21 km fra rådhuset i Herning. Afdelingslederen for Sundhedsafdelingen havde i en kortere periode sin faste arbejdsplads dér sammen med de øvrige medarbejdere. Afdelingen var opdelt i fire enheder: Sundhedsfremme og Forebyggelse, Genoptræning, Hjælpe midler og Rehabiliteringscenter. Patientuddannelsesområdet blev varetaget af Genoptræningsenheden. Ansvar for implementering af L&M-konceptet lå hos en Sundhedskonsulent i Sundhedsfremme- og forebyggelsesenheden frem til april 2009 – derefter hos lederen af Genoptræningsenheden.

\*) Der er ændret organisering flere gange undervejs i projektperioden - senest i år 2011

Afdelingslederen for den tidligere Sundhedsafdeling var i 2006 med til at tage beslutningen om, at Herning Kommune skulle indgå i det kommende projekt om etablering af et Lærings- og mestringskoncept i patientuddannelser. Motivationen for deltagelse var først og fremmest muligheden for at kunne udvikle de fremtidige patientuddannelses tilbud sammen med andre kommuner, hospitalerne og almen praksis, men det var også et ønske om at drage nytte af den viden om og erfaring med sundhedsfremme og tværsektorielt samarbejde, der allerede var opsamlet i det tidligere Ringkøbing Amt. De fire sammenlagte kommuner havde ikke før strukturreformen haft et særligt fokus på sundhedsfremme, som det var tilfældet i flere af de øvrige kommuners ældresektorer.

Det var en af kommunens sundhedskonsulenter, der blev det første medlem af Arbejdsgruppen. Hun var medlem frem til april 2009, hvor hun blev erstattet af den ledende terapeut for Genoptræningsenheden - hendes baggrund fremgår af tabel 5. Begrundelsen var, at de sundhedsprofessionelle, der lavede L&M-uddannelserne, på daværende tidspunkt var ansat under hende. Genoptræningsenheden tager sig primært af optræning efter sygehusindlæggelse, men også af træning på børneområdet - dengang havde den desuden rehabiliteringsindsatsen på kronikerområdet som en del af sit arbejdsfelt. Ingen af de to arbejdsgruppemedlemmer tog uddannelsen som underviser i L&M.

Allerede fra foråret 2007 havde Herning Kommune tilbud om KOL-rehabilitering og om patientuddannelsen "Lær at leve med kronisk sygdom". Da Lærings- og mestringsprojektet udbød de første uddannelser i Læring og mestring deltog de dengang involverede sundhedsprofessionelle sammen med erfarne patienter. Sammen videreudviklede de den allerede etablerede KOL-rehabilitering til et forløb efter Lærings- og mestringskonceptet. Om implementering af L&M-konceptet fortæller den ledende terapeut:

*"Jeg synes egentlig ikke, at jeg har haft en særlig rolle i forhold til at implementere konceptet. Fordi det var godt i gang, da jeg blev ansat i afdelingen, og jeg havde nogle medarbejdere, der virkelig brænder helt vildt for det her og barer kører derudad. Så der har jeg ikke haft en særlig rolle. Jeg har nærmere skullet trække i den anden retning. Jeg synes, at det, der har været min største udfordring, har været den der delte opgave, jeg har haft i min enhed - med dels at køre de her forløb og samtidig have en genoptræningsopgave, som fylder rigtig meget, og hvor der er rigtig meget pres på. Hvor ressourcerne ikke altid har slået til. Så derfor, det der med at få plads og rum til begge dele og den der anerkendelse af, at der har været nogle forskellige tilgange, der har været arbejdet med - det har også været svært for medarbejderne, tænker jeg nogle gange."*

Lærings- og mestringsuddannelserne i Herning Kommune er således udviklet og implementeret af de sundhedsprofessionelle og erfarne patienter, der blev uddannet på de første uddannelseshold i Læring og mestring. De var og er stadig ildsjæle, der brænder for den måde at lave patientuddannelser på. Den ledende terapeut peger dog også på, at måden at være organiseret på har givet nogle særlige udfordringer både ledelsesmæssigt og i medarbejdergruppen. I den samme enhed skulle hun og medarbejderne rumme, at nogle havde en udviklingsopgave, der stillede krav om tid til kontinuerligt samarbejde, planlægning, evaluering og justering, og andre skulle udføre genoptræningsopgaver som egentlig driftsopgaver med et generelt pres på ressourcerne. Det gav umiddelbart meget forskellige opgavetyper i en ellers homogen medarbejderstab.

Om sin ledelsesrolle i forhold til Læring og mestring siger den ledende terapeut:

*"Jeg har nok haft den der effektiviseringstilgang nogle gange – har været den der lidt bussemand, der har kigget på, om vi kan bruge ressourcerne bedre? Eller få flere igennem forløb?"*

Hun ser således ikke sig selv som en leder, der har haft særlig bevågenhed i forhold til implementering af L&M-konceptet i KOL-rehabiliteringen, men mere den der har haft fokus på at få de økonomiske rammer til at nå sammen i en afdeling, hvor der var pres på driften.

Tankegangen bag sundhedsfremme prøver man i Genoptræningsenheden at have fokus på hele tiden. Det gøres bl.a. ved at inddrage borgerne meget i forløbene ved fx at sætte fælles mål for indsatsen og klæde dem bedst muligt på til, hvilke tilbud de kan benytte sig af for at vedligeholde det, de har opnået i Genoptræningsenheden. Også blandt medarbejderne indbyrdes er der fokus på sundhedsfremme i dagligdagen. Der er et generelt fokus på sundhed og aktivitet hele tiden, og man har fx en del sjov ud af at være med i forskellige motionskampagner, der kører, og har lidt konkurrence indbyrdes i forhold til det. Den ledende terapeut fortæller:

*"Jeg tror, at det er den måde, vi tænker på. ... det ligger bare i afdelingen. Og så det der med, at vi gerne vil klæde borgerne på til at varetage deres liv, jamen, det er egentlig også meget den måde, jeg måske agerer ledelse på. Jeg er meget lidt styrende faktisk. Altså, mine folk er fuldstændig selvtilrettelæggende og selvfølgelig strammer vi op omkring nogle ting indimellem, men langt hen ad vejen så kører de selv den indsats."*

Hun oplever således, at der er sammenhæng i måden, hun møder sine medarbejdere på, og måden, de møder borgerne på - og ser den sundhedsfremmende tankegang som en slags fællesnævner.

TABEL 5

**PATIENTUDDANNELSESTILBUD OG LÆRING OG MESTRING I  
HERNING KOMMUNE**

Patient-uddannelsesstilbud	Patientuddannelserne foregår i Sundhedscenter Aulum: <ul style="list-style-type: none"> <li>• KOL-rehabilitering (efter L&amp;M-konceptet)</li> <li>• Lær at leve med kronisk sygdom (26)</li> </ul>
Deltagere i L&M-uddannelser*	58 mennesker med KOL.
Sundhedsprofessionelle	Der er uddannet 9 sundhedsprofessionelle, hvoraf 4 har været eller er gennemgående sundhedsprofessionel i KOL-rehabiliteringen. De øvrige bruger Lærings- og mestringsprincipperne i den fysiske træning med borgerne.
Erfarne patienter	Der er uddannet 7 erfarne patienter, som alle har været eller er gennemgående erfaren patient i KOL-rehabiliteringen.
Medlem af Styregruppen	Afdelingslederen for Sundhedsafdelingen var medlem i de tre år Herning Kommune deltog i L&M-projektet. Hun er uddannet plejehjemsassistent, har en lang ledelseserfaring og bl.a. en master i rehabilitering.
Medlem af Arbejdsgruppen	Frem til april 2009 var en Sundhedskonsulent i Sundhedsfremme- og forebyggelsesenheden medlem af Arbejdsgruppen. Siden da har det været den ledende terapeut i Genoptræningsenheden. Hun er uddannet fysioterapeut og har diplom i ledelse.  Ingen af dem tog uddannelsen i Læring og mestring.

\*) Inklusionsperioden er kun frem til 1. juli 2010

I forhold til Lærings- og mestringskonceptets elementer så forsøger man at inddrage dem i andet end KOL-rehabiliteringen. Der har været et par kræftrehabiliteringsforløb efter Lærings- og mestringskonceptet, og de medarbejdere, der træner rygpatienter, har været på uddannelse i Læring og mestring, og ladet sig inspirere af tankerne bag i deres Rygskole. De fremtidige patientuddannelsesstilbud til borgere med hjertekarsygdomme og type 2-diabetes gennemføres ligeledes efter L&M-konceptet. Også den afklarende samtale har man arbejdet meget med. Den ledende terapeut fortæller:



*“Det er så centralt i hele vores virke – det med at få snakket med borgerne, få inddraget borgeren i målsætningen, få lavet forventningsafstemninger. Hvad kan vi hjælpe med, hvad forventer borgerne af forløbet? Og få det målrettet. Så der tænker jeg, at det er nogle af de samme elementer, der også indgår i Lærings/mestringstækningen. Hele tiden den der inddragelse. Så vi ikke er eksperterne, der kommer og fortæller folk, hvordan det skal være. Men vi tager deres mål og overvejelser med ind.”*

Fra sommeren 2011 er man da også begyndt at tilbyde afklarende samtaler til alle kronisk syge borgere, der henvises fra egne læge, med fokus på at finde borgernes egne ressourcer og muligheder for at mestre livet og øge livskvaliteten. Også i andre dele af afdelingen for Sundhed og Ældre bruges tankegangen bag Læring og mestring. Det drejer sig bl.a. om tilbudene indenfor rygestop og vægtstop.

Til gengæld er inddragelse af patientorganisationer ikke noget, der bliver arbejdet bevidst med i Genoptræningsenheden. I nogle af kræftrehabiliteringsforløbene var repræsentanter fra Kræftens Bekæmpelse inde i forløbene og fortælle, men patientorganisationerne inddrages ikke systematisk.

### 11.1.3 Holstebro Kommune

De tidligere Ulfborg-Vemb, Vinderup og Holstebro kommuner udgør i forbindelse med strukturreformen en ny Holstebro Kommune. Som det fremgår af tabel 6, er rådhuset beliggende i Holstebro, og den nye kommune var fra starten klar med et sundhedscenter “Holstebro Sundhedscenter” i egen bygning beliggende centralt i Holstebros bymidte. Social og Sundhed hedder den af kommunens fem forvaltninger, der har sundhedscentret som en afdeling med egen Sundhedschef under sig. Sundhedschefen har sammen med sine medarbejdere sit faste udgangspunkt på sundhedscentret, hvor patientuddannelsesområdet bliver varetaget af et Sundhedsfremme og forebyggelsesteam.

Sundhedschefen, hvis faglige baggrund kort er beskrevet i tabel 7, er medlem af Styregruppen, og hun var desuden medlem af den arbejdsgruppe, der udarbejdede projektbeskrivelsen til Lærings- og mestringsprojektet i februar 2007. Læring og mestring blev da også indskrevet som én af hovedopgaverne i oplægget for indholdet af det kommende sundhedscenter i Holstebro Kommune (27) allerede i august 2006. I oplægget refereres der, som det fremgår af tabel 6, til såvel WHO's definition af sundhedsfremme som Antonovskys definition af sundhed (17;18). Politisk og administrativt var det således ved opstarten besluttet, at sundhedscentret skulle rette fokus imod det, der holder folk sunde, og bl.a. udbyde lærings- og mestringstilbud, længe inden L&M-projektet blev vedtaget i Regionsrådet. Om kommunens deltagelse i projektet fortæller Sundhedschefen:

*“Det var vi jo slet, slet ikke i tvivl om. Jeg havde været meget involveret i Ringkøbing Amts tankegang i forhold til Læring og mestring og i forhold til at interessere sig for, hvad der skete i Norge. ... Det lå til højrebenet.”*

Siden er såvel sundhedsfremmetænkningen som Læring og mestring skrevet ind i kommunens sundhedspolitik (28), hvorfra korte uddrag er præsenteret i tabel 6.

TABEL 6

**PROFIL AF HOLSTEBRO KOMMUNE MED FOKUS PÅ SUNDHED OG PATIENT-  
UDDANNELSE**

<b>Holstebro Kommune</b>	Fusion af de tidligere Ulfborg-Vemb, Vinderup og Holstebro kommuner med rådhus beliggende i Holstebro.
Organisering af sundhed*	<p>Holstebro Sundhedscenter er en afdeling under forvaltningen Social og Sundhed, der er ét af kommunens fem forvaltningsområder. Direktøren for Social og Sundhed er nærmeste overordnede for lederen af sundhedscentret - hun bærer titlen Sundhedschef.</p> <p>"Sundhedscentret har endvidere en tværgående funktion for kommunens sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, og skal virke som en vidensbank på området." (29)</p>
Syn på sundhed	<p>"Sundhed og velvære handler om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Følelsen af livsmod og livsglæde.</li> <li>• Sundhed udvikles gennem livets erfaringer og læreprocesser.</li> <li>• Handlekompetence og overskud til at kunne mestre hverdagslivets forskellige situationer i forhold til fx helbred, arbejde, familieliv m.v.</li> <li>• At se sammenhænge og vide, hvad jeg kan gøre, og hvor jeg kan søge viden til at opnå forståelse." (28)</li> </ul>
Vision	<p>Byrådets vision for kommunen har tre indsatsområder: Kultur og fritid – Uddannelse, erhverv og bosætning – Sundhed og velvære" (28)</p> <p>Sundhedscentrets vision: "Al indsats tager udgangspunkt i borgernes livsopfattelse med det formål at fremme borgernes evne til at mestre egen tilværelse." (29)</p>
Organisering af patientuddannelse	<p>Holstebro Sundhedscenter har sit eget hus i Holstebro ca. halvanden km fra Rådhuset. Sundhedschefen og hendes medarbejdere har deres faste udgangspunkt derfra. Det er opdelt i fem områder: Sekretariat, Sundhedsfremme og forebyggelsesteam, Sygeplejeklinik, Demenskoordination og Dagtilbud/Teamleder.</p> <p>Ansvar for patientuddannelse ligger i teamet for Sundhedsfremme og Forebyggelse, og implementering af L&amp;M-konceptet ligger hos en Sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulent.</p>

\*) Pr. 1.04.2011 har forvaltningen skiftet navn.

En af konsulenterne i Sundhedsfremme og Forebyggelsesteamet blev kommunens medlem af Arbejdsgruppen for Læring og mestring. Ligesom Sundhedschefen har hun, som det fremgår af tabel 7, en del uddannelse i og erfaring med at arbejde med sundhedsfremme. Om sundhedschefen og kulturen i sundhedscentret siger hun:

*“Hun er sundhedsfremme og forebyggelse – der er helt sikkert hendes måde at være på. Altså hendes tilgang til os, der er ansat, hele hendes blik på, hvilke ressourcer og kompetencer, vi har. Hendes måde at få os til at bruge det, vi kan. Og også nogle gange lige få os ud over kanten, sådan at vi udvikler os mere. ... altså hele den sundhedsfremme-/forebyggelsestankegang, det bliver jo en måde, vi er på i sundhedscentret. Og det smitter af på os. Det bliver heller ikke så svært med den måde at være på overfor borgerne. Fordi det er den måde, vi bliver mødt med. Og det mærker vi da behaget i. Jamen, så er det ikke så svært at møde borgeren med det.”*

Hun giver på denne måde udtryk for, at sundhedsfremme-/forebyggelsestankegangen er en væsentlig del af kulturen i sundhedscentret, dybt forankret i den måde de omgås både hinanden og borgerne og nærmest personificeret i Sundhedschefen. Om, hvordan tankegangen bag Læring og mestring viser sig i sin måde at være leder på, siger Sundhedschefen selv:

*“Vi har fx en af sygeplejerskerne i sygeplejeklinikken, som har gennemgået uddannelsen (i Læring og mestring). Og det er fordi, at rigtig mange af de borgere, der kommer ind i sygeplejeklinikken, de er kendetegnet ved at have diabetes. Der er det væsentligt at kunne gøre brug af det koncept, der hedder: Hvordan giver man borgere handlekompetence i forhold til egen situation? Det var ét eksempel. Men jeg bruger også at udbrede kendskabet til konceptet i forhold til en chefgruppe eller i forhold til de fora, hvor jeg i øvrigt sidder, at prøve at udbrede det. ... det tværgående forum, hvor vi jo arbejder på tværs af andre forvaltninger. Det er væsentligt også at prøve at få sandsynliggjort: Hvad er det for metoder, vi arbejder ud fra, og hvad indebærer det for borgerne, og for den måde vi som professionelle agerer på?”*

Hun er således meget bevidst om at udbrede tankegangen bag Læring og mestring bredt i det kommunale system og bevidst i sin strategi omkring, hvem der uddannes i Læring og mestring og med hvilket formål. Læring og mestring inspirerer da også arbejdet med forebyggende hjemmebesøg, i forhold til demenskoordination og i sundhedscentrets opgaveløsninger for Arbejdsmarkedsafdelingen.

TABEL 7

**PATIENTUDDANNELSESTILBUD OG LÆRING OG MESTRING I HOLSTEBRO KOMMUNE**

Patient-uddannelsesstilbud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Læring og mestring for borgere med type 2-diabetes</li> <li>• Læring og mestring på tværs af diagnoser</li> <li>• Læring og mestring til borgere med KOL (30)</li> </ul>
Deltagere i L&M-uddannelser	150 mennesker med forskellige kroniske sygdomme.
Sundhedsprofessionelle	Der er uddannet 11 sundhedsprofessionelle i Læring og mestring, hvoraf 8 har været eller er gennemgående sundhedsprofessionel på Lærings- og mestringsuddannelser. De øvrige bruger elementer af konceptet i sundhedscentrets øvrige driftsområder.
Erfarne patienter	Der er uddannet 7 erfarne patienter, hvoraf alle har været eller er gennemgående erfaren patient på Lærings- og mestringsuddannelser.
Medlem af Styregruppen	Sundhedschefen har været medlem siden projektstart og var medlem af den arbejdsgruppe, der udarbejdede projektbeskrivelsen til L&M-projektet. Hun er uddannet sygeplejerske, har en lang ledelseserfaring og efteruddannelse i bl.a. ledelse og sundhedsfremme og forebyggelse - er ved at færdiggøre en master i sundhedsvidenskab.
Medlem af Arbejdsgruppen	Sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenten har været medlem siden projektstart. Hun er både KOL-konsulent og ansvarlig for implementering af Læring og mestring - er uddannet sygeplejerske, har en social diplomuddannelse, er proceskonsulent og er uddannet i Læring og mestring med det første hold.

Også L&M-konceptets mere konkrete elementer bruges indenfor andre områder end patientuddannelse. Det gælder fx for brug af fortællingen, den anerkendende tilgang, mestringsprocessen og den afklarende samtale. Mht. de erfarne patienter så kommer de generelt meget i huset. Sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenten fortæller:

*“Ja, de erfarne patienter, de føler også at det er deres hus, når de kommer her, altså. Når først de er erfarne patienter, jamen så er de bare en del af os - på en eller anden måde. De går ud og laver kaffe, og de sætter sig ude i køkkenet.”*

Som det fremgår af tabel 7 har kommunen uddannet syv erfarne patienter, der alle har været eller er gennemgående erfarne patient på en Lærings- og mestringsuddannelse.

De store patientorganisationer har sundhedscentret etableret et formaliseret og udbytterigt samarbejde med. Sundhedschefen fortæller:

*“I begyndelsen kunne det være for at informere, men efterhånden så bliver det et reelt samarbejde. ... Hjerte-, diabetes- og lungeforeningerne er et godt eksempel ... også i forhold til, at de har kunnet være med til at præcisere, hvis de har haft borgere, der har deltaget i nogle forløb: Hvad har undret dem? Hvad er det, de har set? Hvad er det, der betyder noget? Og det er i virkeligheden nogle rigtig, rigtig vigtige tilbagemeldinger for os at få - i forhold til hvordan vi videreudvikler på konceptet.”*

Det er således blevet en del af måden at arbejde på i Holstebro Sundhedscenter, at både de erfarne patienter og de store patientorganisationer involveres direkte i såvel nyudvikling som videreudvikling af sundhedscentrets tilbud til borgerne.

#### **11.1.4 Ikast-Brande Kommune**

Med strukturreformen fusionerede Ikast, Brande og Nr. Snede kommuner til Ikast-Brande Kommune med rådhus i Ikast og administrationsbygninger i Brande og Nr. Snede. Sundheds- og Omsorgsområdet er ét af fire forvaltningsområder med hovedsæde i Brande og lokaler spredt i hele kommunen. Forvaltningen har, som beskrevet i tabel 8, en Sundhedsstab med direkte reference til direktøren for området. I Sundhedsstaben er der en udviklingskonsulent, der udover funktionen som udviklingskonsulent også er leder af de forebyggende indsatser i kommunen, herunder også forebyggende hjemmebesøg. Hun fik ved opstarten af den nye kommune ligeledes ansvaret for den patientrettede forebyggelse, og gradvist herefter ansatte hun de to medarbejdere, der bl.a. arbejder med implementering af forløbsprogrammerne og Lærings- og mestringsuddannelserne i samarbejde med Ældreafdelingen. I Lærings- og mestringsprojektet var hun, som det fremgår af tabel 9, kommunens repræsentant i Arbejdsgruppen fra starten og fra 2010 tillige medlem af Styregruppen.

Om baggrunden for, at Ikast-Brande Kommune valgte at deltage i L&M-projektet, fortæller Udviklingskonsulent:

*"For os lå den lige til højrebenet i forhold til at tænke Læring og mestring – det ligger lige op af Antonovskys tænkning. Og eftersom det er det, vi arbejder med, så passede det jo som fod i hose."*

Hun var desuden medlem af den arbejdsgruppe, der udarbejdede projektbeskrivelsen, og betragtede L&M-projektet som en hjælp til at komme i gang med hele patientuddannelsesområdet. To af de tre fusionerede kommuner havde før sammenlægningen arbejdet med Antonovskys tilgang til sundhed gennem mange år. Det har sat sig tydelige spor i Ikast-Brandeborg Kommunes sundhedspolitik fra 2009 (31), der allerede i den første linje i afsnittet "Hvad er sundhed" bekendtgør inspirationen fra Antonovskys. Der refereres til hans opfattelse af sundhed, der adskiller begreberne helbred og sundhed og "legaliserer, at det er muligt at være syg og sund på én gang og således have livskvalitet på trods af sygdom." Der refereres derefter direkte til Lærings- og mestringsuddannelserne som eksempel på et kommunalt tilbud til borgere med kronisk sygdom, der tager udgangspunkt i den forståelse.

