

Arbeidsmåte for LMS ("Standard metode")

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

I lov om spesialisthelsetjenesten (som trådte i kraft 01.01.2001) fastslås at *opplæring av pasienter og pårørende* er en av sykehusenes fire viktigste oppgaver.

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

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

Mestring dreier seg i stor grad om *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 være med på å endre.

Lærings- og mestringssenteret ved Oslo universitetssykehus, Aker, som var det første i landet, åpnet høsten 1997 med prosjektmidler fra Sosial- og helsedepartementet. Senteret ble fra desember 2000 Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

I Norge finnes det pr.februar 2004 et nettverk av 27 lærings- og mestringssentre som alle bygger på den grunn tanke at brukerorganisasjonene og helsepersonell *i samarbeid* planlegger, gjennomfører og evaluerer ulike læringstilbud for personer som har kronisk sykdom/ funksjonshemming, og deres familie og venner.

Hva er et Lærings- og mestringssenter?

Et lærings- og mestringssenter er en tilgjengelig møteplass for personer med kronisk sykdom og/eller funksjonshemming, familie, venner og fagpersonell som jobber med dette.

Lærings- og mestringssenteret har følgende oppgaver:

Tilgjengelig møteplass Samarbeidsverksted	Senter for kursvirksomhet for brukere (pasienter og pårørende)	Et bidrag til at helsepersonell kan bli bedre til å lære fra seg	Aktivt informasjonssenter Tilgang på internett
--	--	--	---

For å innby til likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk, er det viktig at møteplassen er et nøytralt og hyggelig sted der ingen i utgangspunktet føler seg underlegen (ikke et sted med sterkt sykehuspreg). Lærings- og mestringssenteret ligger der fagfolk befinner seg (f.eks. på sykehus), slik at fagfolkene lett kan gjøre læringsvirksomheten til en del av jobben sin. Ansatte ved senteret har en viktig rolle med å tilrettelegge for samarbeid og læring.

Det er særlig tre forhold som må være tilstede for å kunne kalle det et lærings- og mestringssenter:

- Lærings- og mestringssenteret skal være en *tilgjengelig møteplass* der brukere kan henvende seg.
- *Fagkunnskap og brukererfaring sidestilles* ved å planlegge, gjennomføre og evaluere læringstilbudene i likeverdig samarbeid. Gode læringstilbud krever både fagkompetanse og brukerkompetanse (erfaringer fra noen som vet hvordan det er å leve med sykdommen i hverdagen).
- Noe av grunntanken ved lærings- og mestringssentrene er at læringstilbudene skal *integreres* i fagpersonells virksomhet. Det betyr at fagpersonell ikke honoreres ekstra, men bidrar som en del av sitt arbeid.

Ansatte ved lærings- og mestringssentrene koordinerer og tilrettelegger virksomheten, og bidrar til at fagpersonell som jobber i feltet kan prioritere opplæringsvirksomhet i en travel hverdag.

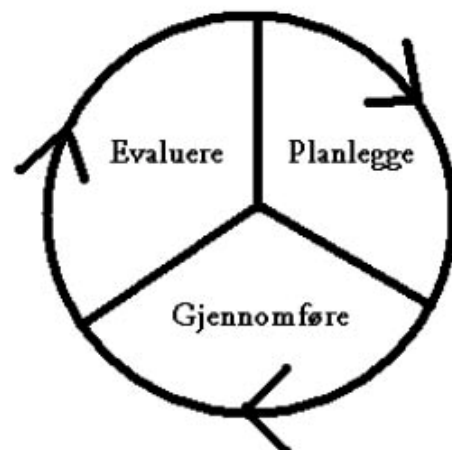
Brukerorganisasjonene bruker de fleste steder lærings- og mestringssenteret til mye av sin virksomhet, både på dagtid, kvelder og helger.

