

Brukererfaring og fagkunnskap hånd i hånd

LÆRINGS- OG MESTRINGSSENTRENE VIRKSOMHET HAR EN IDEOLOGI SOM ER VEL VERD Å BYGGE VIDERE PÅ

Av Liv Hopen



*Liv Hopen er ergoterapeut og fagbokforfatter. Hun var den første lederen ved Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom, og en aktiv pådriver i oppstarten av de 36 første lærings- og mestringssentrene i Norge. Hun er nå leder for Ergoterapeutenes Seniorforum.
E-post: livhopen@hotmail.com*

Det er ingen interessekonflikter knyttet til manuskriptet.

Sammendrag

Opplæringskonferansen «Læring for livet – fra lydighet til selvstendighet» høsten 1996 ble startskuddet for lærings- og mestringssentrene i Norge. Hovedbudskapet i konferansen var at personer med kronisk sykdom og/eller funksjonsnedsettelse og deres pårørende har behov for kunnskaper om hvordan de skal leve med sykdommen i hverdagen. For å planlegge og gjennomføre gode læringstilbud må fagfolk samarbeide med brukere som har opplevd hvordan det er å ha sykdommen.

Standard metode for pasientopplæring ble utviklet gjennom «Prosjekt Lærings- og mestringssentre ved Aker sykehus» i 1997-1998, og metoden har siden stort sett vært uforandret.

Arbeidsmåten er basert på dialog og forankret i verdiene om brukermedvirkning og sidestilling av brukererfaring og fagkunnskap.

Oppveksten av lærings- og mestringssentre ble enorm. Etterhvert var det etablert lærings- og mestringssentre ved alle helseforetak i landet. Også i Sverige ble det etablert flere lignende sentre etter modell fra Norge. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er lærings- og mestringstjenester i en oppbyggingsfase.

Nøkkelord: Pasientopplæring, gruppetilbud, læring, mestring, brukerfortellinger, brukererfaringer, brukermedvirkning

LÆRING FOR LIVET - FRA LYDIGHET TIL SELVSTENDIGHET

I 1996-97 var fem brukerorganisasjoner aktive i idéutviklingen av Lærings- og mestringssentrene (LMS) i Norge. De var opptatt av tre forhold:

1. Ved langvarig sykdom og/eller funksjonsnedsettelse har pasient og pårørende stort behov for kunnskaper om hvordan de skal leve med sykdommen i hverdagen. Det er like viktig å få kunnskaper som å få behandling og medisin.
2. Helsepersonell må bli bedre til å formidle kunnskaper til personer med kronisk sykdom.
3. Den kunnskap pasienter og pårørende trenger, kan ikke fagpersoner alene formidle. For å lage gode læringstilbud må fagfolk samarbeide med brukere som har opplevd hvordan det er å ha sykdommen.

Brugerorganisasjonene Norges Diabetesforbund, Norsk Epilepsiforbund, Norges Astma- og Allergiforbund, Landsforeningen for Hjerte- og lungesyke og Norsk Revmatikerforbund, arrangerte høsten 1996 i samarbeid med Legeforeningen og Sykepleieforbundet opplæringskonferansen «Læring for livet - fra lydighet til selvstendighet». Dette ble en viktig milepæl for lærings- og mestringsevne i Norge. Helseminister Gudmund Hernes, som var tilstede i konferansen, ble pådriver for å få igangsatt en modell med samarbeid mellom fagfolk og erfarne brukere.

ÅPNINGEN AV LANDETS FØRSTE LÆRINGS- OG MESTRINGSSENTER (LMS) SKJEDDE RASKT

På bakgrunn av at Aker sykehus allerede hadde startet noen «pasientskoler», rettet Sosial- og helsedepartementet i mars 1997 en forespørsel til Oslo kommune om å være vertskap og ha et administrativt ansvar for et prosjektsamarbeid mellom departementet, fem brukerorganisasjoner og Aker sykehus. Departementet valgte med andre ord å starte et sted der det var rimelig god sjanse for å lykkes. Det ble en bevisst taktikk i hele prosjektperioden å starte opp der det var best mulighet for å lykkes, for så å dra nytte av ringvirkningene dette førte med seg.

Ergoterapeut Liv Hopen ble plukket ut til å lede Prosjekt Lærings- og mestringssenter. Dette skyldtes hovedsakelig hennes brede erfaring med å lede flere store prosjekter med tverrfaglige kvalitetssirkler både på tvers av avdelinger og klinikker i sykehuset og i samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste.

Det måtte handles raskt for å oppfylle helsemi-



Informasjonsplakat om lærings- og mestringssenteret.

nister Gudmund Hernes' ønske om å åpne senteret før stortingsvalget samme høst. I løpet av tre måneder, midt i ferietiden, skulle alt på plass - skrive prosjektsøknad, finne egnede lokaler og ombygge disse så de ble tilgjengelige for rullestol.

12. september 1997 var det offisiell åpning av landets første Lærings- og mestringssenter ved Aker sykehus.