## PROFIL AF IKAST-BRANDE KOMMUNE MED FOKUS PÅ SUNDHED OG PATIENTUDDANNELSE

TABEL 8

<b>Ikast-Brande Kommune</b>	Fusion af tidligere Nr. Snede, Ikast og Brande kommuner med rådhuset beliggende i Ikast.
Organisering af sundhed	Sundhed ligger som en stabsfunktion til en af kommunens fire forvaltningsområder Sundhed og Omsorg. Sundhedsstaben har direkte reference til direktøren for Sundhed og Omsorg, der har tre driftsområder under sig bl.a. Ældreafdelingen. (32). Lederen af de forebyggende indsatser i sundhedsstaben bærer titlen Udviklingskonsulent.
Syn på sundhed	Kommunen er inspireret af professor Aaron Antonovsky. "Omdrejningspunktet for sundhed er det enkelt menneskes følelse af sammenhæng i tilværelsen: Jo mere man føler, at tilværelsen er sammenhængende, begribelig og meningsfuld, og at man kan håndtere udfordringer, jo bedre forudsætninger for sundhed."  "Kommunen har et rummeligt sundhedssyn, hvori der indgår både fysiske, psykiske, sociale og kulturelle faktorer, og hvor sundhed er mere end blot fravær af sygdom." (31)
Vision	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Sundhedsfokus er i Ikast-Brande Kommune en tværgående tænkning, der omhandler alle forhold i og omkring borgernes rammebetingelser og livskvalitet – fra idrætsanlæg over foreningsliv og miljø til kostvaner.</li> <li>• Borgerne er ansvarlige for egen livskvalitet – og dermed også for at træffe valg, der understøtter egen sundhed – men Ikast-Brande Kommune påvirker offensivt". (31)</li> </ul>
Organisering af patientuddannelse	Sundhedsstaben har til huse i administrationsbygningen i Brande sammen med hele Sundheds- og omsorgsområdet og Teknisk område. Sundhed og Omsorg består af en Visitations- og Myndighedsafdeling, en Ældreafdeling og en Psykiatri- og Handicapafdeling. Her har direktøren for området og Udviklingskonsulenten fast arbejdsplads sammen med de øvrige medarbejdere. Ansvar for patientuddannelse og implementering af L&M-konceptet ligger i sundhedsstaben hos Udviklingskonsulenten, og selve opgaven varetages i samarbejde med Ældreafdelingen, hvor nogle af underviserne i L&M-uddannelse er ansat.

Disse grundholdninger i kommunen kommer bl.a. til udtryk i den måde, man forholder sig til medarbejderne på, mener Udviklingskonsulenten endvidere. De bliver inddraget på en anden måde, end man gør andre steder, og om sin egen lederrolle siger hun:

*"Det er vores opgave som ledere at få medarbejderne til at vokse i stedet for at krympe. Altså, ved at se på hvad for nogle ressourcer, de har og være med til at fremme dem, så de vokser med opgaven. Vi kunne jo have valgt at sætte fokus på det, de ikke kan og se, at det skal de blive dygtigere til, og hvordan de kan uddanne sig til det. Vi prøver at vende det den anden vej."*

I medarbejdernes møde med borgerne ser hun, at det er vigtigt at lederne bestræber sig på at være gode rollemodeller i deres måde at møde andre mennesker på, så de også får "borgeren til at vokse i stedet for at krympe". Hun fortsætter:

*"Så de har en vis grad af frihed. Det handler om at have det der fokus på borgeren, og hvad det er, de har brug for. Og egentlig at høre, hvad det er, de siger - ikke det, vi tror, de siger."*

Sundhedsfremmetænkningen er således en grundlæggende del af kulturen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fra direktøren til medarbejderen i mødet med borgeren.



## PATIENTUDDANNELSESTILBUD OG LÆRING OG MESTRING I IKAST-BRANDE KOMMUNE

TABEL 9

Patient-uddannelsestilbud	<p>Patientuddannelserne udbydes flere steder i kommunen, dog primært i Brande og i Ikast:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lærings- og mestringskurser – Et godt liv med kronisk sygdom eller kræft</li> <li>• Lær at leve med kronisk sygdom</li> <li>• KOL-rehabilitering (brug af L&amp;M-konceptet, men uden erfaren patient) (33)</li> </ul>
Deltagere i L&M-uddannelser	25 mennesker med forskellige kroniske diagnoser.
Sundhedsprofessionelle	Der er uddannet 8 i Læring og mestring, hvoraf 5 har været eller er gennemgående sundhedsprofessionel på Lærings- og mestringsuddannelser. De øvrige skal sprede kendskab og brug af metoden i afdelingen.
Erfarne patienter	Der er uddannet 8 erfarne patienter, hvoraf 3 har været eller er gennemgående erfaren patient på Lærings- og mestringsuddannelser. De øvrige har deltaget i andre opgaver.
Medlem af Styregruppen	Udviklingskonsulenten har været medlem siden 2010. Fra projektstart og frem til 2010 var lederen af Ældreafdelingen kommunens Styregruppe-medlem.
Medlem af Arbejdsgruppen	Udviklingskonsulenten har været medlem siden projektstart og var medlem af den arbejdsgruppe, der udarbejdede projektbeskrivelsen til L&M-projektet. Hun er uddannet sygeplejerske, har primært efteruddannelse i ledelse, sundhedsfremme og sundhedspædagogik og er uddannet i Læring og mestring med det første hold.

Direkte fra Lærings- og mestringskonceptet bruges elementer som den afklarende samtale og hele den anerkendende tilgang i andre sammenhænge end patientuddannelserne. Det er fx tilfældet i de forebyggende hjemmebesøg og i hjemmesygeplejen. Kommunen har da også, som det fremgår af tabel 9, uddannet både sundhedsprofessionelle og erfarne patienter i Læring og mestring, som ikke bruges direkte i L&M-uddannelserne. Også inddragelse af erfarne patienter og lokale patientforeninger er blevet en naturlig måde at arbejde på. Et eksempel på det er arbejdet med forløbsprogrammerne:

*"Der har vi haft møde med den lokale diabetesforening for at høre: Hvad tror I, det er, der skal til? Hvordan kan vi samarbejde om det? Og hvad gør I, som vi synes, I måske vil fortsætte med, som hører til. Og hvad synes I, vi burde gøre? Det har vi haft det første møde om, og de ville så gå tilbage og drøfte det i deres bestyrelser og med deres medlemmer og sådan noget. Vi fik også nogle gode ideer, og så skal vi mødes igen og planlægge hvordan, vi gør det."*

I det hele taget inddrages borgerne altid, når der skal laves noget nyt i kommunen, bl.a. ved at afholde høringer, fortæller Udviklingskonsulenten.

#### **11.1.5 Lemvig Kommune**

Lemvig Kommune er en fusion af tidligere Lemvig og Thyborøn-Harboøre kommuner med rådhus i Lemvig. Som beskrevet i tabel 10 er hovedparten af den kommunale forvaltning placeret i Lemvig. Det gælder også kommunens sundhedsafdeling, der dog har til huse i en bygning i tilknytning til et ældreboligområde ca. en halv kilometer fra rådhuset. Sundhedsafdelingen ledes af kommunens Sundhedschef, og den er, som det fremgår af tabel 10, opdelt i fem enheder. En af dem er Sundhedsfremme- og forebyggelsesenheden, og her ligger ansvaret for patientuddannelser og Lærings- og mestringskonceptet hos Sundhedsfremme- og forebyggelseskoordinatoren, der tillige er medlem af L&M-projektets arbejdsgruppe – hendes baggrund er kort beskrevet i tabel 11. Patientuddannelserne bliver primært udbudt i Lemvig, men også i andre lokalområder afhængig af, hvor deltagerne på holdet kommer fra.

## KOMMUNEPROFIL PÅ LEMVIG KOMMUNE MED FOKUS PÅ SUNDHED OG PATIENTUDDANNELSE

TABEL 10

<b>Lemvig kommune</b>	Fusion af tidligere Thyborøn-Harboøre og Lemvig kommuner med rådhus beliggende i Lemvig.
Organisering af sundhed	<p>Sundhedsafdelingen er en afdeling under forvaltningen Social/Sundhed og Arbejdsmarked, der er en af kommunens tre forvaltningsområder. Direktøren for området er nærmeste overordnede for lederen af Sundhedsafdelingen - hun bærer titlen Sundhedschef og har ansvar for såvel ældre som sundhed (34).</p> <p>Kommunen ønsker en sammenhængende sundhedsindsats og integration af sundhedsarbejdet i den daglige drift, derfor er der ansat en Sundhedsfremme- og forebyggelseskoordinator med ansvar for at koordinere den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i hele kommunen (35).</p>
Syn på sundhed	Sundhed er mere end blot fravær af sygdom; det er også en tilstand, der sætter mennesker i stand til at mestre egen tilværelse, så de er medbestemmende over egne livsvilkår og oplever tilværelsen som meningsfuld og kan forstå og håndtere de udfordringer, livet giver." (35)
Vision	"Lemvig Kommunes borgere er sunde, og der er mindst mulig sygdom som følge af livsstil og ulykker." (35)
Organisering af patientuddannelse	Sundhedsafdelingen ligger i Lemvig og har til huse i en bygning i tilknytning til et ældreboligområde ca. en halv kilometer fra Rådhuset. Den er opdelt i fem områder: Hjælpemidler, Rehabilitering, Sundhedsfremme og forebyggelse, Visitation og Ældrecentre. Sundhedschefen og bl.a. alle medarbejdere i Sundhedsfremme- og forebyggelsesenheden har fast arbejdsplads her. Ansvar for patientuddannelse og implementering af L&M-konceptet ligger i enheden for Sundhedsfremme og forebyggelse hos Sundhedsfremme- og forebyggelseskoordinatoren.

Kommunens Sundhedschef, der er medlem af Styregruppen, finder det naturligt som lille kommune at være sammen med andre kommuner i L&M-projektet. Hun finder det vigtigt at udvikle noget sammen, at lære sammen, udveksle erfaring sammen og forankre viden i fællesskab på tværs af kommuner. Om baggrunden for at deltage i projektet, siger hun:

*"Men også fordi den her måde at arbejde på ligger i forlængelse af den opfattelse, vi har, af læring – og af hvordan man bliver klogere på sig selv, og hvordan man kan ændre vaner. Hele Lærings- og mestringskonceptet ligger meget i forlængelse af den tænkning, der har været i den gamle Lemvig Kommune i forhold til ældreområdet – i og med at hele sundhedsfremme- og forebyggelsestanken i Antonovskys tøj har været en del af hverdagen."*

Deltagelse i projektet er således et meget bevidst valg begrundet i at kunne erhverve sig nye kompetencer i kommunen i fællesskab med andre kommuner, og fordi tænkningen i projektet ligger i forlængelse af den tænkning, der allerede var og er i dele af afdelingen.

Sundhedsfremme- og forebyggelsestanken "i Antonovskys tøj" præger da også kommunes Sundhedspolitik 2008 – 2010 (35). Her har man lagt sig op ad WHO's definition af sundhed og bruger desuden formuleringen "oplever tilværelsen som meningsfuld og kan forstå og håndtere de udfordringer, livet giver" i sin definition af sundhed (se tabel 10) – svarende til Antonovsky-komponenterne begribelighed, håndtérbarhed og meningsfuldhed. Både Sundhedschefen og Sundhedsfremme- og forebyggelseskoordinatoren oplever en klar politisk opbakning til sundhedsfremmetankegangen, og at den allerede er en del af afdelingens kultur. Sundhedschefen ser bl.a. sin tilgang til personaleledelse som et udtryk herfor. Hun har meget fokus på at skabe rammer, der styrker fællesskabet og arbejdsglæden i afdelingen. I Tæl Skridt kampagnen blev det fx aftalt, at de, der deltog, selv gav et kvarter, og så gav hun et kvarter af arbejdstiden, så de kunne gå sig en tur på en halv time hver dag i de tre uger kampagnen varede. Om det fortæller hun:

*"Så sker der også det, at når ... (de) kommer ind, så er det et helt andet engagement, de går i gang med opgaven på. Så man kan sige, det tjener flere formål. Det er både det sociale liv og, kan man sige, fysisk sundhed. Men også den mentale sundhed i afdelingen. Og så arbejdsudbyttet ... jeg vinder noget ved det på den lange bane ... det handler meget om mental sundhed i den her afdeling. At man får lov til at være den person, man er. Man bliver ikke lavet om. ... Men man bliver også udfordret."*

Der ligger således bevidste sundhedsfremmende overvejelser bag de ledelsesmæssige beslutninger.

Også blandt medarbejderne i afdelingen bliver der ifølge Sundhedsfremme- og forebyggelseskoordinatoren talt meget sundhedsfremme – faktisk på næsten hvert eneste møde. Senest var emnet fx: Hvordan arbejder I sundhedsfremmende ude hos borgerne? Hendes eget svar på det er:

---

*“Det er jo meget at se på det hele menneskeligt, ikke? At se på, hvad der er af muligheder. I stedet for altid at kigge på, hvad det er, de ikke kan, så kigger vi lidt på, hvad det er, de kan. Og hvad er det, vi kan fremme? ... Lige nu arbejder vi også meget på, at vi skal til at have træning ind - før hjemmehjælp, altså.”*

Begge giver på denne måde klart udtryk for at sundhedsfremmetænkningen er en fuldt integreret del af kulturen i afdelingen.

Der er, som det ses af tabel 11, blevet uddannet seks sundhedsprofessionelle i Læring og mestring, og fire har været eller er stadig den gennemgående sundhedsprofessionelle i Lærings- og mestringsuddannelserne. Konceptet bliver ikke som sådan brugt andre steder i afdelingen, men den afklarende samtale som metode bliver brugt mere bredt i afdelingen af fx visitatorerne og i rehabiliteringen. Medinddragelsen af borgerne bliver også nævnt som en tankegang fra Læring og mestring, der har bredt sig i afdelingen. Sundhedschefen fortæller:

*“Det kunne for eksempel være det at tænke andre mennesker ind end professionelle. Så tror jeg meget på, at professionelle kan noget, og ikke-professionelle kan noget andet – og jeg tænker, at den ydmyghed, vi dybest set synes, der skal være hos professionelle i forhold til andres liv, den opmærksomhed – den er stærk her.”*

Hun giver således udtryk for, at inddragelse af andre kompetencer end de sundhedsfaglige er blevet en mere udbredt tankegang sammen med en generel ydmyghed i forhold til borgernes liv.

Der er blevet uddannet fire erfarne patienter, som alle har været eller stadig er aktive i alle facetter af Lærings- og mestringsuddannelserne. Der er til gengæld ikke et regelmæssigt formaliseret samarbejde med patientorganisationerne i Sundhedsafdelingen.

TABEL 11

**PATIENTUDDANNELSESTILBUD OG LÆRING OG MESTRING I LEMVIG KOMMUNE**

Patient-uddannelsestilbud	De fleste patientuddannelser foregår i Lemvig, men kan dog også foregå i lokaler på lokale plejehjem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lærings- og mestringsuddannelse for mennesker med kronisk sygdom</li> <li>• Lærings- og mestringsuddannelse for mennesker med KOL (36)</li> </ul>
Deltagere i L&M-uddannelser	68 mennesker med KOL og andre kroniske sygdomme.
Sundhedsprofessionelle	Der er uddannet 6 i Læring og mestring, hvoraf 4 har været eller er gennemgående sundhedsprofessionel på Lærings- og mestringsuddannelser.
Erfarne patienter	Der er uddannet 4 erfarne patienter, som alle har været eller er gennemgående erfaren patient på Lærings- og mestringsuddannelser.
Medlem af Styregruppen	Sundhedschefen har været medlem siden projektstart. Hun er uddannet sygeplejerske, har en lang ledelseserfaring og efteruddannelse bl.a. i ledelse og sundhedsfremme og forebyggelse - er i gang med en master i offentlig ledelse.
Medlem af Arbejdsgruppen	Sundhedsfremme- og forebyggelseskoordinatoren har været medlem siden projektstart. Hun er ansvarlig for at koordinere den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i kommunen, herunder ansvar for patientuddannelserne - er uddannet sygeplejerske, har efteruddannelse i bl.a. ledelse og sundhedsfremme og forebyggelse og er uddannet i Læring og mestring med det første hold.

### *11.1.6 Ringkøbing-Skjern Kommune*

I forbindelse med strukturreformen fusionerede fem vestjyske kommuner til landets geografisk største kommune. Den nye kommune har, som beskrevet i tabel 12, fordelt sin administration i de gamle kommuners rådhus og med borgmesterkontoret placeret i Ringkøbing. Fagområdet Sundhed og Omsorg er placeret i det gamle rådhus i Tarm, og den nye kommunes sundhedscenter "Sundhedscenter Vest" har til huse i det tidligere Tarm Sygehus sammen med bl.a. byens praktiserende læger, og har desuden lokaler i Ringkøbing.

Allerede i 2006 fik den kommende kommune 8,5 mio. kr. af Indenrigs- og Sundhedsministeriets puljemidler til forsøg med sundhedscentre, og Sundhedscenter Vest blev dermed et af landet første. Tarm ligger i kommunens sydligste del, så for at kunne nå ud til en større del af borgerne har sundhedscentret også lokaler på Regionshospitalet Ringkøbing. Som det fremgår af tabel 12, har lederen af sundhedscentret og størstedelen af de ansatte deres faste arbejdsplads i Tarm, de øvrige har deres daglige virke i Ringkøbing. Sundhedscentrets leder har direkte reference til fagchefen for Sundhed og Omsorg og har det overordnede ledelsesmæssige ansvar for fire driftsområder – et af dem er Sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet, og her ligger ansvaret for patientuddannelser og for Læring og mestring hos en af Udviklingskonsulenterne. Hun er desuden medlem af Lærings- og mestringsprojektets arbejdsgruppe - sundhedscentrets leder er medlem af Styregruppen.

TABEL 12

**PROFIL PÅ RINGKØBING-SKJERN KOMMUNE MED FOKUS PÅ SUNDHED OG PATIENTUDDANNELSE**

<b>Ringkøbing-Skjern Kommune</b>	Fusion af de tidligere Egvad, Holmsland, Ringkøbing, Skjern og Videbæk kommuner. Administrationen er fordelt på rådhusene i de tidligere kommuner, dvs. i henholdsvis Tarm, Hvide Sande, Ringkøbing, Skjern og Videbæk. Borgmesterkontoret er beliggende i Ringkøbing.
Organisering af sundhed	<p>"Sundhedscenter Vest" er en afdeling under Sundhed og Omsorg, der er ét af ti fagområder i kommunen. Direktionen har fire medlemmer med ansvar for flere fagområder. Fagchefen for Sundhed og Omsorg er nærmeste overordnede for lederen af sundhedscentret.</p> <p>"Sundhedspolitikken i kommunen er tværgående og har sammenhæng til andre overordnede politikker i Ringkøbing-Skjern Kommune." (37)</p>
Syn på sundhed	"Alle områder i vores hverdag har betydning for vores sundhed. Sundhed kan være fravær af sygdom, men det er mere end det. ... Sundhed krytter sig til selve livet. ... Det, der fremmer sundheden og kan være med til at forebygge, griber derfor ind i alle aldre og på alle områder i tilværelsen – i daginstitutionen, i skolen, på arbejdspladsen, i hjemmet og i fritidslivet." (37)
Vision	"Ringkøbing-Skjern Kommune er en kommune med sunde og livsglade borgere, der tager medansvar for egen sundhed." (37)
Organisering af patientuddannelse	<p>Sundhedscentret ligger i egne lokaler i Tarm, hvor lederen af sundhedscentret og ca. 75 % af medarbejdere har deres faste arbejdsplads – de øvrige holder til i Ringkøbing. Det er delt i fire områder: Kronikercenter og kræftrehabilitering, Træningsområdet, Sundhedsfremme og Forebyggelse samt Misbrugsbehandling.</p> <p>Ansvar for patientuddannelse og implementering af L&amp;M-konceptet ligger i teamet for Sundhedsfremme og Forebyggelse hos en udviklingskonsulent.</p>

Både lederen og Udviklingskonsulenten, hvis faglige baggrund kort er beskrevet i tabel 13, var allerede før strukturreformen inspireret af de norske Lærings- og Mestringscentre. De deltog i en studietur arrangeret af det tidligere Ringkøbing Amt til to Lærings- og Mestringscentre i Norge og fandt, at det var naturligt at prøve at implementere en ny tankegang i sundhedscentret samtidig med at kommunen fik nye opgaver i forhold til borgerrettet og patientrettet forebyggelse. Det var derfor naturligt for kommunen at deltage i Lærings- og mestringsprojektet, og det blev opfattet som en hjælp til at komme godt i gang. Udviklingskonsulenten var desuden medlem af den arbejdsgruppe, der udarbejdede projektbeskrivelsen.



Overordnet set er der i kommunen stor opbakning til at se på omsorgen for kronisk syge og på andre fagområder ud fra tankegangen bag Læring og mestring. Lederen fortæller:

*“Den (opbakningen) består i både vores fagchef og vores direktør. Det er meget anerkendt, at det er den måde, vi gør det på. Ikke ukritisk, men altså, at det er et valg, vi har taget, og det er det, vi bakker op om. ... Vi prøver faktisk på at få det bredt ud, sådan lidt mere på tværs i samarbejde med beskæftigelsesområdet og voksen handicap og psykiatri i denne tid. På samme måde arbejder vi med Sundhedspolitikken og på den måde, vi prøver at arbejde sundhedsfremmende og forebyggende på tværs – med sygemeldte medarbejdere.”*

Sundhedsfremmetænkningen er da også indskrevet i kommunens Sundhedspolitik 2007-2011 (37) sammen med ambitionen om, at den skal indarbejdes i alle kommunens fagområder – se tabel 12. Udviklingskonsulenten fortæller desuden, at Læring og mestring ikke kun er pæne ord i en Sundhedspolitik:

*“Ja, altså – Læring og mestring er ikke sådan et ukendt ord her. Det er noget, man taler om. Det er sådan hverdagsagtigt. Faktisk alle sammen ... vores fagchef, han holder foredrag om det. Det er lidt vildt. Men det er sådan et begreb, kan man sige, som er meget bredt ud.”*

Læring og mestring er således bredt meget ud i kommunen - ikke kun på papiret, men også i den praktiske hverdag.

Internt i sundhedscentret samarbejder lederen og udviklingskonsulenten om på hvilket niveau, Læring og mestring skal implementeres. Udviklingskonsulenten forklarer:

*“For eksempel også det her med, at der er rigtig mange, der er uddannede i Læring og mestring – det har været vores leders holdning, at så mange som muligt skulle af sted, og det er da godt, at vi har den viden herinde. Altså, der oplever jeg et samarbejde omkring det – også en forståelse af, hvad det er for et koncept. Havde det nu været en anden leder, som ikke havde den der forståelse for Læring og mestring, jamen, så tror jeg da ikke, at det er så ligetil.”*

Det var således en bevidst strategi fra starten at brede tankegangen bag Læring og mestring ud i sundhedscentret på tværs af fagområder, og Ringkøbing-Skjern Kommune er da også, som det fremgår af tabel 13, den kommune, der har uddannet flest sundhedsprofessionelle i Læring og mestring. Lederen mener ligeledes, at det er blevet en måde at arbejde på i sundhedscentret:

*"... Det er den måde, vi i det hele taget tænker og arbejder med borgere. Ikke kun med borgere, der er en del af projektet, men sådan altså – det er en del af vores tankesæt. Det er noget at det, jeg har gjort rigtig meget ud af at snakke om – at for det første af de her fire hoved- og driftsopgaver, vi har, at de ikke skal være sådan nogle søjler i søjlen. Altså sådan, at vi ikke bliver alt for lukkede om os selv i de enkelte mindre driftsområder, men at vi er meget åbne sådan for at trække hinandens kompetencer ind i diverse forløb. ... Så det er en del af vores koncept – tilgang til borgere. De bliver mødt med det."*

Sundhedscentrets leder giver på denne måde udtryk for, at Læring og mestring er blevet en del af den måde, der arbejdes på i sundhedscentret, og beskriver det desuden sådan:

*"... det er ikke sådan, at man bestemmer sig for, nu går jeg ind og arbejder med Læring og mestring. Det er en del af kulturen, at det er den måde, man håndterer relationer på. Det tror jeg, man kan sige."*

I Sundhedscenter Vest er Læring og mestring bl.a. blevet en måde at håndtere relationer på, og Udviklingskonsulenten mener desuden, at det generelle pædagogiske niveau er blevet løftet. De mere konkrete elementer fra L&M-konceptet, der er blevet bredt ud i sundhedscentret, er specielt brugen af den afklarende samtale og mest markant nok samarbejdet med erfarne patienter og patientforeningerne.