Standard metode for å kvalitetsutvikle læringstilbud:

Planlegging av læringstilbudet gjøres ved at fagpersoner og erfarne brukere møtes allerede i første spede planleggingsfase. - Fagpersonene bidrar som en integrert del av sitt daglige virke.

Standard kriterier ved valg av *erfarne brukere*:

- brukerne skal selv ha hatt sykdommen en stund, eller være nære pårørende
- de skal ikke alltid synes det har vært lett, men bør ha bearbeidet situasjonen slik at de takler den relativt bra.
- brukerne skal kjenne andre i samme situasjon, slik at de er klar over at ikke alle har det akkurat slik som dem.



I starten av møtet gis det stor oppmerksomhet på hva *de som selv har erfaring* med sykdommen

i hverdagen har å si om følgende:

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

Deretter er det viktig å ha en åpen *idédugnad* der alle oppmuntres til å komme med mange innspill om hva som kan være hensiktsmessig for opplegget for å møte behovet som er beskrevet av brukerne. Det er viktig å *tenke utradisjonelt* og nytt. Det er altfor lett å ty til gamle undervisningsformer, selv om disse ikke tidligere har ført til læring. –

Planleggingsgruppa avgjør hvordan invitasjonen skal sendes ut for at den best skal nå ut til dem som trenger dette.

Gjennomføring av læringstilbudet gjøres av samme gruppe som har planlagt opplegget.

Dette innebærer bl.a. at *brukernes hverdagserfaringer* med å ha sykdommen eller være nær pårørende spiller en viktig rolle i opplegget sammen med fagpersonenes kunnskaper.

Brukererfaringene er særlig viktige fordi mange lærer best av å se hva andre i samme situasjon har hatt nytte av å gjøre, dvs. noen de kan identifisere seg med (rollemodeller). Hvis de mestrer situasjonen, så vil flere lære av dem.

Mange ganger vil det være hensiktsmessig om brukererfaringene kommer *før* faglige innlegg i et kurs, temamøte e.l. Det er flere fordeler ved dette:

- For det første vil de som har brukerinnleggene gi et viktig signal om at det går an å *snakke åpent* om disse tingene.

- For det andre vil de som sier noe først, legge listen for hva slags *språk* som skal benyttes (hverdagsspråk, ikke fagspråk med faguttrykk som mange ikke forstår).

Kombinasjonen med at helsepersonell er tilstede hele tiden, bidrar til å begrense temaet, passe på at det ikke blir sutregrupper eller rene kaffeselskap, eller at velmenende brukere tror at det som gjelder for dem må gjelde for alle andre.

Tilbakemeldinger viser at de faglige innleggene med fordel kan være *svært korte*, nærmest bare *innspill til samtale*. De fleste har stort utbytte av at det gies rikelig tid til å dele erfaringer med hverandre rundt hvert faginnlegg. De fleste lærer best når de er aktive i læringsprosessen og bruker sine erfaringer i samspill med andre.

Når man åpner for slike erfaringer, kan det være hensiktsmessig å sette fokus på de *"lure knepene"* når det gjelder å mestre hverdagen innenfor temaet som diskuteres. Man setter på den måten fokus på mestring og får fram hva deltakerne har gjort som andre kan lære av, istedenfor at mange legger ut om hele sin sykehistorie.

Evaluering gjøres rutinemessig etter at læringstilbudet er gjennomført.

- Helsepersonell har mange ganger gitt uttrykk for at det er lærerikt for dem selv å planlegge sammen med brukere.

- Før samarbeidsgruppen møtes igjen, svarer deltakerne på et anonymt spørreskjema. På spørsmålet om *hva som har vært viktigst for dem*, svarer mange pasienter og pårørende at de hadde størst nytte av spørsmålene som de andre stilte til fagpersonene, og av å høre andres erfaringer. Dette tydeliggjør betydningen av opplæring i *grupper*.

Neste læringstilbud planlegges av den sammensatte gruppen med utgangspunkt i resultatene av evalueringen. På den måten muliggjøres en *kontinuerlig kvalitetsforbedring*.