LÆRINGS- OG MESTRINGSSENTERETS OPPGAVER

Lærings- og mestringssenterets fire hovedoppgaver skulle være:

1. å være en tilgjengelig *møteplass* og et samarbeidsverksted for fagpersoner, erfarne brukere, pasienter og deres pårørende.
2. å være et senter for *kursvirksomhet* der mennesker med ulike langvarige helseutfordringer inviteres til å delta på kurs av kortere eller lengre varighet.
3. å bidra til at helsepersonell kan bli bedre til å *formidle kunnskaper* til pasienter og pårørende.
4. å være et aktivt *informasjonssenter* med informasjonsmateriell og tilgang til internett.

Det hadde betydning at møteplassen var et nøytralt og hyggelig sted som egnet seg for dialog og likeverdig samarbeid. Likeverdighet er ikke like lett å få til i lokaler med sterkt sykehuspreg, der pasient og pårørende er vant til å møte eksperter som forvalter alle svarene, og der pasienten oftest går inn i en passiv pasientrolle. Når brukere og fagfolk møtes på andre arenaer, kan det bidra til at rollene og maktforholdet endres.

DE FØRSTE SKRITT

Synliggjøring var helt vesentlig i oppstarten. Både pasienter, pårørende og fagfolk måtte bli oppmerksom på Lærings- og mestringssenteret (LMS) og få lyst til å stikke innom.

Systematisk oppsøkte prosjektleder samtlige yrkesgrupper og miljøer på sykehuset, skrev i sykehusavisen, fikk lagt ut informasjon på internett og sørget for besøk av lokalavisen i distriktet og ulike fagblad. Mange av brukerorganisasjonene bidro til at det kom artikler i deres medlemsblader. Artiklene førte med seg at det kom besøkende til senteret, eller at folk tok kontakt for å bidra eller få hjelp. Det ble viktig å si ja til alle forespørsler om foredrag.

SAMARBEIDET MED BRUKERORGANISASJONENE

Allerede for å skrive prosjektsøknaden og planlegge den offisielle åpningen hadde prosjektleder etablert et nært samarbeid med de fem brukerorganisasjonene som var initiativtakere. Dessuten var de alle fem representert i blant annet styringsgruppe og prosjektgruppe. Men hvordan skulle prosjektet få til et konstruktivt og godt samarbeid med alle de andre brukerorganisasjonene?

Prosjektleder vurderte å innkalle alle brukerorganisasjonene til et fellesmøte ved senteret, men valgte heller i første omgang å invitere én og én organisasjon, med særlig vekt på lokalforeningene.

Det viste seg at organisasjonene hadde ganske ulike behov og muligheter, både fordi hver sykdomsgruppe hadde sine spesielle behov, og fordi lokalforeningenes situasjoner var så ulike. Møtene førte i stor grad til konkrete samarbeidstiltak og planer.

Brukerorganisasjonene bidro mer enn gjerne med brosjyrer og annet informasjonsmaterieil til lærings- og mestringssenteret. Dermed utviklet senteret seg raskt til å bli det informasjonssenteret det skulle være, hvor pasienter og pårørende kunne finne informasjon i forhold til egen sykdom og få vite nøyaktig hvem de kunne ta kontakt med om de trengte dette. Etter hvert som de fleste bruker-

organisasjonene var blitt godt kjent med senteret, ble det naturlig å innkalle til felles idémøter, som ikke bare bidro til godt samarbeid med senteret og brukerorganisasjonene, men også bidro til samarbeid organisasjonene imellom slik at de kunne lære av hverandre.

BRUKERNES ROLLE

Det finnes flere former for brukermedvirkning i helsetjenesten:

- brukermedvirkning på *individnivå* handler om den enkelte pasients samarbeid med for eksempel sin behandlende lege
- brukermedvirkning på systemnivå. *Brukerutvalg* eller brukerråd i helseforetakene er rådgivende organer særlig rettet mot styringsorganer med besluttende myndighet
- brukermedvirkningen i *lærings- og mestringssentre* er annerledes. Her er brukerne medarbeidere og bidragsytere i tilbudet til pasienter og pårørende.

I prosjektet ble det utarbeidet *standardkriterier for erfarne brukere* som skulle bidra for å lage læringstilbud:

1. Brukerne skal selv ha hatt den aktuelle sykdommen, eller være nære pårørende.
2. De skal ikke alltid synes det har vært lett, men bør ha bearbeidet erfaringene og taklet utfordringene relativt bra.
3. Brukerne skal kjenne andre i samme situasjon, slik at de er klar over at ikke alle har det akkurat som dem.

Mange brukerorganisasjoner har bygget opp en likemannsordning. I den grad det er mulig, er det likemenn som stiller opp som erfarne brukere ved LMS.

Det er vesentlig at erfarne brukerne representerer brukererfaringer upåvirket av fagfolk. Det innebærer at det iblant kan være klokt at samme bruker ikke bidrar for lenge.