Alle uddannede erfarne patienter er, som det ses af tabel 13, blevet brugt som den gennemgående erfarne patient i Lærings- og mestringsuddannelser, og nogle deltager desuden i fx livsstilscafé dage, foredrag eller sammen med Udviklingskonsulenten som undervisere på sygeplejerskeuddannelsen i, hvordan man kan arbejde med indsatsen for kronisk syge. Der er endvidere etableret et forum for patientorganisationer, kaldet Mødestedet. Det er et lokale på sundhedscentret, som patientforeningerne kan bruge til deres aktiviteter. De bemander det selv og har bl.a. åben rådgivning, hvor borgere kan få gode råd og vejledning af patientforeningerne samt informationer om lokale aktiviteter afholdt af patientforeningerne. Som endnu et eksempel på det udbredte samarbejde fortæller lederen:

*"... vi har haft møde med patientorganisationerne i går aftes ude i Ringkøbing, fordi vi skal have sådan en patientkonference i Sundhedsugen. Der var kommet over 30. Altså, de er meget interesseret i at samarbejde. Det må man sige. Det er helt fantastisk, som de dukker op til sådan nogle ting. Så vi har meget samarbejde med dem."*

Udviklingskonsulenten betragter da også det udbredte samarbejde med erfarne patienter og patientorganisationerne, som det mest synlige tegn i hverdagen på, at tænkningen bag Læring og mestring er en integreret del af sundhedscentret.

## PATIENTUDDANNELSESTILBUD OG LÆRING OG MESTRING I RINGKØBING-SKJERN KOMMUNE

TABEL 13

Patient-uddannelsestilbud	Patientuddannelserne tilbydes både i Sundhedscentrets lokaler i Tarm og i Ringkøbing: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lærings- og mestringsforløb for borgere med KOL</li> <li>• Læringsforløb for borgere med en kronisk hjertesygdom</li> <li>• Læringsforløb for type 2 diabetikere</li> <li>• Kræftrehabilitering</li> <li>• Erhvervet hjerneskade</li> <li>• Lær at leve med kronisk sygdom (38)</li> </ul>
Deltagere i L&M-uddannelser	130 mennesker med KOL og andre kroniske sygdomme.
Sundhedsprofessionelle	Der er uddannet 17 i Læring og mestring, hvoraf 9 er eller har været den gennemgående sundhedsprofessionelle i L&M-uddannelser. De øvrige bruger elementer af konceptet i deres arbejde med fx rehabilitering og genoptræning.
Erfarne patienter	Der er uddannet 8 erfarne patienter, som alle har været eller er gennemgående erfaren patient i Lærings- og mestringsuddannelser.
Medlem af Styregruppen	Lederen af Sundhedscentret har været medlem siden projektstart. Hun er uddannet sygeplejerske, har en lang ledelseserfaring og en del videreuddannelse bl.a. i sundhedsfremme og forebyggelse - er i gang med en master i offentlig ledelse.
Medlem af Arbejdsgruppen	Udviklingskonsulenten har været medlem siden projektstart og var medlem af den arbejdsgruppe, der udarbejdede projektbeskrivelsen til L&M-projektet. Hun har ansvaret for den patientrettede forebyggelse og for koordinering af Læring og mestring - er uddannet sygeplejerske, har bl.a. en master i Sundhedsantropologi og er uddannet i Læring og mestring med det første hold.

### 11.1.7 Struer Kommune

I Struer Kommune, der er en fusion mellem de tidligere Struer og Thyholm kommuner, ligger rådhuset i Struer. Den nye kommune var i løbet af 2007 klar med eget sundhedscenter "SundhedscenterStruer" beliggende i egen bygning ca. en kilometer fra rådhuset. Som det ses af tabel 14, er sundhedscenteret organiseret som en afdeling under forvaltningsområdet Social og Sundhed og med en øverste leder, der har titlen Sundhedschef. Hun har

sammen med sine medarbejdere sin faste arbejdsplads i sundhedscentret, der internt er opdelt i et Træningsteam og et Sundhedsfremme- og forebyggelsesteam med hver sin funktionsleder. Sidstnævnte har bl.a. patientuddannelser og Læring og mestring som sit ansvarsområde.

I kommunens sundhedspolitik 2007-2010 (39) lægger man sig, som det fremgår af tabel 14, op af WHO's definition af sundhed, og man er inspireret af Antonovskys vægt på betydningen af, at borgerne har ressourcer til at mestre deres tilværelse. Visionen er, at sundhed er en del af hverdagen for borgerne, og et af de syv fokusområder er den patientrettede forebyggelse bl.a. til borgere med kronisk sygdom.

TABEL 14

### PROFIL AF STRUER KOMMUNE MED FOKUS PÅ SUNDHED OG PATIENT- UDDANNELSE

Struer Kommune	Fusion af de tidligere Struer og Thyholm kommuner med rådhus beliggende i Struer.
Organisering af sundhed	"SundhedscenterStruer" er en afdeling under Social- og sundhedsområdet, der indgår i et af kommunens tre direktørområder. Direktøren for Socialsundhedsområdet er nærmeste overordnede for lederen af sundhedscentret. Hun bærer titlen Sundhedschef. Der er etableret en tværgående sundhedsorganisation med et strategisk, flere taktiske og operationelle fora.
Syn på sundhed	Struer Kommune er inspireret af WHO's definition på sundhed og af professor Aaron Antonovsky i forståelsen af sundhed. "Sundhed grundlægges i barneårene, påvirkes af de voksnes sundhedsadfærd og udvikles gennem hele livet. Sundhed er mere end fravær af sygdom og svækkelse. Sundhed handler om fysisk, psykisk og socialt velvære og om at have resurser til at leve det liv, man har lyst til." (39)
Vision	"Sundhed er en del af hverdagen for alle i Struer Kommune – uanset sociale tilhørsforhold. Struer Kommune placerer sig i toppen i Region Midtjylland, når det gælder borgernes sundhed." (39)
Organisering af patientuddannelse	Sundhedscentret ligger i Struer ca. en km fra Rådhuset. Det ledes af kommunens Sundhedschef. Hun og hendes medarbejdere har deres faste arbejdsplads i Sundhedscentret, der er funktionsopdelt i et Træningsteam og et Sundhedsfremme- og forebyggelsesteam med hver sin funktionsleder. Sidstnævnte omfatter også høreomsorg og forebyggende hjemmebesøg. Ansvar for patientuddannelse og for implementering af L&M-konceptet ligger i teamet for Sundhedsfremme og Forebyggelse hos funktionslederen.

Om kommunens deltagelse i Lærings- og mestringsprojektet fortæller Sundhedschefen:

*“Jeg ved ikke, om den var særlig velovervejet. Altså, det er jo lang tid siden, 2006, at vi startede. Vi fik en invitation og sagde, at det var helt oplagt. ... Altså, der sad en organisation i en lille kommune som Struer, hvor der ikke var specialister med faglige kompetencer på det her – i det hele taget sundhedsfremme og forebyggelse, ikke bare patientuddannelse.”*

Det var således ikke pga. forhåndskendskab til projektet og tankegangen bag, at man valgte at deltage, men muligheden for et kompetenceløft i forhold til de nye kommunale opgaver som på sundhedsområdet. Hun er selv, som det fremgår af tabel 15, uddannet sygeplejerske. Til varetagelse af området valgte hun at ansætte en kandidat i folkesundhedsvidenskab. Hun blev medlem af L&M-projektets arbejdsgruppe, kom på uddannelse i Læring og mestring og blev siden funktionsleder for Sundhedsfremme og forebyggelsesteamet (herefter blot Funktionslederen).

I sundhedscentret er der uddannet 14 sundhedsprofessionelle i Læring og mestring, og størstedelen af dem er eller har været ansat i Sundhedsfremme- og forebyggelsesteamet. Ikke alle uddannede laver Lærings- og mestringsuddannelser, og Funktionslederen fortæller:

*“Der er nogen, der har fået den (uddannelsen) både for at kunne være buffer, hvis nogen er syge eller nogen rejser. Men også bare for at kunne bruge det i dagligdagen i mødet med borgere.”*

Den fælles forståelse af tankegangen bag Læring og mestring, herunder måden at møde borgerne på, er vigtig for hende at udbrede. Fx er én af træningsterapeuterne i Træningsteamet uddannet i Læring og mestring - begrundet i et ønske om brede tankegange bag Læring og mestring ud der. Der er i det hele taget arbejdet på at skabe et fælles grundlag for, hvad sundhedsfremme og forebyggelse er, i hele sundhedscentret. Om dette siger Funktionslederen:

*“De har fx fået undervisning i den motiverende samtale, så de, når de laver genoptræning, kan prøve at motivere borgeren til at lave de øvelser, de skal lave derhjemme – eller når de bliver udsat for at nogen ryger, så rekrutterer de til nogle indsatser, vi har i centret. Det samme med høreomsorg og forebyggende hjemmebesøg.”*

Elementer fra Læring og mestring spredt sig således gradvist i hele sundhedscentret, og Funktionslederen pointerer, at det var vigtigt, at hun selv startede med at tage uddannelsen i Læring og mestring. For selv om hun ikke selv længere laver L&M-uddannelser, er det væsentligt, at hun kan være sparringspartner for dem, der arbejder med det konkret.

Udover i patientuddannelse er man også inspireret af Læring og mestring i fx de forebyggende hjemmebesøg, rygestopkurser, vægtstopkurser og i forløb for langtidssygemeldte, der er lavet for jobcentret. På spørgsmålet om, hvorvidt Sundhedschefen i sin måde at være leder på er præget af sundhedsfremmetankegangen svarer hun selv:

*"Jeg synes, det handler meget om det syn, vi anlægger. De værdier, vi har. Hvordan er det? ... for mig betyder det rigtig meget, at jeg ved, hvor personalet er henne i forhold til de krav og forventninger, der stilles til vores indsats eksternt og internt. Altså, både hvordan ser vi nutiden, og hvordan trives vi i det her? Både fagligt og personligt. Men også, hvor skal vi hen? Hvad optager folk lige nu?"*

Så en opmærksomhed på den enkelte medarbejders faglige og personlige trivsel og hvad, de er optaget af, vægtes bl.a. med blik for, hvad fremtiden skal bringe.

Det er først og fremmest de sundhedsprofessionelle, der laver L&M-uddannelserne, der har det egentlige samarbejde med de erfarne patienter og dialog med dem om, hvor deres erfaringer bedst kan bruges. Som det ses af tabel 15, bruges ikke alle erfarne patienter til L&M-uddannelser. Der er fx startet en Læringscafé, hvor én af de erfarne patienter kommer og muligvis bliver den, som fortsætter den. Læringscafeen bliver fra sommeren 2011 fysisk placeret i kommunens frivillighedscenter og er et element i forsøget på at lave et bindeled mellem patientuddannelserne og frivillighedsområdet. I forhold til samarbejdet med patientorganisationerne så kan det, ifølge Sundhedschefen, med fordel udbygges. Patientorganisationerne indgår i Sundhedsorganiseringen i Struer Kommune, og Sundhedschefen arbejder for, at kommunen laver et kodeks for borgerinddragelse og regner med, at man kommer et stykke derhen af i arbejdet med revision af Sundhedspolitikken.

## PATIENTUDDANNELSESTILBUD OG LÆRING OG MESTRING I STRUER KOMMUNE

TABEL 15

Patient-uddannelsestilbud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KOL-rehabilitering (brug af L&amp;M-konceptet, men uden erfaren patient)</li> <li>• Diabetesforløb for borgere med type 2-diabetes og præ-diabetes</li> <li>• Lærings- og mestringsuddannelser på tværs af diagnoser</li> <li>• Energitræning for kræftpatienter (40)</li> </ul>
Deltagere i L&M-uddannelser	47 mennesker med forskellige kroniske sygdomme.
Sundhedsprofessionelle	Der er uddannet 14 sundhedsprofessionelle i Læring og mestring, hvoraf hovedparten har været eller er gennemgående sundhedsprofessionel på Lærings- og mestringsuddannelserne. De øvrige bruger elementer af konceptet i sundhedscentrets andre driftsområder.
Erfarne patienter	Der er uddannet 8 erfarne patienter, hvoraf hovedparten har været eller er gennemgående erfaren patient i Lærings- og mestringsuddannelserne.
Medlem af Styregruppen	Sundhedschefen har været medlem fra projektstart. Hun er uddannet sygeplejerske, har en lang ledelseserfaring og videreuddannelse i bl.a. sundhedsfremme og forebyggelse samt en MPM (Master of Public Management).
Medlem af Arbejdsgruppen	Funktionslederen for Sundhedsfremme- og forebyggelsesteamet har været medlem fra projektstart. Hun er kandidat i Folkesundhedsvidenskab og blev uddannet i Læring og mestring med det andet hold.

### 11.1.8 Ligheder og forskelle mellem kommunerne

Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer kommuner er seks vestjyske kommuner, der i forbindelse med strukturreformen har gennemført en sammenlægning af mellem to og fem kommuner hovedsageligt fra det tidligere Ringkøbing Amt. De er meget forskellige i indbyggertal, areal og befolkningstæthed. Til gengæld er andelen af borgere med KOL, sukkersyge, hjertekarsygdomme næsten ens. Fem af kommunerne har i udpræget grad en fælles erfaring med tværkommunalt og tværsektorielt samarbejde. Det drejer sig især om en lang tradition for at udbrede og implementere den sundhedsfremmende tankegang i arbejdet med sundhed og ældre. Alle seks kommuner har da også WHO's brede og positive definition af begrebet sundhed som grundlag for deres

sundhedspolitik, og halvdelen af kommunerne fremhæver desuden Antonovskys teorier om sundhedsfremme samme sted.

Halvdelen af kommunerne har organiseret deres sundhedsområde i et sundhedscenter - de øvrige har enten en sundhedsafdeling eller en sundhedsstab. Fire af lederne har direkte reference til direktøren for området, og fem af dem har deres kontor i sundhedscentret/-afdelingen sammen med hovedparten af medarbejderne. I fem af kommunerne er lederens baggrund en sygeplejerskeuddannelse med efteruddannelse typisk i sundhedsfremme og forebyggelse og ledelse på forskellige niveauer. Ens for alle seks ledere er, at de har en mastergrad eller er i gang med at tage det. Blandt de kommunale nøglepersoner for Læring og mestring / arbejdsgruppemedlemmerne har fire en baggrund som sygeplejerske. De har alle en del efteruddannelse, typisk i sundhedsfremme og forebyggelse, procesledelse og sundhedspædagogik, og de tager uddannelsen i L&M med det første hold. En femte nøgleperson – med en baggrund som kandidat i folkesundhedsvidenskab – tager uddannelse i L&M på andet hold, mens nøglepersonen i den sjette kommune ikke uddannes i L&M.

Patientuddannelse varetages i fem af kommunerne af en enhed for sundhedsfremme og forebyggelse. I den sjette varetages patientuddannelse i en genoptræningsenhed. Dette kan, ifølge lederen, være en udfordring for både ledere og medarbejdere. I alle kommunerne er de gennemgående undervisere på L&M-uddannelserne fysisk samlet på samme lokalitet i størstedelen af deres arbejdstid, og de oplever at have mulighed for uformelt samvær, dialog og faglig sparring i dagligdagen. I fem af kommunerne har L&M stor ledelsesmæssig bevågenhed, og her er implementeringen af L&M som en kultur i sundhedscentret/-afdelingen en bevidst strategi. I den sjette kommune er implementering af L&M-konceptet i patientuddannelse først og fremmest båret af ildsjæle.

## 11.2 Implementering af Lærings- og mestringskonceptet

### 11.2.1 Forudsætninger

Der er bred enighed i kommunerne om, at en af forudsætningerne for en vellykket implementering af L&M-konceptet i patientuddannelser er, at konceptet er ledelsesmæssigt forankret. Funktionslederen fra Struer udtrykker det således:

*"Det er vigtigt, at sundhedschefen har indsigt i, hvad det går ud på og ligesom vedkender sig, hvad det vil fylde og koste at få det implementeret, og så ligesom engagere sig i, at så skal man det. Så kan man beslutte sig for, at hvis man skal det, er det med alt det, det indebærer. Det handler både om, at folk skal uddannes, og de skal fortsætte med kompetenceudvikling, og hvis der er nogen, der forsvinder, er man nødt til at uddanne nye."*



---

Hun pointerer på denne måde det væsentlige i, at ledelsen både har indsigt i L&M-konceptets idé og indhold, men også vedkender sig, at implementering af konceptet medfører nogle driftsomkostningen for sundhedscentret/-afdelingen.

Den obligatoriske uddannelse i Læring og mestring er et af de områder, hun nævner. I den forbindelse er der ligeledes bred enighed om, at det at finde de rigtige medarbejdere til at lave L&M-uddannelser er en anden væsentlig forudsætning. Om det, siger udviklingskonsulenten i Ringkøbing-Skjern Kommune:

*“Det afhænger selvfølgelig af, hvem man tilbyder kurset. Altså, at der er nogle mennesker ansat til det (at lave Lærings- og mestringsuddannelser), som tør prøve noget andet end det, man er vant til.”*

Her nævner hun det, at de sundhedsprofessionelle skal turde noget andet end de er vant til. Det betones da også hos de fleste, hvor væsentligt det er, at man finder de medarbejdere, der gerne vil arbejde på den måde, og som har kompetencerne til det - netop fordi de har erfaret, at L&M-konceptet kræver noget andet af de sundhedsprofessionelle end det, de typisk har været vant til (læs om dette i DEL I).

I direkte forlængelse heraf peges der også næsten hele vejen rundt på, at kompetencerne og konceptet kræver tid og rum til vedligeholdelse af kompetencer og koncept. Der nævnes, at det er væsentligt at have et egentligt fagligt miljø omkring Læring og mestring. Sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenten fra Holstebro Kommune siger:

*“Man skal huske at få uddannet flere, så det ikke hænger på én person, men også for at så kan man give sparring til hinanden. Vi har diskuteret Læring og mestring til bevidsthed her i huset, ligesom vi har diskuteret, hvad sundhedsfremme og forebyggelse er for et begreb. Så vi har haft et fagligt forum internt i huset, hvor vi ved, at vi har kunnet sætte det på spidsen og har kunnet diskutere det og drøftet, hvordan vi forstod det her begreb.”*

Hun fremhæver det væsentlige i at kunne få sparring og i det hele taget at have et forum, hvor konceptet og principperne kan diskuteres. Andre lægger mere vægt på at få skabt en bred holdning i fx sit sundhedscenter, så Læring og mestring er noget de fleste er uddannet i, og som gradvist får den betydning, at Lærings- og mestringstankegangen bliver en del af den almindelige tale.

Mulighed for egentlig supervision, det at tro på idéen, at have gå-på-mod og at have legitimitet hos såvel deltagere og erfarne patienter som hos de praktiserende læger nævnes desuden som vigtigt for en vellykket implementering.

### 11.2.2 Udfordringer

Flere svarer spontant på spørgsmålet om, hvad der har været den største udfordring ved implementering af L&M-konceptet, at det *ikke* har været en udfordring. Begrundelsen er typisk, at der i forvejen i de tidligere sundhedsafdelinger (før strukturreformen) gennem flere år havde været fokus på sundhedsfremme, som er den dominerende tankegang bag Læring og mestring. Når det så er sagt, blev der heller ikke fra flere af arbejdsgruppemedlemmerne side lagt skjul på, at det at være med i projektet fra starten af og derfor skulle være med til at udvikle konceptet samtidig med, at man skulle undervise deltagerne efter en metode, der stadig var "fluffy", var en stor udfordring. Som Udviklingskonsulenten i Ikast-Brande Kommune udtrykker det:

*"Man skal implementere noget, som bliver udviklet samtidig med, at vi implementerer det."*

For de fleste kommuner gjaldt det desuden, at de nye organisationer efter strukturreformen ikke var helt på plads, og flere af arbejdsgruppemedlemmerne var i starten af projektet eneste medarbejder med ansvar for den nye opgave, som patientuddannelser var for kommunen.

Rekruttering af deltagere til Lærings- og mestringsuddannelserne bliver generelt betragtet som en stor udfordring. Udviklingskonsulenten i Ringkøbing-Skjern Kommune udtrykker endda:

*"Rekruttering er et stort problem, og jeg tror, det er vores evige udfordring."*

En anden udfordring i forhold til rekruttering udtrykkes af Udviklingskonsulenten fra Ikast-Brande Kommune:

*"Vores hovedudfordring er at få fat i de borgere, der har mest brug for os. Og det er dem, der ikke kontakter os. Det, synes jeg faktisk, er den største udfordring i forhold til Læring og mestring."*

Rekruttering betragtes således generelt som en af de helt store udfordringer i forhold til Lærings- og mestringsuddannelserne – en udfordring, der er særlig stor, når det gælder at rekruttere de borgere, der typisk ikke selv henvender sig hverken til egen læge eller i fx et sundhedscenter. I næste afsnit beskrives, hvordan der er blevet arbejdet med rekruttering af deltagere.

Nogle betegner det, at finde de rigtige erfarne patienter som en udfordring, andre håndtering af de mange spørgeskemaer til patienterne. I både Ikast-Brande og Struer kommuner har man således afviklet patientuddannelser til mennesker med KOL efter alle L&M-kon-

ceptets elementer, men man har måttet undlade det centrale element vedr. planlægning, gennemførelse og evaluering sammen med en erfaren patient netop pga. at det ikke lykkedes at finde en egnet (jf. tabel 9 og 15).

I Ringkøbing-Skjern Kommune har Udviklingskonsulenten dog haft en anden type problematik, som sin største udfordring. På spørgsmålet svarede hun:

*”Det har da været det der kompromis. Altså, hele tiden at skulle sige: nå, men okay – der er noget, der er rigtigt efter et ”koncept”, og så er der virkeligheden. Den virkelighed her (i sundhedscentret). Hvordan får vi de to ting til at passe sammen?”*

Hun har således oplevet en diskrepans mellem det at efterleve elementerne i L&M-konceptet og det, der var muligt i forhold til den virkelighed, hun stod i. Udfordringen har været at finde et kompromis, der tilgodeser begge krav. Ingen andre nævner den problematik. Den, der måske kommer nærmest, er den Ledende terapeut i Herning Kommune. Hun beskriver sin største udfordring således:

*”Det, der har været den største udfordring, har været den der delte opgave, jeg har i min enhed – med dels at køre de her forløb og samtidig have en genoptræningsopgave, som fylder rigtig meget, og hvor der er meget pres på.”*

Hun oplever det som en udfordring for sig selv som leder, men også for sine medarbejdere, at have én medarbejdergruppe, der har brug for tid og rum til at arbejde med Lærings- og mestringsuddannelser, og en anden medarbejdergruppe, der er presset i forhold til de generelle genoptræningsydelse i kommunen. Set i lyset af, at konceptet på mange planer er krævende for de sundhedsprofessionelle og bl.a. kræver en del tid til samarbejde med de erfarne patienter, men også, som beskrevet i forrige afsnit, forudsætter tid og rum til vedligeholdelse, er det sandsynligt, at brug af L&M-konceptet i patientuddannelser kan være en stor udfordring, når der er pres på de økonomiske og menneskelige ressourcer.

### 11.2.3 Rekruttering af deltagere

Herning Kommune valgte som den eneste, at alle deltagere i deres patientuddannelsesstilbud skulle henvises fra egen læge eller fra et af hospitalerne. De øvrige kommuner valgte, at også sygeplejersker, terapeuter og fx sagsbehandlere i egen kommune kunne henvise borgere, og at borgere ved direkte henvendelse i sundhedscentret/sundhedsafdelingen kunne blive tilbudt en Lærings- og mestringsuddannelse. Lederen af Genoptræningsenheden i Herning Kommune fortæller:

*”Langt de fleste (deltagere) har vi fået direkte fra egen læge, og hvor vi har nogle bestemte skemaer, de skal udfylde. Og det har været noget med at tage rundt og informere læger om, at vi har det her tilbud, og holder nogle møder for praksissy-*

*geplejersker om, hvad tilbudet indeholder, og hvad de kan henvise til. Og jeg synes egentlig, det kan mærkes, at det er ved at være kendt."*

Hun oplever ikke, at der har været de store udfordringer med at rekruttere deltagere, og nævner også, at mund-til-mund metoden har givet deltagere, fordi mange, der har gået på hold, opfordrer andre til at gå til egen læge og få lavet en henvisning.

De øvrige kommuner har, ligesom Herning Kommune, lagt et stort arbejde i, at informere de praktiserende læger. Sundhedschefen i Holstebro Kommune fortæller:

*"Vi er ikke i tvivl om, at de praktiserende læger er én af de rigtige veje for os, og det har vi arbejdet meget bevidst med. Vi har bl.a. fundet ud af, at for dem skal det være nemt. Der må fx ikke være ret mange klik ind til, at de kan få et svar. Og når de har klikket sig frem, så skal det stå ganske, ganske kort. Og læger sætter fx pris på, at de kan give borgerne noget med. Så det er godt, at man kan printe det hurtigt ud og give borgeren med. Og det har vi prøvet at leve op til."*

Let og hurtig adgang til information på nettet og mulighed for at printe materiale ud til patienterne er nogle af de tiltag, der er gjort. Alle kommuner beskriver desuden, at besøg i lægehusene, årlige eller halvårslige møder med grupper af praktiserende læger og brug af praksiskonsulenten er helt nødvendige aktiviteter. Det beskrives også samstemmende, at det har været en meget, lang proces at få de praktiserende læger til at kende Lærings- og mestringsuddannelserne – en proces, som er ved at lykkes. Funktionslederen fra Struer Kommune mener:

*"Det handler meget om, at lægerne tror på os. Og det gør de. Det gør de nu. Nu begynder de jo også at få de gode historier fra borgerne, der har været her, tilbage, så kommer de nemmere. Men i starten handlede det meget om at få dem til at tro på os."*

Den helt store udfordring i forhold til rekruttering af deltagere til Lærings- og mestringsuddannelserne viste sig således at være opgaven at vinde de praktiserende lægers tillid til, at det faglige niveau i tilbudene er i orden. Et væsentligt bidrag til at kommunerne oplever, at det er ved at lykkes, er sandsynligvis også, at deltagerne fortæller i deres netværk og til deres praktiserende læge, hvad de har fået ud af at gennemgå L&M-uddannelsen.

Alle kommuner har arbejdet med rekruttering af deltagere på mange forskellige måder. Der er bl.a. blevet annonceret i lokale ugeaviser, lavet brochurer og fået gode historier, hvor borgere fortæller, hvad de har oplevet, i den lokale dagspresse. Enkelte kommuner har desuden haft fokus på at rekruttere borgere, der ikke typisk kommer på holdene. Det har de gjort ved at komme ud på virksomheder og uddannelsessteder, der er kendetegnet

ved et lavt uddannelsesniveau, og et samarbejde med fx Arbejdsmarkedsafdelingen om langtidssygemeldte borgere.

#### *11.2.4 Deltagere og holdtyper*

Omfanget af den konkrete implementering varierer fra kommune til kommune. Som det ses af tabellerne 5, 7, 9, 11, 13 og 15, er der stor forskel på, hvor mange deltagere den enkelte kommune har haft på Lærings- og mestringsuddannelser, og på hvor mange typer af Lærings- og mestringsuddannelser, man har tilbudt. Som et redskab til at kunne sammenligne de enkelte kommuner på antallet af deltagere, kan antallet sættes i forhold til kommunens indbyggerantal. Kommunerne har jf. afsnit 11.1.1 en nogenlunde ens udbredelse af KOL, sukkersyge, hjertekrampe og blodprop i hjertet, men der korrigeres med denne grove metode ikke for fx alderssammensætning og køn, ligesom der heller ikke er taget højde for, at der i Herning Kommune er inkluderet deltagere i et år mindre end de øvrige kommuner. Med disse forbehold in mente har Herning og Ikast-Brande kommuner haft markant færre borgere på L&M-uddannelser i inklusionsperioden end de øvrige kommuner. Forskellen ligger i en størrelsesorden, hvor de øvrige kommuner relativt set har haft tre til fire gange flere borgere på L&M-uddannelse.

De to kommuner har ligesom Struer Kommune udelukkende tilbudt borgerne én type af Lærings- og mestringsuddannelse. I Herning Kommune drejer det sig om uddannelser til mennesker med KOL, hvorimod Ikast-Brande og Struer kommuner tilbød uddannelser på tværs af diagnoser. De to sidstnævnte kommuner tilbød også patientuddannelser til mennesker med KOL, men pga. vanskeligheder med at finde en egnet erfaren patient blev de gennemført uden – de betegnes derfor ikke som L&M-uddannelser. I Holstebro og Lemvig kommuner har man tilbudt både patientuddannelser til mennesker med KOL og på tværs af diagnoser efter L&M-konceptet, og i Ringkøbing-Skjern Kommune har man yderligere tilbudt L&M-uddannelser til mennesker med sukkersyge og hjerteproblemer.

#### *11.2.5 Efterlevelse og udbredelse af Lærings- og mestringskonceptet*

De interviewede blev alle bedt om at vurdere, i hvor høj grad de - på en skala fra nul til ti, hvor ti er det højst opnåelige – opfylder elementerne i L&M-konceptet. Næsten alle svarede spontant og straks, og i de fire kommuner, hvor både styregruppe- og arbejdsgruppemedlem blev interviewet, var der indbyrdes overensstemmelse mellem svarene. Det viser, at alle var meget bevidste om, hvad L&M-konceptet indebærer, hvad det konkret indebærer at efterleve konceptet fuldt ud, og at der i alle kommuner er en høj grad af bevidsthed omkring problematikken.

Svarene fordelte sig således: I Holstebro, Ikast-Brande og Lemvig kommuner blev der svaret, at man er tæt på ti, i Struer Kommune var vurderingen otte til ti, og i Herning og Ringkøbing-Skjern kommuner, at man ligger på syv til otte. På spørgsmålet til de tre sidste kommuner om, hvad der skal til for at komme op på ti, var svaret både i Herning og Ring-

købing-Skjern kommuner, at der nok manglede noget inddragelse af de erfarne patienter i planlægning og evaluering af hver enkelt L&M-uddannelse. I Struer Kommune er de erfarne patienter fuldt inddraget i planlægning og evaluering, men der vurderer Funktionslederen, at man i nogle af L&M-uddannelserne kan blive dygtigere til at bruge både de erfarne patienters og deltagernes fortællinger, så deres erfaringer med mestring af livet med kronisk sygdom kommer mere i spil. Fra projektledelsens side vurderes dette forbedringspotentiale at omfatte alle seks kommuners måde at efterleve konceptet på, hvorfor Struer Kommune vurderes til reelt at indgå i gruppen, hvor efterlevelsescgraden nærmer sig ti.

Der er desuden forskel på, om man i kommunerne ønsker en fuldstændig efterlevelse af L&M-konceptet, eller ej. Hovedparten bestræber sig på at efterleve konceptets elementer fuldt ud, hvorimod man i Ringkøbing-Skjern Kommune er sig helt bevidst om *ikke* at gøre det. Man har valgt at integrere tankegangen bag Læring og mestring bredt i sundhedscentret i stedet for at have fokus på at efterleve konceptet 100 %. Sundhedscentrets leder siger til det:

*"Det er ikke noget, jeg føler anledning til at lave om på, fordi jeg kan høre, at dem (de erfarne patienter) der kommer her, de brænder for det, og de er aktive og indgår i det - og de laver selvhjælpsgrupper og sådan nogle ting efterfølgende. Så jeg synes, at det virker sådan meget godt alligevel."*

Sundhedscentrets udviklingskonsulent tror heller ikke, at de kommer op på en 100 % efterlevelse af L&M-konceptet. Hun mener, det vil kræve en anden organisering:

*"Så bliver vi nødt til at lave det lidt mere "osteklokkeagtigt", fordi så bliver vi nødt til at sige, at så er der nogle få mennesker, der arbejder udelukkende med Læring og mestring, og så tænker de ikke den der integration (i hele sundhedscentret) ind, som vi har gjort."*

Begge peger således på, at man bevidst har valgt at prioritere at implementere tankegangen bag Læring og mestring bredt i medarbejderstaben i hele sundhedscentret frem for at give færre medarbejdere mulighed for at perfektionere L&M-konceptet ved at de udelukkende arbejder med det.

I Holstebro Kommune har man valgt en anden strategi. Sundhedschefen siger:

*"Konceptet, det er beskrevet, og det er rigtig vigtigt for os at leve op til. Og når vi fraviger det, er vi bevidste om det, og kalder det ikke Læring og mestring. Vi kalder det Lærings- og mestringsinspireret."*

Både sundhedschefen og sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenten fremhæver da også – på spørgsmålet om de vigtigste forudsætninger for at implementere L&M-konceptet

i patientuddannelse – som de eneste det nødvendige i at have én person i sin organisation med ansvar for, at konceptet og kravene til det overholdes. Det er sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenten, der har det ansvar, og én af metoderne til det er, at hun deltager på alle Lærings- og mestringsuddannelser, hvor den sundhedsprofessionelle er den gennemgående fagperson for første gang, som medunderviser eller observatør med henblik på at give supervision (se også afsnit 11.3.2). Sundhedschefen begrundet prioriteringen således:

*“Hvis ikke man som organisation er bevidst om, at her (i brugen af L&M-konceptet) bliver vi simpelthen nødt til – foruden at give den generelle uddannelse (i Læring og mestring) – hele tiden at være med til at udvikle undervejs. Hvis ikke vi gør det, har vi noget, vi kalder Læring og mestring, men jeg vil sætte spørgsmålstegn ved, om det er det.”*

Man har således i Holstebro Kommune valgt både at bruge ressourcer på at opfylde L&M-konceptet, som det er beskrevet, men også på fortsat at udvikle og perfektionere metoderne til det. Det er, som beskrevet i afsnit 11.1.3, ikke gjort på bekostning af den brede implementering af L&M-konceptet i sundhedscentret, men man har prioriteret ressourcer til begge dele.

Som tidligere nævnt giver hovedparten af kommunerne udtryk for, at de bestræber sig på at efterleve konceptet, så godt som muligt. Kun Ringkøbing-Skjern Kommune havde en bevidst anden tilgang til brug af L&M-konceptet, og Holstebro Kommune var den kommune, der mest konsekvent havde organiseret sig på en måde, der sikrede både efterlevelse og udbredelse af konceptet. Der findes ikke umiddelbart noget i interviewene, der forklarer denne forskel i strategi. Både sundhedschefen i Holstebro og udviklingskonsulenten i Ringkøbing-Skjern Kommuner deltog i den arbejdsgruppe, der før projektet bl.a. var på studiebesøg i Norge og efterfølgende deltog i udarbejdelsen af projektbeskrivelsen. Begge kommuner var klar med deres sundhedscentre, da strukturreformen trådte i kraft, og havde ansat medarbejdere med uddannelse og erfaring i at arbejde med sundhedsfremme, så på de fleste områder ligner deres udgangspunkt for implementering af L&M-konceptet hinanden meget.

Til gengæld har man både i Holstebro og Ringkøbing-Skjern kommuner fra starten af L&M-projektet ønsket gradvist at udbrede L&M-konceptet i hele sundhedscentret, og man har ligesom i sundhedscentret i Struer endvidere samarbejdet med andre sektorer omkring Læring og mestring, som omtalt i afsnit 11.1.7.

Et af de helt centrale (og oprindelige) elementer i tankegangen bag Læring og mestring er integrering af borgerperspektivet i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. I Holstebro, Ikast-Brandø og Ringkøbing-Skjern kommuner er der i løbet af projektperioden gradvist opbygget et omfattende og systematisk samarbejde med flere patientorganisationer (se henholdsvis afsnit 11.1.3, 11.1.4 og 11.1.6). Det omfatter helt generelt arbejdet med

den patientrettede forebyggelse og specielt arbejdet med L&M-uddannelserne. I Ringkøbing-Skjern og Struer kommuner er der desuden etableret et egentlig mødested med egne lokaler – kaldet henholdsvis "Mødestedet" og "Læringscafé" (se afsnit 11.1.6 og 11.1.7). I Ringkøbing-Skjern Kommune bruger patientforeningerne Mødestedet til deres aktiviteter, og i Struer Kommune har Læringscafeen fået eget lokale i byens frivillighedscenter.

### 11.2.6 Sammenfatning

I forhold til omfanget af kommunernes implementering af Læring og mestring tilbyder halvdelen af kommunerne mere end én type L&M-uddannelser. To af kommunerne tilbyder udelukkende L&M-uddannelser til mennesker med kronisk sygdom på tværs af diagnoser og én kommune tilbyder udelukkende L&M-uddannelser til mennesker med KOL. Der er desuden forskel på, hvor mange deltagere kommunerne har rekrutteret. Fire kommuner har rekrutteret tre-fire gange flere end de øvrige to kommuner. Endelig er der forskel på, hvorvidt L&M-konceptet er efterlevet fuldt ud eller ej – fire kommuner scorer sig selv til en efterlevelse på næsten ti ud af ti, mens to kommuner scorer sig selv til syv til otte. I det lidt bredere perspektiv viser det sig, at halvdelen af kommunerne samarbejder med andre forvaltningsområder – fx arbejdsmarkedsafdelinger – om indsætter, hvor tankegangen bag Læring og mestring integreres. I forhold til implementering af den centrale og oprindelige tankegang bag Læring og mestring har halvdelen af kommunerne et systematisk samarbejde med patientorganisationer, og to kommuner har oprettet et mødested med egne lokaler til patienter og/eller patientorganisationer.

## 11.3 Forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer

Med udtrykket *forankring* af de sundhedsprofessionelles kompetencer menes, som beskrevet i afsnit 9, *vedligeholdelse* af de erhvervede kompetencer på uddannelsen i Læring og mestring og den efterfølgende erfaring med at undervise på Lærings- og mestringsuddannelser, og *videreudvikling* af kompetencerne, så de kontinuerligt modsvarer de forandringer i krav og behov, der med tiden vil komme både fra organisationen selv og udefra.

### 11.3.1 Forudsætninger

Der er umiddelbart mange forskellige oplevelser af, hvad der kræves af sundhedscentret/-afdelingen for at lykkes med at forankre de sundhedsprofessionelles kompetencer i at lave Lærings- og mestringsuddannelser. Sundhedschefen i Holstebro Kommune betoner vigtigheden af, at udgangspunktet skal være i orden:

*"Det er rigtig, rigtig vigtigt at sørge for, at grundkompetencerne er i orden. Den sundhedsfaglige baggrund har vi jo taget ind som grundlaget, dernæst nogle erfaringer inden for det felt, man er uddannet i. ... Når der er så stor deltagerinvolvering, som man ser her, så kræver det en sikkerhed ind i det faglige, men også i forhold til metoden her – det kræver, at man kan lege."*



Hun betoner således vigtigheden af, at de sundhedsprofessionelle skal have deres grundkompetencer i orden herunder at have erfaringer inden for sit felt. Det er en holdning, der er helt parallel med den brede enighed, det var blandt de interviewede om, at det at finde de rigtige medarbejdere er en væsentlig forudsætning for implementering af L&M-konceptet. Lederen af sundhedscentret i Ringkøbing-Skjern Kommune peger på et par andre væsentlige forudsætninger:

*”Der skal jo det til, at dem, der kommer af sted (på L&M-uddannelse), kan se ideen i det, og at de får opbakning fra ledelsen til, at det er den måde, vi arbejder på.”*

Ledelsesopbakning og en tro på ideen bag konceptet blev ligeledes betragtet som væsentlige forudsætninger for implementering, og bliver her igen trukket frem som noget grundlæggende for at kunne forankre de sundhedsprofessionelles kompetencer.

Sundhedschefen i Lemvig Kommune peger på nogle mere værdimæssige og kulturelle forhold som forudsætninger for en vellykket forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer. Som det første nævner hun:

*”Det at møde og anerkende mennesker, som de er. Det – med hele sin attitude – at sige: Jeg hører, hvad du siger. Jeg tror på det, du siger. Og jeg tager udgangspunkt i det, du siger. ... Og så den der tænkning om, at man kan lave om på sig selv, men man skal ikke lave om på andre.”*

Hun finder det væsentligt, at kulturen er gennemsyret af en anerkendende tilgang til hinanden som kolleger og til borgerne, men også en mere værdimæssig holdning om, at man ikke skal lave om på andre. Hun nævner desuden humor og det at have det sjovt, som styrkende elementer i bestræbelserne på at skabe bedre muligheder for at lære. Mere overordnet peger hun på det gode arbejdsmiljø som en forudsætning, og begrundet det med, at *”i samværet med kolleger henter man jo rigtig megen viden.”*

### 11.3.2 Udfordringer

De interviewede er også her spurgt om, hvad den største udfordring er i forhold til at forankre kompetencerne i Læring og mestring i den nære organisation, og størstedelen oplever *ikke*, at forankring af kompetencerne er et problem – nærmest tværtimod. Det er *ikke* et problem at rekruttere medarbejdere til undervisning sammen med erfarne patienter på Lærings- og mestringsuddannelser, og det er *ikke* et problem at fastholde dem, når de har prøvet at være den gennemgående sundhedsprofessionelle, for helt generelt er medarbejderne begejstrede for at arbejde med L&M-konceptet. Faktisk oplever man i enkelte kommuner, at det at lave L&M-uddannelser er blevet et efterspurgt arbejdsområde.

En enkelt udfordring udtrykkes dog af Sundhedschefen i Lemvig Kommune, der ser det som en særlig ledelsesmæssig opgave at have øje for sine medarbejdere. Hun siger:

*"Der, hvor jeg kan have en udfordring, er, når jeg ser, at nu er der nogen, der begynder sådan at se trætte ud. Så må jeg få fat i dem og sige: Prøv lige at fortæl mig, hvor er du henne?"*

Så det at have føling med, hvad der optager medarbejderne, og hvordan de har det, er også i denne sammenhæng et ledelsesansvar, som det er nødvendigt at påtage sig.

### 11.3.3 Intern kompetenceudvikling

Det uformelle samvær med kolleger, muligheden for dialog og faglig sparring nævnes af de fleste arbejdsgruppemedlemmer (jf. afsnit 11.2.1) som helt afgørende for, at kompetencerne til at lave Lærings- og mestringsuddannelser understøttes og udvikles i den nære organisation. Funktionslederen fra Struer Kommune pointerer i den sammenhæng, at de muligheder forudsætter, at medarbejderne har deres primære funktion i selve sundhedscentret/-afdelingen og ikke fx i hjemmeplejen. Hun begrundet det således:

*"Der er en bedre mulighed for dialog og sparring omkring, hvad der er sket, og hvad vi kan gøre - om det så er i frokoststuen eller på gangen. Det der uformelle rum til at have en dialog med ens arbejde om det, man laver, det gør, at indsatsen bliver bedre. ... Man skal være en del af det (kulturen og teamet i sundhedscentret) for at fornemme det. Man skal hige efter den der kvalitet i at dygtiggøre sig selv - kunne spejle sig i de andre som også laver forløb. Hvis man sidder alene, så er det nemmere at sige: "det jeg gør, er godt nok.""*

Det er således bred enighed blandt arbejdsgruppemedlemmerne om, at forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer fordrer, at de har den største del af deres arbejdstid og tilknytning i selve sundhedscentret/-afdelingen og er en del af et fagligt team, men også at kulturen er præget af dialog, og at der er tid og rum for egentlig sparring. Den mulighed er til stede i alle kommuner.

En anden form for intern kompetenceudvikling er en mere systematisk model, hvor der regelmæssigt er planlagt undervisningsdage eller møder for hele medarbejderstaben. Det gør man brug af i sundhedscentret i Ringkøbing-Skjern Kommune, hvor man har regelmæssige temadage og undervisning for alle medarbejdere. Der har bl.a. været afholdt en temadag om den afklarende samtale, men ellers er det mere generelle temaer som fx om etik og etiske problemstillinger, om de nye strømninger indenfor kognitiv terapi, men også dage, hvor der snakkes kvalitetssikring eller strategi. Der arbejdes ikke specielt med elementerne i L&M-konceptet, men der har været regelmæssige koordinationsmøder for alle, der har haft med L&M-uddannelser at gøre.

---

I Holstebro Sundhedscenter afholder man desuden nogle formaliserede møder uden dagsorden. Det er hver fjortende dag, og de tager udgangspunkt i, hvad det er, der helt aktuelt optager medarbejderne. Sundhedschefen fortæller, at en af ideerne er, at man hele tiden udfordrer og "forstyrrer hinanden" på de problemfelter, der tages op. På den måde bliver der arbejdet med, som hun udtrykker det *"det, der underliggende ligger til grund for at kunne arbejde med Læring og mestring, som handler om at kunne agere med forstyrrelser"*. Hun forklarer videre, at når man arbejder med supervision på den måde, så kræver det, at der er vilje til at gå rigtig tæt på hinanden. Den vilje er til stede blandt medarbejderne, og hun mener, at deltagelse i møderne opleves både kærligt og godt, men altså også udfordrende.

I Struer Kommune er der især lagt kompetenceudvikling ind, når nye medarbejdere bliver ansat i Sundhedsfremme- og forebyggelsesteamet. Der bliver fx lagt praktikbesøg ind hos hinanden for at lære hinandens kompetencer at kende og for at få tillid til og respekt for hinanden. Funktionslederen står altid til rådighed for supervision samtidig med, at de også superviserer hinanden. Der kan i særlige tilfælde blive købt supervision udefra. Det blev fx gjort til det første uddannelsesforløb for diabetespatienter, hvor man valgte at købe en diabetessygeplejerske til at være supervisor på faglige spørgsmål. Der var desuden, som beskrevet i forrige afsnit, to sundhedsprofessionelle på hele forløbet, selvom der fremover kun skal være én.