BRUKERFOTELLINGENES STYRKE

Anita Strøm har i sin doktoravhandling «Samarbeid i Lærings- og mestringssenteret – brukermedvirkning og makt» (2010) brukt begrepet «insiderkunnskap» for å beskrive betydningen av brukererfaring:

«Insidere stoler mer på andre insidere enn på fagfolk. De har gjennomslagskraft når de formidler sine kunnskaper og erfaringer. Deres fortellinger

har tanker, nerver og følelser. De er derfor troverdige for andre og verdifulle for andre.»

Vi kan belyse dette med historien om Oddvar som hadde amputert det ene beinet, og som deltok på et kurs for benamputerte ved et Lærings- og mestringssenter. I tillegg til de ulike fagfolkene som bidro i kurset var det også med en erfaren bruker, Birger, som hadde amputert begge beina på låret noen år tidligere. Oddvar forteller:

«Det irriterte meg litt at fysioterapeuten absolutt skulle ha oss til å trene hver dag. Hun kunne umulig klare å sette seg inn i vår situasjon. Vi satt der, de fleste i rullestol, den ene med verre smerter enn den andre. Og jeg for min del har alltid hatet å trene. Jeg orket ikke tenke tanken en gang, det ville jo være umulig for meg så mye vondt som jeg har... Jeg satt og tenkte på at fysioterapeuten både var ung og sporty. Det ville være lett for henne, jeg var sikker på at hun elsket å jogge og trene og sånt...!»

Da reiste Birger seg opp og henvendte seg til oss kursdeltakere. Han understreket hvorfor det fysioterapeuten sa var viktig. Han fortalte hvor mye det hadde betydd for ham at han hadde vært i aktivitet hver eneste dag på tross av sterke smerter med amputasjon på begge lår. Han ga oss flere eksempler på hva han hadde gjort for å få det til og han beskrev hvordan han hadde brukt mulighetene i vanlige, daglige aktiviteter hjemme. Han la ikke skjul på at mye hadde vært vanskelig.

Jeg fikk lyst til å prøve dette selv. Jeg så jo hvor bra Birger gikk omkring på to proteser. Når Birger hadde klart det med to amputerte bein, så kunne jeg i det minste forsøke!»

Brukerfortellingenes styrke ligger i å fortelle hvordan livet arter seg, i stedet for å snakke om hvordan det burde være. Fortellingen har personer som mottakeren kan identifisere seg med, mens teorier refererer til en abstrakt virkelighet. Den særegne formen på en fortelling gjør at det er lettere å kjenne seg igjen og relatere andres lærdom til egen virkelighet.

I tråd med LMS-arbeidets hensikt om å fremme mestring er det i kursene ofte hensiktsmessig å sette oppmerksomhet på de lure knepene. Særlig er dette aktuelt når det åpnes for at deltakerne skal komme med egne erfaringer. Samtidig som dette dreier oppmerksomheten over på mestring, bidrar det til at kursdeltakerne slipper å bruke tid på å høre andres

«lidelseshistorier», som de færreste orker å høre på. At en på denne måten «bare skal snakke om det positive», betyr ikke at alle problemene feies under teppet. Tvert imot. Utfordringer er utgangspunktet for de lure knepene.

Opplevelsen av at andre er i samme situasjon bidrar til fellesskapsfølelse og samhørighet og alminneliggjør eventuelle tanker, følelser og utfordringer. Når andre i liknende situasjon snakker om hvordan de har det, så blir det lettere å sette egne ord på det!

SAMARBEIDET MED FAGPERSONENE

Prosjektet skulle utvikle og prøve ut hvordan brukerorganisasjonene og helsepersonell fra ulike faggrupper kunne lære av hverandre slik at de gjensidig kunne utvikle og påvirke hverandre for å oppnå synergieffekt utover summen av det som enkeltpersoner alene kan prestere.

Men hvordan skulle prosjektet få til et konstruktivt og godt samarbeid mellom LMS og fagfolkene?

Prosjektleder gikk raskt ut med et tilbud til de ulike fagmiljøene om å bistå med å lage foldere med «ofte stilte spørsmål» i forhold til de sykdomsgruppene de behandlet. Folderne ble utarbeidet av fagpersoner tverrfaglig, erfarne brukere og LMS i samarbeid og ble en fin øvelse som viste at samarbeid med brukerne førte til gode resultater. Folderne som ble laget, om blant annet stomi, osteoporose, hjerneslag, afasi, astma, hjertesvikt, hjerteinfarkt, benamputasjon og diabetes, fungerte dessuten som påminnere om LMS når de ble liggende rundt omkring på postene.

Flere fagmiljøer som ikke tidligere hadde drevet pasientopplæring, meldte seg på banen. Andre ganger kom initiativet fra brukerorganisasjoner. LMS tok rollen som tilrettelegger, arrangør og vertskap. Her er et eksempel på utsagn fra fagfolk som ble med i læringstilbud:

«Det har vært enklere å lage tilbudet på denne måten. Nå vet vi mer om hva brukerne har behov for, samtidig som LMS tar seg av det praktiske.»