I Holstebro og Struer kommuner har man desuden valgt at have ordninger, hvor nye undervisere på Lærings- og mestringsuddannelser følges med en erfaren underviser i en slags mentor-ordning, så der på den måde foregår en sikring af, at L&M-konceptet får den ønskede standard. I Holstebro er det hver gang Sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenten, der er mentor – hun fortæller:

*"Der skal være én til at sikre den standard, det (L&M-uddannelsen) skal have, for at vi synes, det er i orden her i huset. Så hver gang vi starter et nyt forløb op, er jeg med inde enten som medunderviser eller som observatør for at sikre, at vi kan tillade os at kalde det Læring og mestring. Jeg tænker, at man skal tage det (at følge konceptet) alvorligt."*

Hun er således med som medunderviser eller som observatør, hver gang et nyt forløb startes op med en – i den sammenhæng – ny sundhedsprofessionel som den gennemgående underviser. Ordningen er lagt i rimeligt faste rammer med klare aftaler mellem observatør og underviser før forløbene om, hvilke elementer i undervisningen, der skal observeres og gives supervision på. I Struer Kommune har man en tilsvarende ordning, blot er "den erfarne" ikke nødvendigvis den samme hver gang. I begge kommuner har de sundhedsprofessionelle, som tidligere omtalt, også mulighed for at få egentlig supervision.

En anden type tiltag er taget af Holstebro Kommune. Her har sundhedschefen valgt at tilbyde konsulenterne i sundhedscentret mindfulness i halvanden time hver anden måned. Konsulenterne giver selv en halv time pr. gang, resten giver sundhedscentret. Sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenten begrundet det på denne måde:

*“Vi er jo rigtig meget oppe i vores hoveder, så vi trænger til at komme ned i kroppen en gang i mellem. Og hun (instruktøren) får os ned i kroppen og hjælper os til fokus og nærvær, og til at være i det, vi er i – når vi fx underviser, så er vi der 100 %, for det kræver Læring og mestring. Så alment, der har hun en strategi i forhold til, at vi kan blive ved med at være så skarpe ind i denne her uddannelse. Og nogle af de metoder, hun underviser i, er nogle, vi kan bruge til de deltagere, vi har på kurser.”*

Hun oplever således, at mindfulness giver hjælp til at blive ladet op, holde fokus og blive ved at være skarpe i undervisningsrummet, men også nogle redskaber, der kan bruges i L&M-uddannelserne i forhold til deltagerne. Hun forklarer behovet med, at når de sundhedsprofessionelle underviser på L&M-uddannelser, så oplever de alle, at de er “totalt færdige” bagefter, fordi det kræver, at man er så intenst i rummet. Hun fortsætter:

*“Jeg tror godt, jeg kan sige for alle her: Hvilken gave at få. Ja, at få lov til sådan at få ro og balance igen - og sådan.”*

Mange bruger det efterhånden bevidst i hverdagen bl.a. til at gøre sig klar umiddelbart før deltagerne kommer og undervisningen starter. Sammen med møderne uden dagsorden, som omtalt ovenfor, kan brugen af mindfulness betragtes som en måde at understøtte og udvikle de mere personlige kompetencer, der trækkes på, når man laver L&M-uddannelser (jf. kapitel 8).

#### **11.3.4 Ekstern kompetenceudvikling**

I en naturlig forlængelse af de interne muligheder for kompetenceudvikling ligger behovet for inspiration fra sundhedsprofessionelle i andre kommuner og sektorer. I alle kommuner er L&M-projektets tilbud om efteruddannelse, temadage og netværksmøder blevet taget rigtig godt imod. Alle sundhedsprofessionelle, der arbejder med Læring og mestring har fået mulighed for at deltage, hvis det overhovedet kunne passe ind i deres planlægning, og der er generelt stor interesse og lyst til at deltage. Lederen af sundhedscentret i Ringkøbing-Skjern Kommune vurderer:

*“Det er det, de har været glædest for – at de har været sammen med nogle fra andre kommuner og sektorer. Det har givet dem meget i forhold til synet på Læring og mestring og forskellighederne over sektorgrænser – helt vildt meget.”*

Sundhedschefen i Holstebro Kommune mener oven i købet, at L&M-projektets kompetenceudviklingstilbud er så væsentlige for forankring af kompetencerne i Læring og mestring,

at de er en forudsætning for, at Læring og mestring fortsat kan udvikle sig, også når selve projektet er afsluttet. Hun begrundet det således:

*“Ellers er der en risiko for, at man går hen og bliver lidt selvlært. Og den risiko er der, tror jeg, i særdeleshed i forhold til et koncept, om hvilket mange vil sige: ”det er da nemt, det er da det, vi alle sammen gør”. Det er først, når man har prøvet det, at man ved, hvor svært det er. Jeg tænker, at det er en rigtig vigtig forudsætning, at den del af kompetenceudviklingen fortsat er der.”*

Fortsatte muligheder for ekstern kompetenceudvikling i Læring og mestring ses her som en forudsætning for fortsat vedligeholdelse og videreudvikling af L&M-konceptet. Det begrundes med frygten for at man risikerer at blive for selvlært – forstået som risikoen for, at man med tiden får dannet sin egne definition af, hvad Læring og mestring – både indenfor den enkelte organisation og på tværs af kommunerne. Andre deler den bekymring bl.a. udviklingskonsulenten i Ringkøbing-Skjern Kommune har den bekymring. Hun siger om fremtiden for Læring og mestring, når projektet er afsluttet:

*“Der kan jeg da godt bekymre mig, hvis det (Læring og mestring) er noget, vi vil i fremtiden, hvordan holder vi så fast i det? Hvem har tråden, eller hvem har fat i den lange ende i forhold til at holde fast i sådan et pædagogisk koncept?”*

L&M-projektets tilbud om temadage og netværksmøder vurderes således at have været en forudsætning for forankringen af de sundhedsprofessionelles kompetencer, men også en forudsætning for den fremtidige mulighed for vedligeholdelse og udvikling af L&M-konceptet.

Enkelte kommuner har desuden benyttet sig af studieture og andre uddannelsesstilbud. Den ledende terapeut i Herning Kommune fortæller:

*“Jeg ved, at mine folk har været rundt og se, hvad man gør i andre sundhedscentre i andre kommuner, og de har fået nogle diplommoduler, der har været relevante i forhold til det her. Så jeg synes, at de er meget opsøgende i forhold til, hvad der kan ligge i forskellige uddannelsesmuligheder, og jeg synes, at vi ar haft rimeligt gode rammer for at opfylde det langt hen af vejen her i afdelingen.”*

Her nævnes supplerung med relevante diplommoduler, og mange har fx benyttet tilbudene fra Region Midtjylland om kompetenceudvikling i forbindelse med implementering af forløbsprogrammerne, der kaldes Fælles Skolebænk, hvor der undervises efter de samme sundhedspædagogiske metoder. Også sundhedsfaglige efteruddannelser indenfor fx smerter eller diabetes er blevet tilbudt de sundhedsprofessionelle.

### *11.3.5 Kompetenceudvikling – ligheder og forskelle*

I alle kommuner er tilbudene om efteruddannelse, temadage og netværksmøder blevet taget umådeligt godt imod. Alle, der laver L&M-uddannelser, har fået tilbudt at deltage, og i de fleste af kommunerne har også nogle af de øvrige medarbejdere med uddannelse i Læring og mestring fået tilbudet, hvis det – vel at mærke – også har været rettet mod dem. Generelt i kommunerne har man gjort brug af andre eksterne muligheder for kompetenceudvikling både indenfor sundhedsfaglige og sundhedspædagogiske områder.

Der er til gengæld forskel på, hvordan man i de forskellige sundhedscentre/-afdelinger arbejder med den interne kompetenceudvikling. Særligt arbejdsgruppemedlemmerne giver i interviewene udtryk for, at dette er en nødvendig forudsætning for, at kompetencerne i Læring og mestring forankres i organisationen. Generelt har opbakningen fra ledelserne omkring behovet for kompetenceudvikling været stor. Man har organiseret sig på forskellig vis, men alle oplever at have et fagligt miljø omkring Læring og mestring, og at der er tid og rum til det uformelle samvær og dialog.

Forskellene mellem kommunerne er størst i forhold til, om der er mere faste planer for intern kompetenceudvikling i form af temadage eller -møder for alle. Særligt i Holstebro og Ringkøbing-Skjern kommuner er det indarbejdet, men også i Struer Kommune planlægges intern kompetenceudvikling – særligt i forbindelse med ansættelse af nye medarbejdere. I Holstebro og Struer kommuner har man desuden mentor-ordninger og mulighed for supervision med henblik på at sikre kvalitetsniveauet i L&M-uddannelserne. I Holstebro Kommune praktiseres det på den måde, at ansvaret for efterlevelse af L&M-konceptet ligger entydigt hos arbejdsgruppemedlemmet. Hun er derfor den, der konsekvent er medunderviser, observatør eller supervisor i oplæringen af de sundhedsprofessionelle, der laver L&M-uddannelser. Medarbejderne deltager desuden regelmæssigt i mindfulness bl.a. som en mulighed for personlig udvikling, men også for at kunne bruge nogle af redskaberne sammen med deltagerne på L&M-uddannelserne.

### *11.3.6 Sammenfatning*

I alle seks kommuner bliver L&M-projektets tilbud om efteruddannelse, temadage og netværksmøder hyppigt benyttet af L&M-underviserne, og tilbudene ses som en væsentlig forudsætning for vedligeholdelse og videreudvikling af deres kompetencer. Alle oplever desuden at være en del af et fagligt miljø omkring Læring og mestring, og at der er tid og rum til uformelt samvær og dialog. Halvdelen af kommunerne har en systematisk intern kompetenceudvikling i form af temadage og -møder, to kommuner har etableret en mentor-ordning for nye L&M-undervisere og giver desuden mulighed for intern supervision, mens en enkelt kommune også regelmæssigt tilbyder L&M-underviserne regelmæssig undervisning i mindfulness.

## 11.4 Organiseringens betydning

Som det fremgår af afsnit 11.1.8 er der forskel på, hvordan de seks kommuner har organiseret sig i forhold til sundhed, patientuddannelser og Læring og mestring. Derfor indledes afsnittet med en skematisk oversigt over de organiseringsaspekter, der er beskrevet i afsnit 11.1. Dernæst udvælges der parametre, der på forskellig vis er udtryk for dels omfanget af de enkelte kommuners implementering af Lærings- og mestringskonceptet dels tiltag, der sigter mod vedligeholdelse og udvikling af de sundhedsprofessionelles kompetencer. Endelig bliver ligheder og forskelle mellem kommunerne gennemgået med henblik på at finde eventuelle sammenhænge mellem organisering og såvel implementering af L&M-konceptet som forankring af kompetencer.

### *11.4.1 Oversigt over beskrevne organiseringsaspekter*

På baggrund af de ligheder og forskelle mellem kommunerne, der er beskrevet i afsnit 11.1.8, er der udfærdiget en skematisk oversigt. Den fremgår af tabel 16, side 94.

Det bemærkelsesværdige i denne oversigt er, at Herning Kommunes organisering af sundhed, patientuddannelser og Læring og mestring inddrager to-tre af de beskrevne organiseringsaspekter, og Holstebro Kommunes organisering inddrager alle aspekter. De øvrige fire kommuner har valgt en organisering, der med ganske få undtagelser omfatter alle de beskrevne aspekter.

TABEL 16

**OVERSIGT OVER ORGANISERINGSASPEKTER VEDR. SUNDHED, PATIENTUDDANNELSE OG L&M-PROJEKTET**

Organiseringsaspekt	Kommune					
	Herning	Holstebro	IBK*	Lemvig	RKSK**	Struer
Lang tradition for sundhedsfremmende tilgang i ældresektoren		X	X	X	X	X
WHO's definition af sundhed er grundlag for sundhedspolitikken	X	X	X	X	X	X
Antonovskys sundhedsfremmeteorier nævnes i sundhedspolitikken		X	X	X		
Sundhed er organiseret i et sundhedscenter		X			X	X
Sundhedschef/Leder har kontor i sundhedscentret/-afdelingen	***	X	X	X	X	X
De gennemgående L&M-undervisere er fysisk samlet	X	X	X	X	X	X
Sundhedschef/Leder har direkte reference til direktøren		X	X	X		X
Sundhedschef/Leder er sygeplejerske med videreuddannelse		X	X	X	X	X
Patientuddannelse varetages af en enhed for Sundhedsfremme- og forebyggelse		X	X	X	X	X
Arbejdsgruppemedlem er uddannet i Læring og mestring		X	X	X	X	X
Arbejdsgruppemedlem er sygeplejerske med efteruddannelse	X / - ****	X	X	X	X	
Stor ledelsesbevågenhed vedr. implementering af L&M		X	X	X	X	X
Har implementering af en L&M-kultur som strategi		X	X	X	X	X

\*) Ikast-Brande Kommune \*\*) Ringkøbing-Skjern Kommune

\*\*\*) Afdelingslederen havde kun i kortere periode kontor i Aulum

\*\*\*\*) Sygeplejerske var arbejdsgruppemedlem frem til foråret 2009



#### 11.4.2 Parametre til vurdering af organiserings betydning

Ovenstående oversigt er udfærdiget med henblik på at kunne vurdere, om de beskrevne organiseringsaspekter har haft betydning for implementeringen af L&M-konceptet og for forankringen af de sundhedsprofessionelles kompetencer som undervisere i L&M-uddannelserne jf. undersøgelsens formål. Ud fra afsnittene 11.2.4 og 11.2.5 er følgende parametre for implementeringens omfang valgt. Det drejer sig om, hvorvidt den nære organisation har:

- Relativt flest borgere på L&M-uddannelse
- Tilbud om mere end én type L&M-uddannelse
- Høj efterlevelseshastighed i forhold til L&M-konceptet
- Udbredt Læring og mestring til andre forvaltningsområder.

Ligeledes inddrages to parametre som udtryk for implementering af den centrale og oprindelige tankegang bag Læring og mestring. De er beskrevet i afsnit 11.2.5 og drejer sig om, hvorvidt den nære organisation har:

- Systematisk samarbejde med patientorganisationer
- Oprettet et mødested med egne lokaler til patienter og/eller patientorganisationer.

Endelig som parametre for tiltag, der sigter mod vedligeholdelse og udvikling af kompetencer, er der på baggrund af afsnit 11.3.3-5 valgt følgende parametre, der drejer sig om, hvorvidt den nære organisation har:

- Systematisk intern kompetenceudvikling
- Etableret en mentor-ordning
- Mulighed for intern supervision
- Tilbud om mindfulness.

#### 11.4.3 Sammenhæng mellem ligheder og forskelle

For at kunne vurdere om der er sammenhæng mellem organisering af sundhed, patientuddannelse og Læring og mestring opgøres de ti ovenstående parametre enkeltvis på organiseringsaspekterne for hver kommune. Da alle kommuner arbejder på grundlag WHO's definition af sundhed, og alle har deres gennemgående undervisere på L&M-uddannelserne fysisk placeret på samme lokalitet, udelades disse to organiseringsaspekter i opgørelserne. Det er således ikke – ud fra undersøgelsesdesignets logik – i disse aspekter, der skal ledes efter forklaringer på forskelle mellem kommunerne.

De ti opgørelser omfatter derfor de resterende elleve organiseringsaspekter, og tabel 17 og 18 er eksempler på disse opgørelser.

TABEL 17

**SAMMENHÆNG MELLEM ORGANISERINGSASPEKTER OG RELATIVT FLEST BORGERE PÅ L&M-UDDANNELSE**

Organiseringsaspekt	Relativt flest borgere på L&M-uddannelse							
	Flest borgere					Færrest borgere		
	Kommune	HO	LE	RKSK	ST	Kommune	HE	IBK
Lang sundhedsfremmetradition		X	X	X	X			X
Antonovskys teorier fremhæves		X	X					X
Har et sundhedscenter		X		X	X			
Leder: kontor i den nære organis.		X	X	X	X			X
Leder: reference til direktøren		X	X		X			X
Leder: sgpl. m. videreudd.		X	X	X	X			X
Patientuddannelse i SF-enhed		X	X	X	X			X
Arb.gr.medlem er udd. i L&M		X	X	X	X			X
Arb.gr.medl.: sgpl. m. videreudd.		X	X	X			X/-	X
Stor ledelsesbevågenhed		X	X	X	X			X
L&M-kultur som strategi		X	X	X	X			X

HO: Holstebro. RKSK: Ringkøbing-Skjern. ST: Struer. HE: Herning. IBK: Ikast-Brande. LE: Lemvig.

Herning Kommune skiller sig markant ud fra de øvrige kommuner i alle opgørelser, da de ingen positive udfald har på nogen af de ti valgte parametre. I den modsatte ende ligger Holstebro Kommune, der har positivt udfald på ni ud af ti parametre. De øvrige kommuner har positivt udfald på henholdsvis to, tre, seks og syv parametre. I det følgende gennemgås hvert enkelt parameter for eventuel sammenhæng med de beskrevne organiseringsaspekter:

Tre ud af de fire kommuner med *Relativt flest borgere på L&M-uddannelse* har, som det fremgår af tabel 17, organiseret deres sundhedsområde i et sundhedscenter. De to kommuner med relativt færrest borgere på L&M-uddannelse har ikke noget sundhedscenter. Det kan antyde, at det at have et sundhedscenter har betydning for, hvor mange deltagere kommunerne har på deres L&M-uddannelser. De øvrige organiseringsaspekter ser ikke umiddelbart ud til at have betydning for deltagerantallet.

Der er tre kommuner med *Tilbud om mere end én type L&M-uddannelse*. To af dem fremhæver Antonovsky i deres sundhedspolitik, og to af dem har et sundhedscenter. For de tre kommuner med én type L&M-uddannelser fremhæver kun én af dem Antonovsky i deres sundhedspolitik og kun én af dem har et sundhedscenter. Det tyder ikke i sig selv på nogen sammenhæng. Heller ikke i forhold til de øvrige organiseringsparametre ses en tydelig sammenhæng.

I de fire kommuner, der har en *Høj efterlevelseshedsgrad i forhold til L&M-konceptets elementer*, har de respektive fire ledere direkte reference til direktøren – det har de ikke i de to andre kommuner. Det kan indikere, at det faktum, at lederen af sundhedscentret/-afdelingen har direkte reference til direktøren for området positivt påvirker i hvor høj grad L&M-konceptet efterleves. Derudover fremhæver tre af de fire kommuner med den højeste efterlevelseshedsgrad Antonovsky i deres sundhedspolitik – det gør de ikke i de to kommuner med en lidt lavere efterlevelseshedsgrad. Det kan antyde en positiv sammenhæng mellem det, at Antonovskys teorier om sundhedsfremme er indskrevet i sundhedspolitikken, og i hvor høj grad L&M-konceptet efterleves. Der ses ingen tydelig sammenhæng til de øvrige organiseringsparametre.

Både i forhold til *Udbredt Læring og mestring til andre forvaltningsområder* og i forhold til *Systematisk intern kompetenceudvikling* - som vist i tabel 18, side 98 – kan opgørelserne indikere, at det har en positiv betydning, at kommunen har organiseret sundhedsområdet i et sundhedscenter. Netop de tre kommuner med et sundhedscenter har udbredt Læring og mestring til andre sektorer, og de har desuden en systematisk intern kompetenceudvikling i sundhedscentret. Dette er ikke tilfældet i nogle af de øvrige tre kommuner. I forhold til de øvrige organiseringsparametre ses der ingen tydelig sammenhæng.

To kommuner har *Etableret en mentor-ordning* for nye undervisere på L&M-uddannelser og giver *Mulighed for intern supervision* til sine medarbejdere. Begge kommuner har et sundhedscenter, hvilket kun én af de øvrige kommuner har. Det kan antyde, at det at have et sundhedscenter har en positiv betydning for, om der etableres en mentor-ordning og gives mulighed for intern supervision. Der ses ingen tydelig sammenhæng til de øvrige organiseringsparametre.

Kun én kommune har *Tilbud om mindfulness* til sine medarbejdere. Det er den af kommunerne, hvor organiseringen af sundhed, patientuddannelse og Læring og mestring omfatter alle de beskrevne organiseringsaspekter. Fire af de øvrige kommuner har de samme aspekter i deres organisering, dog har kun to af dem et sundhedscenter og to andre fremhæver Antonovsky i sin sundhedspolitik. Det viser dog ikke i sig selv nogen sammenhæng, og heller ikke i forhold til de øvrige organisationsaspekter ses en tydelig sammenhæng.

TABEL 18

**SAMMENHÆNG MELLEM ORGANISERINGSASPEKTER OG SYSTEMATISK INTERN KOMPETENCEUDVIKLING**

Organiseringsaspekt	Systematisk intern kompetenceudvikling							
	JA				NEJ			
	Kommune	HO	RKSK	ST	Kommune	HE	IBK	LE
Lang sundhedsfremmetradition		X	X	X			X	X
Antonovskys teorier fremhæves		X					X	X
Har et sundhedscenter		X	X	X				
Leder: kontor i den nære organis.		X	X	X			X	X
Leder: reference til direktøren		X		X			X	X
Leder: sgpl. m. videreudd.		X	X	X			X	X
Patientuddannelse i SF-enhed		X	X	X			X	X
Arb.gr.medlem er udd. i L&M		X	X	X			X	X
Arb.gr.medl.: sgpl. m. videreudd.		X	X			X/-	X	X
Stor ledelsesbevågenhed		X	X	X			X	X
L&M-kultur som strategi		X	X	X			X	X

HO: Holstebro. RKSK: Ringkøbing-Skjern. ST: Struer. HE: Herning. IBK: Ikast-Brande. LE: Lemvig.

Der ses heller ingen tydelig sammenhæng til de beskrevne organiseringsaspekter ved opgørelsen over kommuner med *Systematisk samarbejde med patientorganisationer*. Det skal dog nævnes, at det drejer sig om tre af kommunerne, hvor to af dem har et sundhedscenter og to af dem fremhæver Antonovskys i sundhedspolitikken. Det gør sig kun gældende blandt én af de øvrige tre kommuner (to forskellige), men indikerer ikke i sig selv en sammenhæng med de nævnte organiseringsaspekter.

Endelig kan det konstateres, at to kommuner har *Oprettet mødested med egne lokaler til patienter og/eller patientorganisationer*. Det er begge kommuner med et sundhedscenter. Den tredje kommune med et sundhedscenter har ikke tilsvarende, og på den baggrund kan det kun antydes, at det at have et sundhedscenter har betydning for, om der oprettes et mødested eller ej. Der ses heller ingen tydelig sammenhæng til de øvrige organiseringsparametre.

#### 11.4.4 Organiseringsaspekter med betydning

Vurderes de enkelte organiseringsaspekter på hvor ofte og med hvilken styrke de fremkommer, når de ti parametre opgøres under ét, tyder det på, at følgende organiseringsaspekter fremmer dele af implementeringen af L&M-konceptet og dele af forankringen af de sundhedsprofessionelles kompetencer:

- At kommunen har organiseret sundhedsområdet i et sundhedscenter
- At sundhedschef/leder har direkte reference til direktøren
- At Antonovskys teorier om sundhedsfremme fremhæves i sundhedspolitikken.

Særligt den kendsgerning, at *kommunen har organiseret sit sundhedsområde i et sundhedscenter* ser ud til at kunne have en positiv betydning for, at man vælger at udbrede Læring og mestring til andre sektorer, og at der foregår en systematisk intern kompetenceudvikling. Det antydes desuden, at det at have et sundhedscenter har positiv indflydelse på antallet af deltagere på L&M-uddannelser, oprettelse af et mødested med egne lokaler for patienter og/eller patientorganisationer, etablering af en mentor-ordning for nye gennemgående L&M-undervisere og muligheden for at de kan få intern supervision. Det er i alt seks af de ti valgte parametre for omfanget af implementering og for tiltag, der sigter mod forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer – tre fra hver.