En travel hverdag gjør at mange som arbeider i helsetjenesten har lite rom for å ta initiativ til og/eller gjennomføre læringstilbud for grupper av pasienter. Men de har fagkunnskapene. Erfaring viser at de gjerne stiller opp i samarbeid med brukere når de får hjelp fra lærings- og mestringssenteret til igangsetting og koordinering av læringstilbud, praktisk tilrettelegging og gjennomføring av evalueringstiltak.

Fagpersonene fikk tilbud om å utnytte felles lokaler og utstyr ved LMS, noe de fleste takket ja til. De så fordelene av at pasient og pårørende møtte et sosialt miljø med mulighet for å finne informasjon. Ved LMS var det noen tilstede som kunne ønske velkommen og vise brukerne til rette i god tid, mens kurslederne ofte ikke hadde mulighet til å komme før kurset startet.

Etter hvert kom lærings- og mestringssenteret i gang med heldagskurs i helsepedagogikk, det vil si kurs i bruk av pedagogiske virkemidler for å fremme læring og mestring og helse. Erfarne brukere deltok alltid i disse kursene og bidro med sine erfaringer. Tilbakemeldingene på dette var særdeles positive. Kursene, som var lagt opp som dialog med erfaringsdeling, ble etter hvert utvidet til fire dager. Senteret laget et kompendium med lærestoffet på kursene, og i 2004 ble boken «Helsepedagogikk – Samhandling om læring og mestring» utgitt. (Vifladd & Hopen, 2004). På initiativ fra Sverige ble boken oversatt til svensk i 2010 (Vifladd, Hopen & Landt-blom, 2010).

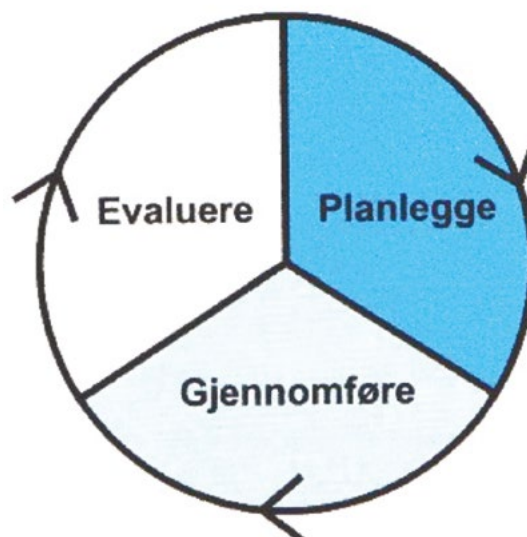
Pedagogisk kunnskap skal ikke være noe ved siden av fagkunnskapene, men integrert i den enkelte fagutøvers praksis. Det er i kraft av sitt yrke den enkelte helsearbeider utøver helsepedagogisk virksomhet. Kunnskapene en har i yrket, utgjør innholdet i de pedagogiske aktivitetene. Den pedagogiske holdningen er vesentlig, og det handler om å legge til rette for og lede menneskers utvikling i forhold til læring og mestring. I stor grad dreier det seg om å legge til rette for gruppebasert undervisning, dialog og erfaringsdeling.

STANDARD METODE VED LMS

Arbeidsmåten, som kalles «Standard metode» ble utviklet gjennom Prosjekt Lærings- og mestringssenter ved Aker sykehus i 1997-1998, og den har siden stort sett vært uforandret (LMS, 2011). Arbeidsmåten er basert på dialog og forankret i verdiene om brukermedvirkning og sidestilling av brukererfaring og fagkunnskap.

I Lerdal/Fagermoens bok «Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning» (2011) peker Kari Hvinden på at arbeidsmåten ved LMS er dialogbasert og inspirert av Demings sirkel for kvalitetsutvikling. Hun skriver:

Kvalitetsutvikling beskrives gjerne som en sirkulær prosess, der en først planlegger og setter seg mål, deretter gjennomfører det en har besluttet, kontrollerer resultatet og til slutt eventuelt korri-



LMS-standardene går ut på at fagpersoner (tverrfaglig og erfarne brukere i samarbeid skal planlegge, gjennomføre og evaluere læringsoppleggene, og deretter planlegge videre...

ger og forbedrer praksis. Dette er en kontinuerlig prosess som bidrar til at en hele tiden skaper forbedringer.

Helt fra starten av planleggingsmøtet gis det stor oppmerksomhet og plass til de erfarne brukerne:

- Hvilke kunnskaper har brukerne hatt særlig nytte av?
- Hva mener brukerne det kan være viktig å snakke om i kurset?
- Hva opplever brukerne som mindre viktig?

Det er avgjørende å ha en åpen idédugnad der både fagfolkene og brukerne sammen oppmuntres til å komme med innspill. Hva kan være hensiktsmessig for at opplegget skal møte de behov brukerne har beskrevet? Det oppfordres til å tenke utradisjonelt og nytt! Det er altfor lett å ty til gamle undervisningsformer, selv om disse tidligere har hatt begrenset effekt.