Det indikeres desuden, at det, at *sundhedschefen/lederen har direkte reference til direktøren for området*, har positiv betydning for, om kommunens L&M-uddannelser gennemføres med en høj grad af efterlevelse af L&M-konceptet. Samtidig antydes det, at også den kendsgerning, at *kommunen fremhæver Antonovsky i sin sundhedspolitik*, har en positiv betydning for dette. Der er således to forskellige organiseringsaspekter, der i forskellig grad ser ud til at have positiv indflydelse på i hvor høj grad L&M-konceptet efterlevs i L&M-uddannelserne.

En anden måde at vurdere organiserings betydning på er ved at undersøge, hvad der kendetegner de tre kommuner, der har positivt udfald på mere end fem (over halvdelen) af de ti valgte parametre for implementering og forankring af kompetencer, i forhold til dem med mindre end fem positive udfald. Som omtalt i slutningen af afsnit 11.4.1 har tre kommuner positivt udfald på henholdsvis seks, syv og ni af de ti parametre. De øvrige tre kommuner har henholdsvis ingen, to og tre positive udfald. Det viser sig, at det netop er de tre kommuner med flest positive udfald, der har organiseret sundhedsområdet i et sundhedscenter. Det har de øvrige tre kommuner ikke. I to af de tre kommuner med sundhedscenter har sundhedschefen/lederen desuden direkte reference til direktøren for området, men det er også tilfældet i to af de øvrige tre kommuner. I forhold til om Antonovsky fremhæves i kommunens sundhedspolitik, så er det kun tilfældet i én af de tre kommuner med flest positive udfald, og i to af de øvrige tre kommuner. Det indikerer klart, at vurderes alle parametre for implementering og forankring af kompetencer under ét, så har det en positiv betydning, at kommunen har valgt at organisere sundhedsområdet i et sundhedscenter.

#### *11.4.5 Sammenfatning*

Der er bred enighed blandt de interviewede om, at en vellykket implementering af L&M-konceptet forudsætter, at den er ledelsesmæssigt forankret, at de "rigtige" medarbejdere bliver uddannet til L&M-undervisere, og at der gives tid og rum til vedligeholdelse af kompetencer og koncept. Den største udfordring er dog helt generelt rekruttering af deltagere til L&M-uddannelserne.

Sammenholdes ligheder og forskelle mellem kommunerne, og vurderes de samtidig for eventuelle sammenhænge mellem organisering og henholdsvis implementering af L&M-konceptet og forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer, skiller én kommune sig særligt ud. I forhold til tretten beskrevne organiseringsaspekter har netop den kommune en organisering af sundhed, patientuddannelse og Læring og mestring, der kun omfatter to til tre af de tretten aspekter. I de øvrige fem kommuner omfatter organiseringen mellem elleve og tretten af de tretten aspekter. Samme kommune har ikke positivt udfald på nogen af de ti parametre, der er valgt som udtryk for omfanget af implementering og som udtryk for tiltag, der sigter mod forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer.

Der er til gengæld meget lille forskel på, hvordan de øvrige fem kommuner har organiseret sig. Forskellene mellem dem går i stedet på i hvilket omfang, Læring og mestring implementeres, og på omfanget af tiltag, der sigter mod forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer. De tre kommuner, der har positivt udfald på over halvdelen af de ovenfor nævnte ti parametre, er netop de kommuner, der har organiseret sundhedsområdet i et sundhedscenter. Det at have organiseret sundhedsområdet i et sundhedscenter ser ud til at have positiv betydning for, at den nære organisation udbreder L&M til andre forvaltningsområder, og for, at der foregår en systematisk intern kompetenceudvikling. Det antydes desuden, at det også har en positiv betydning på antallet af deltagere i L&M-uddannelser, etablering af en mentor-ordning for nye undervisere, muligheden for intern supervision og på oprettelse af et mødested med egne lokaler for patienter og/eller patientorganisationer. Endelig tyder det på, at det, at sundhedschefen/lederen har direkte reference til direktøren, har positiv indflydelse på, om L&M-uddannelser gennemføres med en høj grad af efterlevelse af konceptet, og det antydes, at det, at Antonovskys fremhæves i sundhedspolitikken, også har positiv betydning for dette.

## 12 Diskussion

### 12.1 Design

Der er valgt et komparativt case-design for evalueringen, hvor alle seks involverede kommuner beskrives, og hvor ligheder og forskelle i mellem dem identificeres. Kommunerne er alle en del af region Midtjylland. Det betyder, at de har ens regionale rammer for deres arbejde med patientuddannelser, der netop er et opgaveområde, som landets fem regioner har prioriteret og arbejdet forskelligt med. For designet betyder det, at de forskelle, der er fundet mellem kommunerne alt andet lige *ikke* skyldes udefra kommende faktorer, men kan begrundes med reelle forskelle mellem kommunerne. De seks kommuner er desuden alle sammenlagt af kommuner fra det tidligere Ringkøbing Amt (med en enkelt undtagelse) og har derfor i store træk en fælles historik og tradition omkring samarbejde med sundhedsvæsenet. Deres baggrund for at udvikle patientuddannelses tilbud, som følge af den ændrede opgavefordeling, er derfor relativt ens. Det er en styrke i designet.

Formålene belyses via offentlige kommunale dokumenter og interviews med de kommunale styregruppe- og arbejdsgruppemedlemmer. Perspektivet er retrospektivt, da det er kommunernes organisering i perioden for projektets udviklings- og implementeringsfaser, der belyses, og data indsamles i projektets afsluttende fase. Det betyder, at særligt de fundne organisationsplaner i enkelte tilfælde *ikke* var gældende for projektperioden. Beskrivelserne af kommunernes organisering er dog alle gennemlæst af den/de interviewede i hver enkelt kommune, og unøjagtigheder og fejl af faktisk karakter er på denne baggrund efterfølgende rettet. Det styrker validiteten af beskrivelserne.

De interviewede er – med en enkelt undtagelse - de af projektets samarbejdspartnere, der har haft det mest direkte ansvar for og været tættest på såvel udvikling som implementering af L&M-konceptet i patientuddannelser i praksis. Det er en styrke i forhold til troværdigheden af det rapporterede. Det skal dog også bemærkes, at særligt styregruppemedlemmerne, der har ansvaret for deltagelse i projektet i forhold til det politiske niveau, må formodes at have en stor interesse i, at projektet alt i alt har været en gevinst for kommunen. Det kan give en tendens til at rapporteringen – bevidst eller ubevidst – bliver mere positive end berettiget. Det svækker rapporteringen. Den kendsgerning, at der i Herning og Ikast-Brande kommuner kun var én informant, der tillige var ledelsesrepræsentant, gør beskrivelser og analyser derfra står svagere end de øvrige.

Projektkoordinator er valgt som evaluator og interviewer. Det er en styrke i forhold til, at indsigten i projektets substans og kendskabet til de interviewede kvalificerer de stillede spørgsmål og gør fortolkningen af det sagte mere præcis. Der er samtidig en klar svaghed,

idet de stillede spørgsmål kan være mindre kritiske end en ekstern interviewers spørgsmål og kan mangle relevante perspektiver. Dette er dog imødegået ved at tilknytte en ekstern vejleder til evalueringen.

Generelt vurderes troværdigheden af det sagte dog at være høj. Hovedparten af informanterne fandt undersøgelsens formål meget relevant særligt i forhold til L&M-konceptets fremtid og mulige implementering i andre kommuner og sektorer. Der blev regelmæssigt stillet opfølgende og uddybende spørgsmål til meningen med det sagte, ligesom der undervejs blev lavet opsummeringer af det sagte med efterfølgende spørgsmål til, om det rapporterede var rigtigt forstået. Der er således foretaget en vis validering undervejs, hvilket styrker interviewenes kvalitet.

De beskrivende analyser er blevet til på baggrund af de valg af temaer, der var foretaget inden interviewene (se interviewguiden – bilag 6). De forskellige svar er derefter samlet under hvert enkelt spørgsmål/tema og har dannet udgangspunkt for beskrivelserne. Det skrevne har, som nævnt ovenfor, været sendt til kommentering for mangler, unøjagtigheder og fejl, og de efterfølgende rettelser har udelukkende været af faktisk karakter med deraf følgende eventuelle korrektioner i analysen. De korrigerede beskrivelser blev efterfølgende sendt til endelig godkendelse og dermed verificering.

Analyserne for mulig sammenhæng mellem organisering af patientuddannelsesområdet og henholdsvis implementering af Læring og mestring og forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer er foretaget ud fra de beskrevne organiseringsaspekter og ud fra valgte parametre for implementeringens omfang og for tiltag, der sigter mod forankring af kompetencerne. Også valget af parametre er foretaget ud fra de beskrevne temaer vedrørende implementering og forankring af kompetencer. Alle væsentlige temaer er således inddraget i analyserne, hvilket er en styrke. Svagheden er modsat, at der ikke er foretaget en vurdering af, hvor væsentligt hvert enkelt organiseringsaspekt og hver enkelt parameter er for sammenhængen.

På baggrund af de kvalitative analyser er der foretaget en systematisk sammenligning af ligheder og forskelle mellem kommunerne. Dette er gjort for hver enkelt parameter og for parametrene under ét, hvilket giver et mere nuanceret billede af, om organiseringen påvirker henholdsvis implementering af L&M-konceptet og forankring af kompetencer. Analyserne giver ikke endegyldige svar på en sammenhæng, men giver dog enten en indikation på eller en antydning af betydningen af hver enkelt organiseringsfaktor.



## 12.2. Resultater

Fem af projektets seks involverede kommuner har allerede før projektstart solide erfaringer med at arbejde ud fra en sundhedsfremmende tankegang. Lederne for sundhedsområdet i disse kommuner er alle sygeplejersker, der udover videreuddannelse indenfor bl.a. ledelse er uddannet i sundhedsfremme og forebyggelse, og som desuden har praktiske erfaringer indenfor sundhedsfremmende arbejde bl.a. i ældresektoren. Denne kendsgerning har uden tvivl afgørende betydning for den vellykkede implementering af L&M-konceptet i deres patientuddannelser og for, at man som strategisk mål har valgt at implementere tankegangen bag Læring og mestring i hele sundhedscentret/-afdelingen. Flere af lederne har interesseret sig for tankegangen bag Læring og mestring allerede før projektstart, og derfor er de bevidste om, hvilke kompetencer de sundhedsprofessionelle, der skal være kommunale nøglepersoner for Læring og mestring og arbejdsgruppemedlemmer, skal være i besiddelse af. De vælger formentlig derfor – med en enkelt undtagelse - arbejdsgruppemedlemmer, der - som dem selv – er uddannet sygeplejersker med videreuddannelse i og erfaring med sundhedsfremmende arbejde. Også denne kendsgerning har uden tvivl været afgørende for såvel den vellykkede implementering, men i høj grad også for udviklingen af L&M-konceptet med det konkrete indhold og de redskaber, der er udviklet undervejs.

I fem af kommunerne kommer arbejdsgruppemedlemmerne på uddannelse i Læring og mestring med de første hold, og alle fem er efterfølgende ansvarlige for at få Lærings- og mestringsuddannelserne etableret i egen kommune, hvor de er den gennemgående sundhedsprofessionelle på det/de første forløb. Også dette har haft stor betydning for udviklingen af L&M-konceptet, da arbejdsgruppemedlemmerne hver især har arbejdet med at få det ufuldstændige L&M-koncept til at fungere i praksis i deres patientuddannelser. Opståede problematikker er undervejs diskuteret med hinanden, med egen leder, med projektledelsen og i hele arbejdsgruppen, og løsninger er fundet med det sigte, at forløbene skal fungere i praksis. På denne måde har L&M-konceptet ikke bare skabt sig legitimitet i kommunen, men på mange måder er arbejdsgruppemedlemmerne også blevet bærere af L&M-konceptet – det er dem, der i praksis ved, hvad konceptet indebærer i det direkte møde med borgerne. Dette er endnu en stor styrke for udvikling og implementering af L&M-konceptet – en styrke, der uden tvivl også indeholder det aspekt, at ledelsens bevågenhed og opbakning er stor i alle projektets faser. Svagheden kan til gengæld være, at L&M-konceptet bliver sværere at overføre til andre kommuner.

I den sjette kommune er der ved projektstart allerede etableret tilbud om patientuddannelser til borgere med KOL. Tilbuddene varetages af kommunens Genoptræningsenhed, og man vælger her at implementere L&M-konceptet i den etablerede KOL-rehabilitering. Det giver et andet udgangspunkt end hos de fem øvrige kommuner, der først skulle i gang med at udvikle patientuddannelsesstilbud. Samtidig er hele den ovenfor nævnte historik og de organisatoriske valg kun i mindre grad en del af denne kommunes udgangspunkt for

deltagelse i L&M-projektet. En af forklaringerne på de anderledes organisatoriske valg kan være, at kommunen er en væsentlig større organisation end de øvrige kommuner, og at den i projektperioden har gennemgået flere organisationsændringer på sundhedsområdet. Det har bl.a. betydet, at afdelingslederen i størstedelen af projektperioden har haft kontor mere end tyve kilometer fra Genoptræningsenheden, hvor de sundhedsprofessionelle i KOL-rehabiliteringen har deres arbejdsplads. De interviewede i undersøgelsen siger samstemmende, at ledelsesopbakning er en klar forudsætning for en vellykket implementering af L&M-konceptet. Det har sandsynligvis været vanskeligere at give under disse organisatoriske vilkår.

I denne kommune er implementering af L&M-konceptet først og fremmest lykkedes, fordi de sundhedsprofessionelle, der lavede KOL-rehabilitering, kom på uddannelse i Læring og mestring med de første hold og efterfølgende gradvist har implementeret L&M-konceptet i den etablerede KOL-rehabilitering. Ingen af disse sundhedsprofessionelle er eller har været medlemmer af arbejdsgruppen, og ingen af dem deltager derfor i den erfaringsudveksling omkring Læring og mestring og de beslutninger, der tages, på arbejdsgruppemøderne. Det har sandsynligvis svækket implementering af L&M-konceptet – en implementering, der trods alt er lykkedes godt, fordi den er båret af, som beskrevet af lederen for Genoptræningsenheden, ildsjæle på sit felt – en betegnelse der også fra projektkoordinatorers side vurderes som betegnende.

Organiseringen af Lærings- og mestringsuddannelserne er endnu et område, hvor denne kommune afskiller sig. I de øvrige kommuner varetages patientuddannelsesområdet af en enhed for Sundhedsfremme og Forebyggelse – her varetages det af en Genoptræningsenhed. Det er ikke muligt ud fra undersøgelsen i sig selv at vurdere, om det har nogen betydning, men det er dog værd at fremhæve, at lederen af Genoptræningsenheden selv vurderer, at det er en udfordring for både medarbejdere og leder. Udfordringen kan ligge i, at tankegangen bag og det faglige fokus i arbejdet med L&M-uddannelser er anderledes end i den traditionelle genoptræningsopgave. I L&M-uddannelserne er fokus først og fremmest på – i samarbejde med den erfarne patient – kontinuerligt at tilpasse indsatsen til den enkeltes behov og til det, der er betydningsfuldt for gruppen. Derfor er det altid uforudsigeligt og udfordrende for de sundhedsprofessionelle at lave L&M-uddannelser, og der trækkes, som beskrevet i undersøgelsens første del, i høj grad på evnen hos den enkelte til at kunne reflektere, gøre sig erfaringer, fortolke og vurdere – processer, der fordrer både tid og rum.

Af formentlig de samme grunde er de gennemgående undervisere på L&M-uddannelserne i alle kommuner fysisk samlet, så de har den største del af deres arbejdstid i og tilknytning til sundhedscentret/-afdelingen. Der er bred enighed blandt arbejdsgruppemedlemmerne om, at dette er en forudsætning for at kunne forankre de sundhedsprofessionelles kompetencer. Dialogen og den faglige sparring med kolleger, der kender udfordringerne ved at lave L&M-uddannelser, er nødvendig for at kunne fortolke og vurdere de komplekse problemstillinger, der jævnligt er i spil, og som ofte kræver nye veje at gå, jf. undersøgelsens første del. Flere af

---

de interviewede havde erfaringer med, at enkelte L&M-undervisere fx havde deres primære funktion i hjemmeplejen. Det gav nogle udfordringer, som blev løst undervejs i projektperioden enten ved at øge tilknytningen til sundhedscentret/-afdelingen eller ved, at den enkelte ophørte med at lave L&M-uddannelser. Det er en styrke for undersøgelsens resultater, at alle kommuner har gjort de samme erkendelser vedrørende dette organiseringsaspekt og har justeret undervejs i takt med, at erkendelserne er gjort.

De eksterne tilbud om kompetenceudvikling, som L&M-projektet er arrangør af bliver ligeledes betragtet som en væsentlig forudsætning for vedligeholdelse og videreudvikling af de sundhedsprofessionelles kompetencer. I dette ligger også, at det er en opgave den enkelte kommune ikke ser sig i stand til at løfte alene. Det styrker konklusionen, at der er fuldstændig enighed blandt alle interviewede, men også at alle seks kommuner rent faktisk flittigt har ladet størstedelen af især de gennemgående L&M-undervisere deltage i tilbuddene om efteruddannelse, i temadage og i netværksmøder. Det kan dog også svække informanternes udsagn, at det på tidspunktet for interviewene allerede var tvivlsomt, om regionen fortsat ville bidrage til vedligeholdelse og videreudvikling af Lærings- og mestringsuddannelserne. De har derfor muligvis – bevidst eller ubevidst - overdrevet nødvendigheden af de tværkommunale og tværsektorielle kompetenceudviklingstilbud finansieret af regionen.

Organisering af sundhedsområdet i et sundhedscenter ser ud til at have en positiv betydning for flere elementer i implementering af L&M-konceptet og på i hvilken udstrækning, der etableres ordninger med det sigte at forankre de sundhedsprofessionelles kompetencer. Tre af de seks kommuner har et sundhedscenter – et kommunalt valg, der ikke i denne undersøgelse ser ud til at have med kommunestørrelser at gøre. Alle tre sundhedscentre har egne bygninger og varetager såvel borgerrettet som patientrettet forebyggelse med et bredt fokus, hvor der både er åben adgang for borgerne, foretages opsøgende sundhedsarbejde og modtages henviste patienter. De adskiller sig i forhold til L&M-projektet fra de øvrige tre kommuner ved, at de har samarbejdet med andre sektorer om at implementere tankegangen bag Læring og mestring i nogle af deres tilbud til borgerne. Det kan skyldes, at der i sundhedscentrene er flere fagligheder i fysisk nærhed end i de traditionelle afdelingsstrukturer, og at den omstændighed sandsynligvis med tiden har udviklet en kultur med et øget tværfagligt samarbejde. Denne tværfaglighed øger sandsynligvis både tilbøjeligheden til og evnen til at samarbejde på tværs af sektorer. Det kan også skyldes, at i de kommuner, hvor det politisk er valgt at investere i et sundhedscenter, også på et mere overordnet plan er vedtaget strategier for et mere tværsektorielt arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse. Dette er dog ikke undersøgt nøjere.

Det er desuden i de tre sundhedscentre, at der foregår en systematisk intern kompetenceudvikling af medarbejderne både i forhold til generelle temaer indenfor sundhedsområdet og i forhold til Læring og mestring. Det kan hænge sammen med, at sundhedscentrenes bredere sundhedsfaglige fokus (inkl. bredere målgrupper) og flere typer af nye opgaver end i de

mere traditionelle sundhedsafdelinger. Kompetenceudvikling af medarbejderne har derfor formentlig i de fleste sundhedscentre fra starten været prioriteret højt, og den umiddelbare fysiske nærhed blandt medarbejderne har gjort rammerne for det lettere. Det tyder også på, at det at have et sundhedscenter har en positiv indflydelse på, om der etableres en mentorordning for nye undervisere på L&M-uddannelser og gives mulighed for intern supervision. Det kan formentlig begrundes i de samme omstændigheder, som for den mere generelle systematiske interne kompetenceudvikling.

Også antallet af deltagere på L&M-uddannelserne påvirkes sandsynligvis positivt af, at L&M-uddannelserne foregår i et sundhedscenter. Her kan det være den kendsgerning, at sundhedscentrene har egne bygninger og dermed får en øget synlighed for borgerne, der har betydning. Det er simpelthen lettere at få kontakt til borgere, der ellers ikke af sig selv vil kontakte kommunen. Den øgede synlighed kan også have betydning i forhold til de hospitalsafdelinger og praktiserende læger, man gerne vil have henvist patienter fra.

Endelig har to af sundhedscentrene oprettet et mødested med egne lokaler for patienter og/eller patientorganisationer. Det kan igen formentlig begrundes i sundhedscentrenes bredere sundhedsfaglige fokus og mere vidtgående definition af egne opgaver. Her kan muligheden for at tilbyde egne lokaler til et mødested være større i et sundhedscenter med egne bygninger. Det er dog ikke begrundelsen her, da mødestedet i den ene af kommunerne ligger et andet sted i byen.

Til sidst skal det nævnes, at det, at lederen for sundhedscentret/-afdelingen har direkte reference til direktøren for området, ser ud til at have en positiv betydning for, om det tilstræbes at efterleve L&M-konceptet fuldt ud. Det er i de fire mindste kommuner og dermed organisationer, at lederne for sundhedscentret/-afdelingen har direkte reference til direktøren. Det er forventeligt, at de mindre kommuner har kortere kommandoveje end de større kommuner. En længere kommandovej kan gøre det vanskeligere at skabe legitimitet for en sag eller et projekt. I dette projekt er legitimitet opadtil i systemet muligvis et problem i én af de to kommuner, hvor lederen ikke har direkte reference til direktøren, men i den anden kommune er manglende legitimitet ikke begrundelsen for ikke at stille efter fuld efterlevelse af L&M-konceptet. Det er en bevidst prioritering. Det skønnes derfor at være et tilfældigt fund i undersøgelsen.

### 12.3 Betydning

Undersøgelsens resultater vedrører etablering af et Lærings- og mestringskoncept i kommunale patientuddannelser. Konceptet er karakteriseret ved et ligeværdigt samarbejde mellem den gennemgående sundhedsprofessionelle underviser og den erfarne patient og ved en sundhedspædagogisk metode, der fordrer en kontinuerlig tilpasning af indsatsen til den

enkelte deltagers behov og til det, der er betydningsfuldt for gruppen af deltagere, og som samtidig bygger på en høj grad af deltagerinvolvering og dialog. Undersøgelsens resultater kan således have betydning for kommuner, der overvejer at udvikle deres patientuddannelses tilbud i en retning, hvor Lærings- og mestringsuddannelsernes karakteristika indgår i større eller mindre grad. Beskrivelserne af hvilke organiseringsaspekter i den nære organisation omkring patientuddannelserne, der karakteriserer hovedparten af de involverede kommuner, kan derfor i stor udstrækning være retningsgivende for andre ledere indenfor det kommunale sundhedsområde. Desuden kan beskrivelserne af de forskellige typer af tiltag, der er gjort med henblik på at vedligeholde og videreudvikle de sundhedsprofessionelles kompetencer indenfor Læring og mestring, tjene til inspiration for andre.

## 13 Delkonklusion

Lærings- og mestringskonceptet er inspireret af mange års erfaring fra Lærings- og mestringscentre i Norge, og bygger i den danske udgave på viden om og erfaringer med sundhedsfremmende arbejde indenfor sundheds- og ældreområdet. Netop en sundhedsfaglig grunduddannelse med videreuddannelse i og praktisk erfaring med sundhedsfremmende arbejde er en væsentlig baggrund hos de ansvarlige for en succesfuld implementering af konceptet i de kommunale patientuddannelser – både i de diagnosespecifikke og i de generelle. Også de sundhedsprofessionelle undervisere rekrutteres typisk på baggrund af en bred sundhedsfaglig viden og erfaring - gerne med videreuddannelse i sundhedsfremmende arbejde - og således ikke på baggrund af en særlig viden om sygdom og behandling.

Vedligeholdelse og udvikling af disse kompetencer kræver mulighed for dialog og sparring med kolleger i hverdagen. Derfor er det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle, der er gennemgående undervisere på L&M-uddannelser, har deres primære tilknytning i den nære organisation omkring patientuddannelser. Det er en væsentlig ledelsesopgave på denne måde at sikre et fagligt miljø omkring Læring og mestring med en kultur, der er præget af dialog. Halvdelen af kommunerne supplerer dette med regelmæssige tema- og uddannelsesdage indenfor det sundhedsfaglige område, men også specifikt indenfor Læring og mestring. Nogle prioriterer desuden at have en mentor-ordning for nye undervisere og at tilbyde intern supervision i forhold til undervisning på L&M-uddannelserne. I en enkelt kommune gives der desuden tilbud om regelmæssig undervisning i mindfulness som en måde at understøtte og udvikle de personlige kompetencer, der trækkes på.

Eksterne tilbud om efteruddannelse specifikt indenfor Læring og mestring peges der i alle kommuner på som nødvendige tiltag til både vedligeholdelse og videreudvikling af L&M-konceptet. Også de etablerede netværksmøder ses som vigtige i den retning.

Det er sandsynligvis en fordel i forhold til de særlige kompetencer, der fordres, og mulighederne for kompetenceudvikling indenfor Læring og mestring, at patientuddannelsesområdet varetages af en enhed for sundhedsfremme og forebyggelse og *ikke* af fx en genoptræningsenhed. Det er ligeledes sandsynligt, at et sundhedscenter - karakteriseret ved at have egne bygninger og ved at varetage både borgerrettet og patientrettet forebyggelse i et bredt sundhedsfokus med såvel åben adgang for borgere som modtagelse af henviste patienter – fremmer både forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer og implementering af konceptet. I forhold til implementering drejer det sig om, at det sandsynligvis fremmer udbredelse af L&M-tankegangen til andre forvaltninger, og der er en tendens til, at det fremmer antallet af deltagere på L&M-uddannelserne samt øger sandsynligheden for, at der oprettes et mødested til patienter og/eller patientorganisationer.



## 14 Referencer

- (1) Wittrup I. Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser - kvalitativ evaluering. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; Region Midtjylland; 2011.
- (2) Vinther-Jensen K. Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser - kvantitativ evaluering. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; Region Midtjylland; 2012.
- (3) Knudsen BT et al. Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; Region Midtjylland; 2012.
- (4) Maunsbach ME. Patientundervisning og patientskoler - idégrundlag og praksis. Ugeskr Laeger 2002;164(45):5269-73.
- (5) Sundhedsstyrelsen. Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning - en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter. København: Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden; 2005.
- (6) Sundhedsstyrelsen. Patienten med kronisk sygdom - selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idékatalog. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- (7) Sundhedsstyrelsen. Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering; 2009.
- (8) Sundhedsloven. Lov nr. 546 af 24. juni 2005. København; 2005.
- (9) Kronisk sygdom - Vision og strategi for en bedre indsats. Viborg: Region Midtjylland; 2007.
- (10) Etablering af lærings- og mestringskonceptet. Viborg: Region Midtjylland; 2007.
- (11) Center for Folkesundhed. Lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske lidelser. www.mestring.dk 2011 January 5
- (12) Ringkjøbing Amt og kommunerne i Ringkjøbing Amt. Sundhedsplanlægning 2002-2005. Livet med kronisk sygdom. Ringkjøbing Amt; 2005.
- (13) Hinrichsen EK. Hold liv i lysten - og lyst i livet. In: Kissow A, Therkildsen B, editors. Kroppen som deltager - idræt og bevægelse i rehabiliteringen. Roskilde: Handicapidrættens videnscenter; 2006.
- (14) Vedsted P, Olsen PR. Evaluering af Livsstilscaféer og andre forebyggelsestilbud i Ringkjøbing Amt. Delrapport II: Afklarende samtaler hos Livsstilscaféerne. Sundhedsfremmeafdelingen, Ringkjøbing Amt; 2004.
- (15) Steihaug S, Hatting T. Sintef Rapporten: Evaluering av Nationalt kompetensesenter for læring og mestring ved kroniske sygdomme. Oslo: Nationalt Kompetensesenter for Læring og Mestring; 2006.
- (16) Ottawa Charter. Om sundhedsfremme. København: Komiteen for Sundhedsoplysning; 1988.
- (17) Antonovsky A. Helbredets mysterium - At tåle stress og forblive rask. København: Hans Reitzels Forlag; 2000.
- (18) Jensen TK, Johnsen JJ. Sundhedsfremme i teori og praksis. Århus: 2006.
- (19) Jensen BB, Stisen AB. Sundhedspædagogik i patientuddannelse. En litteraturbaseret gennemgang af udvalgte sundhedspædagogiske begrebers anvendelse i patientuddannelse. Region Syddanmark og Steno Center for Sundhedsfremme; 2010.
- (20) Illeris K. Læring. Roskilde Universitetsforlag; 2006.
- (21) Jørgensen PS. Hvad er kompetence? - Og hvorfor er det nødvendigt med et nyt begreb? Uddannelse 1999;9:4-13.
- (22) De kommunale nøgletal. www.noegletal.dk 2011 March 23
- (23) Larsen FB, Nordvig L. Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner. Århus: Center for Folkesundhed; 2006.
- (24) Larsen FB, Ankersen PV, Poulsen S. Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Voksne. Aarhus: Center for Folkesundhed; 2011.
- (25) Herning Kommunes Sundhedspolitik. Herning Kommune; 2009.
- (26) Rehabilitering - Patientuddannelse. www.herning.dk 2011 March 16
- (27) Sundhedscenter. Holstebro Kommune. 2006. Holstebro Kommune. Ref Type: Pamphlet
- (28) Sundhedspolitik. Holstebro vil gøre det sunde valg til det lette valg. 14-8-2007. Holstebro Kommune. Ref Type: Pamphlet
- (29) Holstebro Sundhedscenter. Grundlag og vision. www.holstebro.dk 2011 February 4
- (30) Kurser for borgere med kronisk sygdom. holstebro.dk 2001 February 4
- (31) Ikast-Brande Kommune. Sundhedspolitik 2009. 22-6-2009. Ikast-Brande Kommune. Ref Type: Pamphlet
- (32) Sundheds- og Omsorgsområdet. <http://www.ikast-brande.dk/site.aspx?MenuID=383&Langref=1&Area=&topID=&ArticleID=13105&expandID=2358&moduleID=> 2011 April 12
- (33) Sundhedsfremme og forebyggelse. <http://www.ikast-brande.dk/site.aspx?MenuID=145&Langref=1&Area=&topID=&ArticleID=7316&expandID=2640> 2011 April 12
- (34) Organisationsplan. <http://www.lemvig.dk/Organisation---Personale.aspx?ID=140> 2011 March 23
- (35) Sundhedspolitik Lemvig Kommune. <http://www.lemvig.dk/Politiker---Projekter.aspx?ID=160> 2011 March 23



- (36) Læring og mestring af Kronisk sygdom og KOL. <http://www.lemvig.dk/Uddannelse-Kronisk-sygdom.aspx?ID=240> 2011 March 23
- (37) Sundhedspolitik 2007-2011 for Ringkøbing-Skjern Kommune. <http://www.rksk.dk/Sundhedspolitik-8122.aspx> 2011 April 6
- (38) Hvad er sundhed egentlig? <http://www.sundhedscenter-vest.dk/Borger-6651.aspx> 2011 April 7
- (39) Sunde borgere i Struer Kommune. Sundhedspolitik 2007-2010. Struer Kommune; 2011 Mar.
- (40) Tilbud til borgere. SundhedscenterStruer. [www.struer.dk](http://www.struer.dk) 2011 February 4
- (41) Kvale S. Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag; 1997.



---

# Bilag

---

Bilag 1. Vigtige sundhedsprofessionelle kompetencer – Design og metode

Bilag 2. Interviewguide til fokusgruppeinterview med sundhedsprofessionelle

Bilag 3. Sundhedsprofessionelles opgaver i Lærings- og mestringsuddannelser  
– uddrag fra to kapitler af Håndbog i Lærings- og mestringsuddannelser

Bilag 4. Organisering, implementering og forankring af kompetencer  
– Design og metode

Bilag 5. Oversigt over anvendte dokumenter i de seks kommuner

Bilag 6. Interviewguide til styregruppemedlem og arbejdsgruppemedlem



# Bilag 1.

## Vigtige sundhedsprofessionelle kompetencer – Design og metode

### 1 Design

Undersøgelsen laves i et kvalitativt design baseret på en samtale og et fokusgruppeinterview. Begge dele har til formål at beskrive og forstå, hvilke kompetencer, der er vigtige hos sundhedsprofessionelle, der laver Lærings- og mestringsuddannelser. Der vælges to forskellige undersøgelsesgrupper for at få undersøgelsens temaer belyst fra to forskellige perspektiver. Samtalen er ud fra projektets perspektiv og foregår mellem to gennemgående undervisere på kompetenceudviklingsforløbene og projektkoordinator. Resultaterne derfra fik indflydelse på spørgsmålene i fokusgruppeinterviewet, hvor perspektivet er de sundhedsprofessionelles erfaringer med egen praksis som undervisere i Lærings- og mestringsuddannelser. Både samtale og fokusgruppeinterview tager i opbygning og sprogbrug afsæt i kompetencebegrebet som beskrevet i afsnit 4.1, mens indhold og substans i den udarbejdede kompetenceprofil er resultatet af en ren induktiv proces.

### 2 Interview

Temaerne i såvel samtalen som i fokusgruppeinterviewet tager afsæt i Jørgensens definition af kompetencebegrebet (21), hvor kompetence ses som et helhedsbegreb, der omfatter et kvalifikationsaspekt, et handleaspekt og et personligt aspekt. I den konkrete formulering af spørgsmålene omtales kompetencebegrebet som "kompetencetrekanten" indeholdende tre dimensioner: viden, færdigheder og væren. Det er for at opretholde det sprogbrug om kompetencer, der bliver brugt i alle projektets sammenhænge, og som der er udviklet en fælles forståelse for betydningen af.

I samtalen består undersøgelsesgruppen af tre personer: Projektkoordinator, der har arbejdet som sygeplejerske gennem 25 år - de sidste 10 år med fokus på sundhedsfremme – og på daværende tidspunkt 2. års MPH-studerende. En sundhedskonsulent, der er gennemgående underviser og supervisor i kompetenceudviklingsforløbene, har arbejdet som fysioterapeut gennem 22 år – de sidste 20 år primært som underviser - har pædagogisk diplomuddannelse og coach uddannelse. Den faste eksterne underviser på det fjerde modul i kompetenceudviklingsforløbene. Han er cand. scient. pol., mangeårig konsulent i medarbejder-, leder- og organisationsudvikling, terapeut, supervisor samt stifter og leder af Art Spirit Coaching, en toårig uddannelse i coaching. Alle tre er tilknyttet projektet fra projektstart, følger og påvirker dets udvikling indefra men fra forskellige positioner. Samtalen finder sted i marts 2010 og

varer halvanden time. Den styres af den eksterne underviser, da han er den mest kompetente interviewer, har en vis distance til projektet som eksternt tilknyttet, og samtidig har stor indsigt i projektets substans.

Fokusgruppen består af én sundhedsprofessionel fra fire af de seks kommuner, og projektkoordinator er interviewer. De sundhedsprofessionelle vælges ud fra et forskellighedskriterium, og det drejer sig om tre sygeplejersker og én klinisk diætist. Tre af dem har forskellige videreuddannelser, to har været med fra projektstart og er medlem af Arbejdsgruppen, de to andre er kommet senere ind i projektet. Én bruger ca. 5 % af sin arbejdstid på Lærings- og mestringsuddannelser, en anden ca. 80 %. Interviewet er semistruktureret og gennemføres ud fra en interviewguide (se bilag 2), der tager udgangspunkt i Kvaless beskrivelse af stadier for interviewundersøgelser og indramning af interviews (41). Der er desuden hentet inspiration fra resultaterne af ovennævnte samtale og i en beskrivelse af de sundhedsprofessionelles opgaver, der blev godkendt medio år 2009 (se uddrag heraf i bilag 3). Interviewet varer to timer.

### 3 Transskribering

Begge interviews er transskriberet af projektets sekretær, der overværede og tog noter fra fokusgruppeinterviewet, men som ikke deltog i samtalen. Der er transskriberet ordret med angivelse af hvilken informant, der udtaler sig. Udråbsord og pauser er med enkelte undtagelser udeladt. Samtalen og fokusgruppeinterviewet fylder henholdsvis 16 og 27 enkeltlinjerede sider.

### 4 Analyse

Der vælges en analysemetode, der tager udgangspunkt i Kvaless analysetrin (41) og i Jørgensens beskrivelse af kompetence (21) som omfattende et kvalifikationsaspekt, et handelaspekt og et personligt aspekt set fra et individsynspunkt. Hensigten er at udarbejde et skema til sammenstilling af centrale temaer i de to undersøgelsesgruppers udsagn. Sammenstillingen bruges til at få et så differentieret billede af aspekterne i kompetencebegrebet som muligt, men også til at analysere ligheder og forskelle i temaernes indhold og i hvilke temaer, de to undersøgelsesgrupper er mest optaget af.

Den anden del af analysen tager udgangspunkt i Illeris' vurdering af, at kompetencebegrebets udgangspunkt ligger på det personlige plan, og at de mere konkrete kvalifikationer er noget, der kan trækkes ind og medvirke til at realisere kompetencen (20). Hensigten er at udarbejde et display til illustration af sammenhængen mellem de tre aspekter, og som samtidig er et konkret bud på en differentieret kompetenceprofil for de sundhedsprofessionelle. På baggrund af dette formuleres et antal kernekompetencer hos de sundhedsprofessionelle indeholdende alle aspekter.

Analyseprocessen startes med en første gennemlæsning, der strukturerer de transskriberede interviews, så materiale, der ikke omhandler kompetencebegrebet markeres og ses bort fra i den planlagte analyse. Ved anden gennemlæsning markeres udsagn med et K, H eller P, når de omhandler henholdsvis et kvalifikationsaspekt, et handleaspekt og et personligt aspekt. Dernæst læses udsagnene igen og vurderes på deres betydning, og på den baggrund formuleres et tema. Hvert nyt tema får et nyt nummer, og temaer med betydninger, der tidligere er formuleret, får det tilsvarende nummer som tidligere. Undervejs i processen arbejdes der med formulering af temaerne, så de fremtræder så dækkende for udsagnenes betydning som muligt. Den endelige kategorisering af udsagnene lægges i tre skemaer, der er opbygget således:

**UDSAGN OM CENTRALE TEMAER I KVALIFIKATIONSASPEKTET HOS DE SUNDHEDSPROFESSIONELLE I LM-FORLØB**

Centrale temaer	Udsagn fra projektets undervisere	Udsagn fra de sundhedsprofessionelle
K1		
K2		
...		

De to andre skemaer indeholder på tilsvarende vis udsagn om centrale temaer for handleperspektivet og det personlige perspektiv.

I anden del af analyseprocessen arbejdes der med, hvad de kategoriserede udsagn konkret udtrykker vedrørende kompetencebegrebets aspekter. Hvert enkelt centrale tema analyseres for de to undersøgelsesgrupper under ét. Hvis der er overensstemmelse mellem gruppernes udsagn, er der i prosa forsøgt at formulere den forståelse af kompetencebegrebernes aspekter, de to undersøgelsesgrupper under ét udtrykker. Hvis kun én undersøgelsesgruppe har udsagn om et centralt tema, er denne gruppes forståelse forsøgt formuleret. Er der uoverensstemmelser, tages det centrale tema ud til senere analyse af uoverensstemmelserne. Denne del af analyseprocessen starter med at formulere de centrale temaer i det personlige aspekt. Dernæst formuleres de centrale temaer i handleaspektet og kobles med det tema i kvalifikationsaspektet, det naturligt hører sammen med. Ét tema i handleaspektet kan godt koble sig til mere end ét tema i kvalifikationsaspektet. Der laves dernæst et display, der fremstiller de centrale temaer for de to undersøgelsesgrupper under ét. Displayet opbygges således:

## KOMPETENCEBEGREBETS ASPEKTER, DERES SAMMENHÆNG OG CENTRALE TEMAER

Personlige aspekter	Kvalifikationsaspekter	Handleaspekter

På baggrund af dette formuleres en kompetenceprofil for sundhedsprofessionelle i Lærings- og mestringsuddannelser. Den udarbejdes med udgangspunkt i Jørgensens opdeling og indhold af kompetencer i bredden og i dybden (21), der både opererer med nogle kernekompetencer og med kompetencer i dybden, der går på tværs og knytter sig til hver enkelt kernekompetence.

### 5 Etik og fortrolighed

Deltagerne i de to undersøgelsesgrupper har givet informeret mundtlig tilladelse til brug af data til projektet. Alle data er behandlet fortroligt, opbevaret efter gældende regler og arbejdet med i anonymiseret form. Undersøgelsens resultater er desuden præsenteret uden mulighed for identifikation af den enkelte deltager i fokusgruppeinterviewet med de sundhedsprofessionelle. Deltagerne i samtalen mellem underviserne i projektet har givet tilladelse til genkendelighed i præsentationen.

## Bilag 2.

# Interviewguide til fokusgruppe-interview med sundhedsprofessionelle

Fokusgruppen består af en sundhedsprofessionel fra hver af de seks deltagende kommuner. Alle har afviklet mindst én Lærings- og mestringsuddannelse indbefattende indledende og opfølgende samtaler samt gruppeforløb.

Interviewet er planlagt til at vare to timer alt i alt: Spørgsmål 1 ca. 10 min., spørgsmål 2-11 ca. 60 min. og spørgsmål 12-15 ca. 25 min.

### *Introduktion*

- Opbevaring og brug af data
- Formål med interviewet
- Efterfølgende databehandling
- Opbygning af interviewet

### *Baggrund*

Navn, sundhedsfaglig uddannelse, stilling og hvor stor en del af din arbejdstid, du bruger på Lærings- og mestringsuddannelser (ca. i procent), samt antal Lærings- og mestringsforløb, du har gennemført.

### *Generelt spørgsmål*

1. Runde, hvor man ikke kommenterer på de andre: Nævn de tre vigtigste kompetencer, som den sundhedsprofessionelle skal have for at kunne lave Lærings- og mestringsuddannelser.

### *Den afklarende samtale*

2. I den afklarende samtale er formålene bl.a. at støtte deltagerens klarhed over egne behov og at starte en udviklingsproces hos deltageren.  
Hvilke kompetencer er vigtige at have for at **kunne stille de spørgsmål, der støtter den proces?**



3. I Håndbogens afsnit om den afklarende samtale står der: "*Borgeren skal føle sig mødt, respekteret og anerkendt i mødet med den sundhedsprofessionelle, som forholder sig udforskende, undersøgende og ikke-fordømmende til, hvad der måtte være i det liv, borgeren lever.*"  
Hvilke kompetencer er vigtige for at kunne det?
4. I Håndbogens afsnit om den afklarende samtale står der: "*At blive hørt forudsætter, at der er én, der lytter. Lytter med indlevelse, ægte positiv nysgerrighed og åbenhed overfor den andens liv og opfattelse af tingene. Lytter efter, hvad der er vigtigt og betydningsfuldt for den enkelte, og spørger uddybende ind til det.*"  
Hvilke kompetencer er vigtige for at kunne det?

### Gruppeforløbet

5. Hvilke kompetencer er vigtige for at kunne **planlægge, evaluere og undervejs justere** et Lærings- og mestringsforløb?
6. Hvilke kompetencer er vigtige for at **samarbejdet med den erfarne patient** lykkes?
7. Hvilke kompetencer er vigtige for at kunne **strukturere og styre selve gruppeprocessen** i et Lærings- og mestringsforløb på en måde, der **involverer deltagerne**?
8. I Lærings- og mestringsuddannelserne skal den sundhedsprofessionelle bl.a. kunne **identificere, hvor i mestringsprocessen, deltageren er, og støtte deltageren til at bevæge sig videre** i processen.  
Hvilke kompetencer er vigtige for at kunne det?
9. I Håndbogens afsnit om planlægning og gennemførelse af undervisning står der: "*... det er vigtigt at kunne rumme de følelser, deltagerne giver udtryk for.*"  
Hvilke kompetencer er vigtige for at kunne det?
10. **Den erfarne patients fortællinger** er et centralt element i konceptet.  
Hvilke kompetencer er vigtige for at inddrage dem og lade dem folde sig ud, når det er relevant?
11. Hvilke kompetencer er vigtige for kun at kunne bringe sin **faglige viden** ind i undervisningen, når den er **efterspurgt og/eller relevant** for temaerne?

### Afsluttende spørgsmål

12. En hurtig runde: Så hvis du skal finde en **ny kollega** til at lave Lærings- og mestringsuddannelser, hvad er så **den vigtigste kompetence**, hun skal besidde?
13. Er der en **erhvervsferfaringsbaggrund**, der er særlig god at have?
14. Kan en **nyuddannet** lave Lærings- og mestringsuddannelser? I givet fald: Hvad kigger I så efter af kompetencer?
15. En hurtig runde uden kommentarer fra de andre: Hvad er det i dig / hvilken **drivkraft i dig** gør, at du godt kan lide at lave Lærings- og mestringsuddannelser?