Fagfolk som til daglig jobber med den aktuelle sykdomsgruppen som tilbudet er beregnet på, bidrar tverrfaglig. Tverrfagligheten innebærer at ulike perspektiver kan berike hverandre, samtidig som ulike sider ved sykdommen kan bli ivaretatt.

Anita Strøm skriver i sin doktoravhandling «Samarbeid i Lærings- og mestringssenteret – brukermedvirkning og makt» (2010) om LMS-samarbeidet:

Det gjensidige samarbeidet som ble lagt til grunn for LMS-virksomheten fra starten av har i stor

grad virket etter sin hensikt. Brukerne har vært i stand til å påvirke, og fagfolkene har lyttet og tatt brukernes erfaringer på alvor. Teamene har fulgt prinsippene om å SE sammen og TENKE sammen. Når de har samarbeidet etter LMS-standarden, har de levert gode resultater for pasienter og pårørende, og ny innsikt for helsepersonell.

Steihaug/Hatling skriver i sin SINTEF-rapport «Evaluering av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom» (2006):

Reell brukermedvirkning fordrer en endring i fagutøverrollen. Fagfolkene må være villige til å oppgi sin suverene posisjon og se på brukeren som en helt nødvendig medspiller i arbeidet. Fagpersonen må gå fra å være «ekspert» til å bli en samarbeidspartner, der fagkompetansen tilrettelegges og formes ut fra brukernes behov. Dette er nye tanker i helsevesenet. LMS' samarbeidsmodell er velegnet til å fremme slike holdningsendringer gjennom strukturert samarbeid mellom brukere og fagfolk.

LMS-standarden gir rom for lokale variasjoner. Fordi oppleggene skapes av lokale fagfolk og erfarne brukere i samarbeid, kan de tilpasses til de mulighetene og ressursene som finnes i lokalmiljøet. Det dreier seg altså ikke om å fastspikre detaljerte læringsopplegg i en storby og tro at de skal egne seg ute i distriktene. Kursholderne henter erfaringer, idéer og gode eksempler fra hverandre, men kursopplegget utarbeides på stedet. Ferdigtygde, standard undervisningsopplegg som «alle skal bruke» ville ikke gitt det rommet som trengs for utvikling og refleksjon.

At evaluering inngår i metoden, innebærer at læringstilbudet kan forbedres underveis. LMS-metoden innebærer at det er få bestemte krav til hvordan læringstilbudene skal utvikles. Det har vært et bevisst valg å vektlegge verdigrunnet framfor ulike pedagogiske teorier

GRUPPETILBUD

Ved lærings- og mestringscenteret dreier det seg hovedsakelig om *gruppetilbud* i form av kurs.

Følgende regnestykke sier noe om den tidsmessige besparingen for helsepersonell ved gruppeopplæring:

- På et kurs for foreldre til barn med ADHD deltok tolv foreldrepar. De var fornøyde med at legen var tilgjengelig for spørsmål så lenge som i to timer.

MESTRING dreier seg i stor grad om:

- opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og
- følelse av å ha kontroll over eget liv.

Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på:

- det du må leve med og
- det du selv kan endre på.

(Vifladt/Hopen 2004)

- Hvis legen skulle ha brukt de samme to timene til å snakke med hvert av de tolv foreldreparene, ville foreldrene fått bare ti minutter hver (i realiteten ville de fått mye mindre, fordi det tar tid når tolv foreldrepar skal komme hver sin gang).

På anonyme spørsmål til gruppedeltakerne om hva de hadde hatt mest nytte av, svarte mange:

- Det var viktig å høre de *andres spørsmål* til legen.
- Det var nyttig å høre *andres erfaringer*.

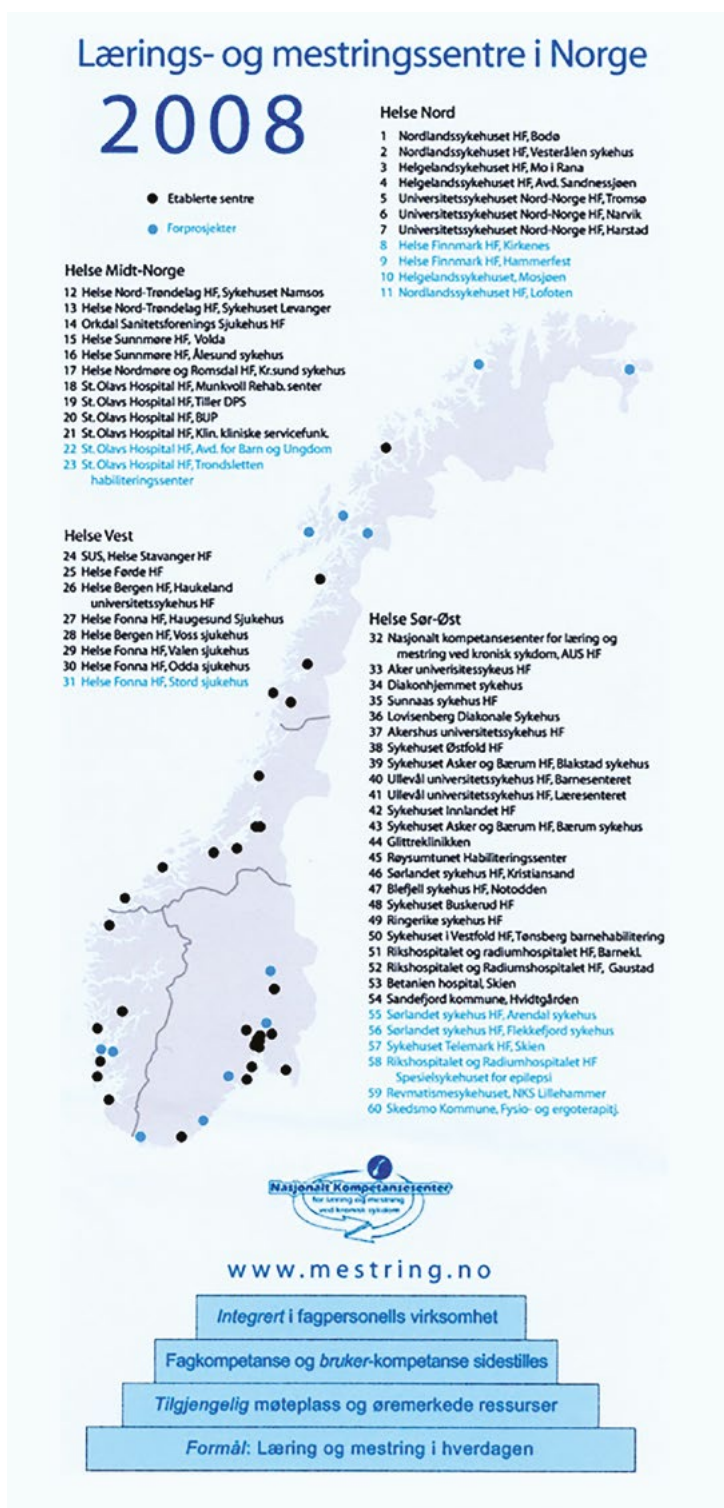
Dette understreker flere fordeler ved opplæring i grupper.

Pasienter og pårørende som deltar i ulike læringstilbud der brukere bidrar med sine erfaringer, sier:

- *Når andre i samme situasjon snakker om hvordan de har det, så blir det lettere for meg å sette ord på hvordan jeg har det, og det blir lettere å komme på hva jeg skal spørre om.*
- *Bare den som selv har kjent det på kroppen, kan forstå hvordan jeg har det.*

I det nordiske tidsskriftet «Vård i Norden» ble følgende studie presentert høsten 2011: «Experiences of group education – A qualitative study from the viewpoint of patients and peers, next of kin and healthcare professionals» (Ivarsson, Klefsgård & Nilsson, 2011). De hadde valgt å bruke den norske LMS-standarden med læringstilbud i gruppe og hvor erfarne brukere og fagpersoner samarbeidet om opplegget.

Studien, som inkluderte 311 deltakere med langvarig sykdom, konkluderte blant annet med at læringstiltak i gruppe var hensiktsmessig fordi del-



Lærings- og mestringssentre i Norge, 2008.

takerne dro nytte av å lytte til og lære av hverandre. De fant muligheter til å finne nye strategier for å mestre livet med sykdom. Studien viste også betydningen av å planlegge og gjennomføre læringstiltakene i samarbeid mellom helsepersonell og erfarne brukere.

MESTRING

Følelsen av kontroll står helt sentralt i mestringsprosessen. Pasienten skal ikke først og fremst mestre en sykdom, men en tilstand, en situasjon eller utfordring i en hverdag som for de fleste leves utenfor behandlingssituasjonen.

Ingen kan fortelle noen om de mestrer hverdagen eller ikke, det er noe enhver må vurdere selv. Noen vil løpe maraton etter en hoftoperasjon, for andre er det nok å kunne hente posten selv.

Erfarne brukere har med sine fortellinger og lure knep mye å lære til kursdeltakerne om hvor viktig det er å bruke kreftene på det du kan klare, og ikke bruke tid på det som er for vanskelig å gjøre noe med. Mye handler om hvor du retter oppmerksomheten.

LÆRING

Det at helsepersonell underviser, gir ingen sikkerhet for at pasienten lærer.

- Læring handler om relativt varige endringer av kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Læring er en prosess i den enkelte.
- Undervisning gis av andre og kan ikke bli annet enn ett av mange bidrag i læringsprosessen.

Fagpersonene må *treffe* med informasjonen som gis. Mange fagpersoner er opptatt av at de skal rekke å formidle mest mulig kunnskap om emnet innen de gitte tidsrammer. Men det som er viktig er at deltakerne får informasjon om det som er relevant for dem. Og her kan erfarne brukere komme med nyttige innspill når kursene planlegges.

Å være fagperson i et kurs som i stor grad styres av brukernes innspill, er utfordrende. Dette stiller en del krav til måten fagpersoner lærer fra seg på. Noen ganger er det viktigere å kunne stille de riktige spørsmålene til deltakerne, framfor å gi de rette svarene.

NASJONALT KOMPETANSESENTER

Fra 1999 og utover har både lover, meldinger til Stortinget og offentlige utredninger, veiledere og rapporter gitt føringer for, og forankring av, lærings- og mestringstjenester både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I lov om spesialisthelsetjenesten (1999) slås det for eksempel fast at opplæring av pasienter og pårørende er *én av fire hovedoppgaver* i sykehus. Lærings- og mestringstjenestene er også forankret i de årlige oppdrags- og bestiller-

dokumentene mellom Helse- og omsorgsdepartementet, regionale helseforetak og helseforetak, og det årlige rundskrivet fra Helsedirektoratet til fylkesmenn, kommuner, regionale helseforetak og fylkeskommuner.

Etter initiativ fra Sosial- og helsedepartementet åpnet Norges andre Lærings- og mestringssenter våren 1999 ved Nordlandssykehuset i Bodø. Også her var det en ergoterapeut i prosjektledelsen, Heidi Elsbak Fjellidal. Da det høsten 2000 åpnet et lærings- og mestringssenter i Mo i Rana, fikk de også der en ergoterapeut som leder, Tove Lill Røreng Falstad.

I desember 2000 ble *Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring* etablert, og lokalisert ved Aker Universitetssykehus HF, med ergoterapeut Liv Hopen som leder. (Se www.mestring.no.)

Kompetansesenteret skulle bidra i oppbyggingen av LMS nasjonalt, og hadde hovedfokus på å forankre læring og mestring som nasjonal aktivitet.

Fra 2001 huset Nasjonalt kompetansesenter også et toårig utviklingsprosjekt rettet mot familier som har barn med funksjonshemming, med prosjektmidler fra Arbeids- og sosialdepartementet som ønsket LMS-ideologien forankret i prosjektet.

Med Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) ble kompetansesenterets mandat utvidet til å omfatte både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og i 2014 ble navnet endret til Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse.

BALLEN RULLER

Kompetansesenteret disponerte hvert år noen øremerkete stimuleringsmidler fra Sosial- og helsedepartementet, og disse ble nå en viktig drivkraft for å starte opp med nye prosjekter rundt om i landet. Det ble kun innvilget midler til prosjekter der erfarne brukere og fagfolk samarbeidet om pasientopplæringen. Ved å stimulere på denne måten, fikk departementet kvalitetssikret at ideologien ble fulgt også ved nye lærings- og mestringssentre.

Et viktig kriterium for å kunne kalle seg Lærings- og mestringssenter (LMS) var altså at erfarne brukere og fagfolk samarbeidet tett om pasientopplæringen. Verdien og holdningene har vært det viktige i LMS-standarden, og ufravikelige.

LMS-lederne er entusiastiske personer som representerer ulike yrkesgrupper. Felles for lederne er at de er opptatt av å legge til rette for et godt samarbeid mellom erfarne brukere og fagfolk. Den

fremste oppgaven for LMS er å ha oppmerksomheten på samarbeidet. Det kreves ydmykhet overfor det som brukere og fagfolk sammen har mulighet for å skape!

I LMS-nettverket har det også hele tiden vært stor raushet med å dele kunnskaper.

Oppveksten av lærings- og mestringssentre har vært enorm. I 2004, sju år etter oppstart, var det 27 lærings- og mestringssentre, og i 2009 var det etablert 62 slike sentre rundt om i Norge. Etterhvert ble det etablert lærings- og mestringssentre ved alle helseforetak i landet. Også i Sverige ble det etablert flere lignende sentre etter modell fra Norge («Akermodellen»).

KOMMUNALE SENTRE

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er lærings- og mestringstjenester i en oppbyggingsfase som følge av samhandlingsreformen. Organiseringen av kommunale lærings- og mestringstjenester varierer. De kan for eksempel være knyttet til egne lærings- og mestringssentre eller frisklivssentraler, frisklivs- og mestringssentre, lokalmedisinske sentre eller helsehus. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i helseforetak og kommuner bør i følge Helsedirektoratet (2015) ha en sentral rolle i arbeidet.

Mange helseforetak og kommuner samarbeider om lærings- og mestringstjenester som et ledd i å bidra til gode og helhetlige pasientforløp. Mens spesialisthelsetjenesten i stor grad har spesialiserte lærings- og mestringstilbud, skal den kommunale virksomheten i større grad være rettet mot store diagnosegrupper og diagnoseuavhengige tilbud med fokus på å leve med langvarige helseutfordringer.

ERGOTERAPEUTER MED PÅ VEIEN VIDERE

Kronisk eller langvarig sykdom øker i omfang i befolkningen. Folk lever lenger med kroniske sykdommer og befolkningen blir eldre. En strategi for helsevesenet for å møte disse utfordringene er at mer oppmerksomhet rettes mot læring og mestring, slik at pasient/bruker og pårørende tilegner seg tilstrekkelig kunnskap til å mestre hverdagen.

For å nå målet om deltakelse og inkludering i hverdagslivet arbeider ergoterapeuter med utvikling av menneskets mestring som et sentralt kompetanseområde. Trolig vil mange ergoterapeuter finne det spennende og utfordrende å forholde seg aktivt til opplæring av pasienter/brukere og pårørende, og se

verdien av brukernes erfaringer i denne sammenheng.

Ergoterapeuter er mer opptatt av løsninger enn av problemer, og i hverdagsrehabilitering starter ergoterapeuten samarbeidet med pasient/bruker med å spørre: «Hva er viktige aktiviteter i ditt liv som du ønsker å mestre?» Når læringstilbud planlegges, får erfarne brukere spørsmål om hva de har erfart at det er viktig å snakke om i kurstilbudet. Det handler om å tørre og tåle å la pasienten/brukeren vise vei, og i større grad lytte til erfaringer fra dem som mottar tjenester.

Ergoterapeuter har erfaring med å jobbe i tverrfaglige team. Ved LMS innlemmes erfarne brukere i det tverrfaglige planleggingsteamet. Likeverd og sidestilling mellom brukerkunnskap og fagkunnskap er den sentrale verdien i LMS.

Det trenges mange typer forskning på lærings- og mestringsfeltet, fra ulike perspektiver. Flere hovedoppgaver og forskningsprosjekt er nå i gang blant ergoterapeuter. Forhåpentligvis vil lærings- og mestringsfeltet fange interessen for oppgaveskriving, prosjekter og forskning i tiden framover.

Referanser

- Ivarsson, B., Klefsgård, R., & Nilsson, G. (2011). Experiences of group education. A qualitative study from the viewpoint of patients and peers, next of kin and healthcare professionals. *Vård i Norden*, 31, 35-39.
- Helsedirektoratet (2015). *Veileder i rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinatorrollen*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.
- Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2011). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (LMS). *Arbeidsmåten i lærings og mestringssettene. Standard metode 2011-versjon*. Lastet ned fra: http://mestring.no/wp-content/uploads/2012/12/Standard_metode_2011.pdf
- Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (LMS). Lastet ned fra: <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laerings-og-mestringstjenester-organisering-og-samhandling/>
- Steihaug, S., & Hatling, T. (2006). *Evaluering av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom*. SINTEF Helse. www.mestring.no
- Strøm, A. (2010). *Samarbeid i Lærings- og mestringssettet – brukermedvirkning og makt*. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Oslo. Det medisinske fakultet.
- Vifladd, E. H., & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk – Samhandling om læring og mestring. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring*. www.mestring.no
- Vifladd, E. H., Hopen, L., & Landtblom, A-M. (2010). *Hälsopedagogik – för vårdare och brukare i samarbete. En introduktion till bemästrande*. ABF, Stockholm.

Anbefalt litteratur

- Andreassen, T. A. (2006). *Brukermedvirkning i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ayub, S., & Hopen, L. (2008). *Minoritetsbakgrunn og pasientopplæring – Erfaringer – Samarbeid – Muligheter – Eksempler*. Temahefte. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. www.mestring.no
- Bredland, E. L. (1998). *Når mennesker møtes. Individuell brukermedvirkning i helsesektoren*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Eide, H., & Eide, T. (1999). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Kunnskapssenteret (2014). *Samvalg – shared decision making. Pasient vil ha et ord med i laget*. www.kunnskapssenteret.no
- Fjerstad, E. (2011). *Frisk og kronisk syk – et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hopen, L., & Falstad, T. L. (2007). Lærings- og mestringssettene: Brukererfaring og fagkunnskap hånd i hånd. I: S. Horghagen m.fl. (red.), *Beste praksis i ergoterapi* (s. 217-229). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Hopen, L., & Haugen, M. G. (2007). *Individuell plan (IP) = brukers plan. Kjapp innføring for fagfolk og brukere*. Temahefte. Afasiforbundet i Norge. www.mestring.no el. www.afasi.no (også som e-lærings-CD).
- Hopen, L. (1995). *Kvalitetssirkler – metoden trinn for trinn: Sammen om kvalitetssikring*. Temahefte I. Norsk Ergoterapeutforbund.
- Olsen, B. C. R., & Grefberg, M. O. (2001). *Å være i samme båt. Likemannsarbeid i funksjonshemmedes organisasjoner. En veileder*. Sosial- og helsedepartementet.
- Gjærum, B., Grøholt, B., & Sommerschild, H. (1999). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Schei, E. (2014). *Lytt. Legerollen og kommunikasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Spurkeland, J. (2011). *Prestasjonshjelp – hvordan gjøre andre gode?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (red.) (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vifladd, E. H., & Hopen, L. (2013). *Pasientopplæring. Kompetanse – Veivalg – Lederskap*. Kolofon Forlag. www.helsepedagogikk.no