*Afrunding*

- Hvad sker der nu med interviewet
- Ønsker om gennemsyn og mulighed for kommentarer undervejs i analysen
- Offentliggørelse

*Eftertanker ...*



## **Bilag 3.**

# Sundhedsprofessionelles opgaver i Lærings- og mestringsuddannelser

- uddrag fra to kapitler i Håndbog i Lærings- og mestringsuddannelser ([www.mestring.dk](http://www.mestring.dk))

Den afklarende samtale	Planlægning og gennemførelse af undervisning
<p>I den indledende samtale skal den sundhedsprofessionelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• støtte deltagerens klarhed over egne behov</li> <li>• starte en udviklingsproces hos deltageren med henblik på styrkelse af mestringsevnen</li> <li>• få indsigt i, hvilke spørgsmål deltageren har brug for at arbejde med</li> <li>• støtte, at deltageren afklares med hvilket patientuddannelsesstilbud, det er relevant at deltage i.</li> </ul> <p>I den opfølgende samtale skal den sundhedsprofessionelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• støtte deltagerens klarhed over nuværende behov</li> <li>• støtte deltagerens klarhed over egen udvikling</li> <li>• støtte en fortsat udviklingsproces hos deltageren med henblik på styrkelse af mestringsevnen</li> <li>• give den sundhedsprofessionelle indsigt i deltagerens udvikling, og hvad der aktuelt er brug for at arbejde videre med</li> <li>• gøre deltageren afklaret med, om der er patientuddannelsesstilbud, det er relevant at deltage i.</li> </ul> <p>Generelt omkring samtalerne skal den sundhedsprofessionelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sørge for et uforstyrret og venligt lokale</li> <li>• få deltageren til at føle sig velkommen</li> <li>• sætte rammen omkring samtalen</li> <li>• få deltageren til at folde sin historie ud</li> <li>• hjælpe løsninger på vej</li> <li>• støtte deltageren i at se og sætte ord på egne styrkesider og på de vigtigste udfordringer/besværligheder</li> <li>• få et indtryk af, hvilke ønsker og mål deltageren har for fremtiden, herunder behov for patientuddannelse</li> <li>• bidrage med viden, når det er relevant</li> <li>• bemærke sig, om der er generelle temaer i deltagerens historie, der kunne indgå i et efterfølgende gruppeforløb</li> </ul>	<p>Den sundhedsprofessionelle skal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gøre sig didaktiske overvejelser sammen med den erfarne patient</li> <li>• planlægge, gennemføre og evaluere forløbet sammen med den erfarne patient</li> <li>• skabe en tryk og rar stemning</li> <li>• undervejs tilpasse forløbenes indhold til deltagerens aktuelle behov sammen med den erfarne patient</li> <li>• gøre deltagerne så aktive som muligt</li> <li>• varetage gruppeledelsen, herunder detaljeret planlægning og strukturering undervejs i en dynamisk proces</li> <li>• være ansvarlig for gruppeprocessen, herunder give alle mulighed for at komme til orde, kunne være direkte og nænsom, kunne afbryde og bruge sit blik til styring</li> <li>• inddrage den erfarne patients erfaringer og fortællinger, når det er relevant</li> <li>• have øje for den enkelte deltagers særheder, og hvor han/hun befinder sig i mestringsprocessen</li> <li>• være opmærksom på de følelser deltagerne giver udtryk for – direkte eller indirekte</li> <li>• være opmærksom på, hvordan hun selv takler de fire grundfølelser vrede, sorg, frygt og glæde</li> <li>• hjælpe deltageren til at se de aktuelle følelser og faktiske forhold i øjnene på en accepterende måde</li> <li>• være opmærksom på 'låsnings' hos deltagerne</li> <li>• bidrage med faglig viden, når det er relevant</li> </ul>

## Bilag 4.

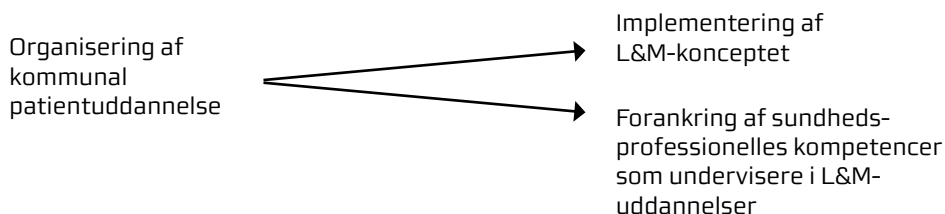
# Organisering, implementering og forankring af kompetencer

## – Design og metode

### 1 Design

Der er valgt et komparativt case-design, der omfatter de seks kommuner, der har deltaget i Lærings- og mestringsprojektet. Det muliggør, at evalueringen får en nuanceret deskriptiv karakter i forhold til at identificere ligheder og forskelle mellem kommunerne i måden at organisere patientuddannelse på. Det giver ligeledes en mulighed for at give flere bud på, om organiseringen har betydning for implementering af L&M-konceptet i patientuddannelser, for forankringen af de sundhedsprofessionelles kompetencer og i givet fald hvordan. Den overordnede model for evalueringen er illustreret i nedenstående figur.

#### OVERORDNET MODEL FOR EVALUERING AF ORGANISERING, IMPLEMENTERING OG KOMPETENCER



De seks kommuner var alle en del af det tidligere Ringkøbing Amt, og som beskrevet i afsnit 2.2.1, har de en lang tradition for at udbrede og implementere den sundhedsfremmende tilgang i arbejdet med sundhed og ældre i amtets kommuner. De har på denne måde en fælles baggrund og erfaring med tværkommunalt samarbejde i regi af det tidligere amt, og derfor – som udgangspunkt for deltagelse i L&M-projektet – en tilsyneladende ens tilgang til samarbejde om og holdning til sundhedsanliggender. En forskel i udgangspunkt, der kunne være relevant at nævne, er den kendsgerning, at tre af kommunerne var repræsenteret i den arbejdsgruppe, der udarbejdede projektbeskrivelsen til Lærings- og mestringsprojektet i foråret 2007. Som beskrevet i afsnit 2.2.4 er de seks kommuner alle repræsenteret i L&M-projektets styregruppe og arbejdsgruppe med henholdsvis en ledelsesrepræsentant og en såkaldt nøgleperson. Eventuelle forskelle mellem kommunerne vedr. implementering af L&M-konceptet og forankring af kompetencer kan derfor findes i andre parametre.

Kommunernes organisering ændrer sig i enkelte tilfælde undervejs i projektet. Der vælges i denne evaluering at beskrive den organisering, der var gældende størstedelen af udviklings- og implementeringsfaserne. Beskrivelsen af kommunernes implementering af L&M-konceptet i deres patientuddannelser er fokus rettet på forudsætninger for og udfordringer ved vellykket implementering, samt efterlevelse og udbredelse af L&M-konceptet og hvordan, man har rekrutteret deltagere. Tilsvarende er den nære organisations tiltag vedrørende kompetenceudvikling omdrejningspunktet i beskrivelsen af forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer – sammen med vurderingen af forudsætninger og udfordringer.

## 2 Dataindsamling

Der er valgt forskellige datakilder som grundlag for beskrivelser og analyser i rapporten. I nedenstående tabel ses en oversigt over dataindhold og datakilder.

### OVERSIGT OVER DATAINDHOLD OG DATAKILDER

Dataindhold	Datakilde
Demografiske forhold Udbredelse af kronisk sygdom Kommunernes organisering af patientuddannelse  Deltagere og holdtyper Baggrund for deltagelse i L&M-projektet Politisk og administrativ forankring Ledelsesmæssig bevågenhed Kultur Implementering af L&M-konceptet Forankring af kompetencer	Kommunale nøgletal Sundhedsprofiler Organisationsplaner for kommunen og den nære organisering af patientuddannelse, sundhedspolitikker og oplysninger fra hjemmesider samt interviews Kvantitativ evaluering af L&M-projektet Interviews Sundhedspolitikker, hjemmesider og interviews  Interviews

### 2.1 Dokumenter

I forrige afsnit nævnes det, at de seks kommuner på væsentlige områder har et fælles udgangspunkt for deltagelse i L&M-projektet. Udgangspunktet er dog forskelligt, når det drejer sig om demografiske faktorer. Derfor er overordnede nøgletal inddraget vedrørende indbyggertal, antal ansatte i kommunen og strukturelle forhold som areal, befolkningstæthed og hvor stor en andel af befolkningen, der bor i bymæssig bebyggelse. Der er ligeledes inddraget data omkring udbredelse af de kroniske sygdomme, der har været prioriteret i den regionale indsats. Det drejer sig om data vedrørende KOL, type 2-diabetes og hjertekarsygdomme.

Til beskrivelsen af kommunernes formelle organisering af sundhed og patientuddannelse er deres respektive organisationsplaner brugt, og i beskrivelsen af synet på sundhed og visioner for borgernes sundhed er den vedtagne sundhedspolitik anvendt. Enkelte kommuner var på undersøgelsestidspunktet på vej med nye sundhedspolitikker, men de er ikke inddraget, da de ikke var gældende i udviklings- og implementeringsfaserne. Kommunernes hjemmesider er inddraget til at finde ovenstående dokumenter, men også til at finde mere generelle oplysninger, der sætter de formelle dokumenter ind i praktisk sammenhæng. Søgningerne er foretaget i perioden fra februar 2010 til april samme år, og i bilag 5 ses en komplet oversigt over de anvendte dokumenter fra de seks kommuner.

### 2.2 Interview

For at få to forskellige perspektiver på den enkelte kommunes organisering af patientuddannelse, implementering af L&M-konceptet og forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer er kommunernes repræsentanter i Styregruppen og i Arbejdsgruppen blevet interviewet enkeltvis. Derved er der indhentet viden fra et lederperspektiv og et medarbejderperspektiv, og de interviewede kunne ikke påvirke hinanden i besvarelsen af spørgsmålene. Styregruppemedlemmerne blev inviteret først ud fra antagelsen om, at en aftale var sværest at opnå med dem. Da den aftale var på plads blev arbejdsgruppemedlemmet inviteret. Interviewenes rækkefølge er således tilfældig, dog var det muligt i to af kommunerne at interviewe arbejdsgruppemedlemmet direkte efter interviewet med styregruppemedlemmet. Denne løsning blev valgt af praktiske årsager.

Planen for udvælgelse af interviewpersoner giver potentielt tolv individuelle interviews. To interview var dog ikke mulige. Det ene var interviewet med ledelsesrepræsentanten i Herning Kommune, der få dage før det planlagte interview valgte at fratræde sin stilling. Det andet var i Ikast-Brande Kommune, hvor kommunens Arbejdsgruppemedlem siden 2010 også har været medlem af Styregruppen. I begge kommuner har de interviewede ledelsesfunktion, og der mangler derfor et medarbejderperspektiv fra de to kommuner. For at kunne få oplysninger om baggrunden for Hernings Kommunes deltagelse i L&M-projektet blev der lavet et telefoninterview med kommunens første repræsentant i Arbejdsgruppen.



---

Der er udarbejdet en interviewguide som udgangspunkt for interviewene. Den er bygget op omkring undersøgelsens tre centrale begreber: organisering af patientuddannelser, implementering af konceptet og forankring af kompetencer samt et spørgsmål omkring baggrunden for deltagelse i projektet (se bilag 6). Interviewrunden fandt sted fra marts 2011 til maj samme år, og hovedparten havde en varighed på mellem tre kvarter og en time med yderpunkter på en halv time og fem kvarter.

### 2.3 Transskribering

Med undtagelse af ét interview er transskriberingen foretaget af samme person, og i ingen tilfælde blev interviewene overværet af vedkommende. Der er transskriberet ordret med angivelse af, om interviewer eller informant udtaler sig. Udråbsord og pauser er med enkelte undtagelser udeladt. Interviewene er transskriberet med en linieafstand på halvanden og fylder mellem ti og nitten sider. Citaterne er modificerede, så de bliver mere flydende og dermed lettere at læse. Der er dog først og fremmest lagt vægt på, at meningen af citatet ikke ændres, men også at den interviewedes egen sprogbrug og valg af ord er så intakte, som muligt i forhold til forståelsen af det citerede. Citaterne er skrevet med kursiv og sat i anførelsestegn. Hvis passager i citatet er udeladt, er det markeret med tre punktummer "...".

## 3 Analyse

Den første del af analyseprocessen er en beskrivelse af de udvalgte demografiske data og sundhedsprofildata på hver enkelt kommune med henblik på at identificere ligheder og forskelle mellem de seks kommuner. Det drejer sig om indbyggertal, areal, befolkningstæthed, og udbredelse af kronisk sygdom. Efterfølgende beskrives hver enkelt kommunes organisering af og syn på sundhed, organisering af patientuddannelser, patientuddannelses tilbud og Læring og mestring. Dette gøres med udgangspunkt i de kommunale dokumenter og de ti interviews. På baggrund af beskrivelserne identificeres ligheder og forskelle vedr. historik, baggrund for deltagelse i L&M-projektet, syn på sundhed, hvordan sundhedsområdet er organiseret og fysisk beliggende, reference til direktørniveau, den uddannelsesmæssige baggrund for styregruppe- og arbejdsgruppemedlemmer, varetagelse af patientuddannelsesområdet, valg af medlemmer til projektets arbejdsgrupper, ledelsesbevågenhed, udbredelse af tankegangen bag Læring og mestring og kulturen i den nære organisation.

Med udgangspunkt i interviewene beskrives det derefter, hvilke forudsætninger, der skal være til stede, for at opnå en vellykket implementering af L&M-konceptet, og dernæst hvilke udfordringer, der har været. Dette efterfølges af beskrivelser af, hvordan deltagerne er rekrutteret, hvilke holdtyper, der er udbudt, og i hvilken grad L&M-konceptet er efterlevet og udbredt. I forhold til forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer beskrives det ligeledes, hvilke forudsætninger, der skal være til stede, for at opnå en vellykket forankring, og hvilke udfordringer, der har været. Forskellige former for tiltag i form af kompetenceudvikling beskrives, og slutteligt identificeres ligheder og forskelle mellem kommunerne.

Ud fra de ovenfor nævnte beskrivelser af kommunernes organisering mht. sundhed, patientuddannelser og L&M-projektet laves en skematisk oversigt over de forskellige organiseringsaspekter med en markering med et "X" af, hvilke kommuner, der har inddraget det enkelte aspekt. Det gøres for at skabe overblik over ligheder og forskelle mellem kommunerne, og som led i at kunne vurdere organiseringsaspekternes betydning. Oversigten ser således ud:

Organiseringsaspekt	Kommune					
	Herning	Holstebro	IBK	Lemvig	RKSK	Struer
A						
B						
...						

Dernæst opstilles der parametre, der på forskellig vis er udtryk for omfanget af implementeringen. De tages direkte fra temaerne i beskrivelserne og formuleres på en måde, så kommunerne enten har et positivt eller et negativt udfald på dem, og/eller så der kan svares ja eller nej til, om det enkelte parameter er opfyldt i den enkelte kommune. På samme måde opstilles der parametre for tiltag, der sigter mod at fremme vedligeholdelse og udvikling af de sundhedsprofessionelles kompetencer. Også her er parametrene taget ud fra temaerne i de ovenfor nævnte beskrivelser.

Som redskab til at vurdere, om der er sammenhæng mellem organiseringsaspekterne og de fundne parametre, bliver hvert enkelt parameter sammenholdt med de markerede organiseringsaspekter i den enkelte kommune, der samtidig registreres i en kolonne for, om de har et positivt udfald/svar på det enkelte parameter, eller om de har et negativt udfald/svar. For hvert enkelt parameter præsenteres dette i en tabel, der fx kan se således ud:

Organiseringsaspekt	Parameter vedr. implementeringen omfang							
	Positivt udfald			Negativt udfald				
	Kommune	HE	HO	Kommune	IBK	LE	RKSK	ST
A								
B								
...								

I hver enkelt tabel optælles markeringerne vedrørende det enkelte organiseringsaspekt i hver udfaldskolonne. Er der fx markeringer for aspekt A i begge de 'positive' kolonner og ingen markeringer for aspekt A i de fire 'negative' kolonner, bliver det taget til udtryk for at indikere en positiv sammenhæng mellem organisationsaspekt A og parameteret. Er der markeringer i de to 'positive' kolonner og i én af de 'negative' kolonner, bliver det taget til udtryk for at antyde en positiv sammenhæng. Er markeringerne vilkårligt placeret i kolonnerne, bliver det taget til udtryk for, at der ikke er en sammenhæng.

Endelig optælles, hvor mange positive udfald på parametrene, hver enkelt kommune har, når parametrene opgøres samlet. De kommuner, der har positivt udfald på mere end halvdelen af parametrene, undersøges derefter for, om de er karakteriseret ved nogle af organiseringsaspekter. Er det tilfældet, tages det som udtryk for, at det/de organiseringsaspekt(er) har en generel positiv betydning for implementering af L&M-konceptet og på forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer.

#### 4 Etik og tilladelser

De interviewede har givet informeret mundtlig tilladelse til brug af data fra interviewene til evalueringen. Alle data fra interviewene er blevet behandlet fortroligt og opbevaret efter gældende regler. Der er *ikke* blevet lovet anonymitet, derimod er alle blevet tilbudt at gennemlæse tekst og citater vedrørende egne citater og egen kommune med henblik på at kunne kommentere på fejl, misforståelser eller uklarheder. Dette er efterfølgende blevet korrigeret i såvel tekst som citater.

## **Bilag 5.**

# Oversigt over anvendte dokumenter i de seks kommuner

## **OVERSIGT OVER ANVENDTE DOKUMENTER I DE SEKS KOMMUNER**

Kommune	Dokumenter
Herning Kommune	Organisationsplan, Januar 2011; Herning Kommunes Sundhedspolitik, 2009; Oplysninger fra <a href="http://www.herning.dk">www.herning.dk</a> .
Holstebro Kommune	Organisationsplan Direktion, fagforvaltninger og tværgående stabsområder, December 2010; Organisationsplan, Social og Sundhed, Januar 2011; Sundhedscenter Holstebro Kommune, August 2006; Sundhedspolitik Holstebro Kommune, August 2007 Oplysninger fra <a href="http://www.holstebro.dk">www.holstebro.dk</a> .
Ikast-Brande Kommune	Organisationsplan IBK, februar 2010; Organisationsplan – Sundheds- og Omsorgsområdet, Juli 2011; Vision 2016, April 2010; Sundhedspolitik 2009, Juni 2009; Oplysninger fra <a href="http://www.ikast-brande.dk">www.ikast-brande.dk</a> .
Lemvig Kommune	Politisk Organisation og Administrativ struktur; Organisationsdiagrammer for Social & Sundhed; Sundhedspolitik Lemvig Kommune 2008-2010; Oplysninger fra <a href="http://www.lemvig.dk">www.lemvig.dk</a> .
Ringkøbing-Skjern Kommune	Folder om ledelse, organisation, vision og værdier, Sep. 2010; Organisering i Sundhed og Omsorg, September 2009; Organisering i Sundhedscenter Vest, marts 2011; Sundhedspolitik 2007-2011 for Ringkøbing-Skjern Kommune; Oplysninger fra <a href="http://www.sundhedscenter-vest.dk">www.sundhedscenter-vest.dk</a> .
Struer Kommune	Organisationsdiagram for Struer Kommune, 1. januar 2011; Organisering af SundhedscenterStruer; Organisering af Sundhedsfremme og forebyggelse i Struer Kommune, 07-09-2007; Sunde borgere i Struer Kommune - Sundhedspolitik 2007-2010; Oplysninger fra <a href="http://www.struer.dk">www.struer.dk</a>

## Bilag 6.

# Interviewguide til styregruppemedlem og arbejdsgruppemedlem

Individuelt interview – varighed 45-60 min.

### *Introduktion*

- Opbevaring og brug af data – anonymitet ikke sikret, men godkendelse af citater
- Formål med interviewet er at få belyst, hvilken betydning kommunens organisering har på implementering af Lærings- og mestringskonceptet i patientuddannelse og på forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer
- Efterfølgende databehandling
- Opbygning af interviewet
- Spørgsmål?

### *Baggrund*

Navn, stilling og ansvarsområde, uddannelse.

### *Projektet "Etablering af et Lærings- og mestringskoncept"*

1. Hvad var baggrunden for, at kommunen valgte at deltage i projektet?  
Nævn de væsentligste tre faktorer.
2. Hvad er afgørende for succesfuld implementering af Lærings- og mestringskonceptet i patientuddannelser? Nævn de væsentligste tre faktorer.

### *Organisering af patientuddannelser*

3. Kort skitsering af kommunens formelle politik på området. Hvordan viser den sig i hverdagen / i måden at løse opgaver på / udøve sin funktion?
4. Hvilken rolle spiller LM i Sundhedscentret? / Er det en del af en overordnet vision?
  - a. Er der få eller mange medarbejdere, der brænder for LM?
5. Hvad er den største ledelsesmæssige udfordring / udfordring som nøgleperson i forhold til implementering af konceptet?
  - a. Hvor stor en del af din arbejdstid bruger du på LM?

6. I hvilke sammenhænge indgår patienter og patientorganisationer i Sundhedscentret?
  - a. Hvordan og hvor meget indgår de?
  - b. Hvilken betydning har de for LM i Sundhedscentret?

#### *Forankring af kompetencer*

7. Hvad er afgørende for at kompetencer i LM succesfuldt forankres (understøttes og udvikles) i Sundhedscentret? Nævn de tre væsentligste faktorer.
8. Kort skitsering af hvor mange sundhedsprofessionelle og erfarne patienter i kommunen, der er uddannet i LM. Hvorfor ser 'billedet' sådan ud? En bevidst nedskrevet strategi eller ...?
9. Hvad tilbyder projektorganisationen i forhold til kompetenceudvikling? Hvilken betydning har tilbudene?
10. Hvordan arbejder I selv med kompetenceudvikling?
  - a. Hvem inkluderes i den?
  - b. Hvilken betydning har den?
11. Hvad er den største udfordring i forankring af kompetencer i LM?

#### *Implementering af konceptet*

12. På en skala fra 0-10: I hvor høj grad opfylder I konceptet i jeres Lærings- og mestringsuddannelser?
13. Hvad skal der til for at komme op på '10' her i Sundhedscentret?
14. Hvordan har I valgt at rekruttere deltagere? Hvordan er det kommunikeret?
15. Hvad er den største udfordring i forhold til rekruttering af deltagere?
16. Hvilken rolle spiller økonomi/ressourcer i forhold til LM? Hvordan har I håndteret den del?

#### *Afrunding*

- Hvad sker der nu med interviewet
- Ønsker om gennemsyn og godkendelse af citater
- Offentliggørelse

#### *Eftertanker*

- o Hvad er det vigtigste, jeg har erfaret?
- o Hvordan var interaktionen i mellem os?





---

---

---





Projektet **Læring og mestring** har udviklet og implementeret et patientuddannelseskoncept og et kompetenceudviklingsforløb for underviserne. Patientuddannelserne kaldes Lærings- og mestringsuddannelser, og en af hjørnestenene er, at erfarne patienter og sundhedsprofessionelle sammen planlægger, gennemfører og evaluerer forløbene. Den erfaringsbaserede viden og den sundhedsfaglige viden går således hånd i hånd undervejs. En anden hjørneste er de sundhedspædagogiske principper, der bygger på en høj grad af deltagerinvolvering og dialog, og som tager sit udgangspunkt i deltagerens aktuelle behov.

Det er en udfordring for de sundhedsprofessionelle at være den gennemgående underviser på Lærings- og mestringsuddannelserne. En af de sundhedsprofessionelle, der sammen med en erfaren patient har afviklet flere Lærings- og mestringsuddannelser, siger om det:

*”Man skal ikke være forfængelig. Man skal turde ikke at lykkes ... Man skal faktisk være uperfekt ... og så synes, det sjovt at være i, selvom det er fuldstændig kaotisk”.*

Den første del af evalueringen undersøger hvilke kompetencer, der er vigtige hos de sundhedsprofessionelle undervisere. Den viser, at de sundhedsprofessionelle skal besidde komplekse kompetencer, og at bestemte personlige kompetencer er nødvendige for, at de erhvervede kvalifikationer kan bringes på banen på en troværdig og gennemslagskraftig måde.

Den anden del af evalueringen beskriver, hvordan de involverede kommuner – Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer kommuner – har organiseret deres patientuddannelser. Der vurderes desuden på, hvilken betydning organiseringen har på implementeringen af Lærings- og mestringskonceptet og på forankringen af de sundhedsprofessionelles kompetencer i den nære organisation. Her tyder det bl.a. på, at det fremmer implementeringen, at de ansvarlige har videreuddannelse i og praktisk erfaring med sundhedsfremmende arbejde, og at det er en væsentlig ledelsesopgave at sikre et fagligt miljø omkring Læring og mestring i en kultur, der er præget af dialog. Det tyder ligeledes på, at organisering af de kommunale sundhedstilbud i et sundhedscenter fremmer både implementering af konceptet og forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer.