

Helsepedagogikk

Nasjonal erfaringskonferanse om kommunal lærings- og mestringsaktivitet, Trondheim, 31.mai 2012

Liv Hopen (livhopen@hotmail.com)

‘God opplæring av personer med kronisk eller langvarig sykdom og deres familie forutsetter at det utvikles *ny helsepedagogisk forståelse hos tverrfaglig helsepersonell*’

- uttalelsen er hentet fra Nasjonal helseplan (*St.prp.nr.1, 2006-2007*), videre pekes det på at:

‘Det å integrere mestrings- og brukerperspektivet representerer en særskilt faglig utfordring for tjenesteapparatet. *Brukerperspektivet forutsetter at det utvikles en samarbeidsrelasjon hvor bruker/pasient og behandler bidrar med hver sin kunnskap.*’

Å samhandle om læring og mestring favner vidt og har ingen fasitsvar, men det handler om måten vi møter pasienter og pårørende på. Vi må satse på læringssituasjoner som framhever likeverdig kommunikasjon og dialog som arbeidsform. Det handler om å komme fram til løsninger som pasientene får et eierforhold til og som utløser pasientenes egen innsats.

‘Helsepedagogikk handler om samhandlingen mellom helsepersonell og brukere, og viktigheten av å utløse handlinger som styrker pasienters og pårørendes egne krefter og motvirker forhold som kan føre til passivitet og uheldig avhengighet.’

Vifladd / Hopen – ‘Helsepedagogikk. Samhandling om læring og mestring’, 2004

Helsepedagogikk er en tilnærmingssmåte og en arbeidsform. Opplæring av pasienter og pårørende utfordrer innarbeidede holdninger og arbeidsmåter. Den pedagogiske utfordringen innebærer å flytte oppmerksomheten fra behandlerens rolle som friskgjører til pasientens selvforståelse og egen innsats.

En viktig bunnplanke i helsepedagogikken er *medvirkning fra dem ‘som har skoen på og vet hvor den trykker’*.

Erfarne brukeres fortellinger

Viktige kunnskaper om hvordan det er å leve med og mestre tilværelsen med sykdom finnes hos *erfarne brukere* (pasienter og pårørende som har levd med sykdommen en stund), mens helsepersonell innehar fagkunnskapene. Skal vi lykkes, må som nevnt opplæringen skje i et nært samspill mellom fagfolk og erfarne brukere.

Anita Strøm har i sin doktoravhandling ‘*Samarbeid i Lærings- og mestringscenteret – brukarmedvirkning 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. Når brukerne lytter til hverandre, er vi i kjernen av dialogen – den likeverdige og balanserte samtalen.’

Brukerfortellingenes styrke ligger i å vise hvordan livet arter seg, i stedet for å snakke om hvordan det burde være. Den særegne formen på en fortelling gjør at det er lettere for pasient og pårørende å kjenne seg igjen og relatere andres lærdom til egen virkelighet.

Læring i grupper

I 'Vård i Norden' ble høsten 2011 følgende studie presentert: 'Experiences of group education – A qualitative study from the viewpoint of patients and peers, next of kin and healthcare professionals' (Ivarsson 2011). Studien valgte 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 bl.a. med at læringstiltak i gruppe var hensiktsmessig fordi deltakerne dro nytte av å lytte til og lære av hverandre, og de fant muligheter til å finne nye strategier for å mestre livet med sykdom.

Studien viste også at det var viktig å planlegge og gjennomføre læringstiltakene i samarbeid mellom helsepersonell og erfarne brukere.

Læring i *gruppe* betyr ikke at alle deltakere er like aktive. Deltakere er til stede på ulike måter! Det finnes noen som får best utbytte av å lytte til spørsmålene som de andre stiller..

Følgende regnestykke kan understreke fordelene av grupper:

- På et kurs for foreldre til barn med epilepsi der tolv foreldrepar deltok, uttrykte de stor glede over at legen var tilgjengelig for spørsmål så lenge som i *to timer*.
- Faktum er at 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 enda mindre, fordi dette måtte koordineres, og det tar tid når tolv foreldrepar skal komme hver sin gang).

En fordel ved å delta i en gruppe er opplevelsen av at andre er i samme situasjon. Det bidrar til fellesskapsfølelse og samhørighet og alminneliggjør eventuelle tanker, følelser og utfordringer. Bruk av grupper gir direkte erfaringsoverføring pasientene imellom. Når andre i liknende situasjon snakker om hvordan de har det, så blir det lettere å sette egne ord på det!

Møteplass for samhandling

Å ha en *egnet møteplass* for samhandling mellom helsepersonell og brukere må ikke undervurderes. Ofte kan mye gjøres med enkle midler. Erfaringer viser at det er mange fordeler med et felles læringssted for ulike sykdomsgrupper. Det innebærer mulighet for felles utnyttelse av lokaler og utstyr, og ikke minst fordelene med det sosiale miljøet pasienter og pårørende møter, selv om de møter opp for tidlig til et kurs. Fagfolkene som skal bidra i kurset kan møte når det starter. Et Lærings- og mestringssenter (LMS) er en arena for samhandling som kan legge tilrette for dialog og likeverdig samarbeid, slik at helsearbeidere lettere kan gå inn i en veilederrolle og bidra til at pasienter/brukere ikke går inn i en passiv pasientrolle.

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 pedagogisk virksomhet. Kunnskapene en har i yrket, utgjør innholdet i de pedagogiske aktivitetene. Den pedagogiske holdningen er vesentlig, og det pedagogiske arbeidet består i å legge til rette for og lede menneskers læring, mestring og personlige utvikling. På samme måte som pasienten møter flere yrkesgrupper i behandlingen, vil det være aktuelt at *flere yrkesgrupper* bidrar i læringstilbudet. Dette omfatter som poengtert også *erfarne brukere*.

Det er en fordel med et 'vertskap' som kan koordinere og tilrettelegge virksomheten og bidra til at fagpersonell som jobber i feltet kan prioritere opplæringsvirksomhet i en travel hverdag. Mange som arbeider i helsetjenesten har lite overskudd og krefter til 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 til igangsetting, koordinering, praktisk tilrettelegging av møteplassen og gjennomføring av evalueringstiltak.

Veiledning som arbeidsform

Veiledning er den arbeidsformen som best ivaretar læringsprosessen i den enkelte. En veileders viktigste oppgave er å lytte, å være oppmerksom på hva den andre framlegger som sitt problem, og å sikre at alt er forstått. Oppgaven er mer å stille de riktige spørsmålene enn å komme opp med riktige svar og løsninger. Hensikten er å få den andre til å reflektere over problemstillingene og selv komme fram til de svarene som hun eller han trenger for å gå videre.

Hvis vi som helsepersonell gir alle svarene, skaper vi avhengighet og reduserer mulighetene for at pasientene kan bli selvstendige problemløsere. Den vanligste rollen og det sterkest innarbeidete mønster for den som har sykdommen, er å legge problemene i hendene på den hjelpende ekspert. Men hvis vi hele tiden tar 'svarerrollen', vil pasienten bruke mest tid på å søke etter svar i helsevesenet – i stedet for å bruke tid på å finne løsninger basert på egne erfaringer og muligheter

Å veilede er ikke å utvikle mennesker,
men å bidra til at de utvikler seg selv

I boken *'Menneske først'* (2000) refererer Knut Isachsen til en samtale med psykiateren Gordon Johnson 40 år tilbake. Han er opptatt av at utvikling av selvstendighet krever avvisning av avhengighet:

'Et menneske som har til oppgave å bistå andre i deres utvikling, må glede seg den dagen de klarer seg på egen hånd. En hjelper må ikke falle for fristelsen til å kontrollere andre ved å være overdrevent hjelpsom. Tvert om, det er jo utvikling av selvstendig myndighet som er målet, ikke etablering av avhengighet.'

Sykdom - tilstand

Oppmerksomheten på behandling er stor, både fra pasientens side og fra behandler. Forventet egeninnsats og målrettet aktivitet er mindre framtredd. Campling og Sharpe (*'Living with a long-term illness'* 2006) har en klar tilnærming til mestring av sykdom, og gjør et tydelig skille mellom 'sykdom (disease)' og 'tilstand (illness)'. Skillet mellom dem er helt avgjørende når en skal veilede pasienter i å mestre.

- *Sykdom/diagnose* handler om kroppslige endringer som legen identifiserer ved undersøkelser og tester. Det er legens objektive funn beskrevet i medisinske håndbøker.
- *Tilstand* dreier seg om erfaringer ved å føle seg syk. Det er symptomer, reaksjonene på dem, og hva en klarer og ikke klarer å gjøre. Det er en personlig og subjektiv erfaring. Det ligger mye mer i tilstanden enn bare diagnosen.

Behandling retter oppmerksomheten mot medisinske funn og er helsearbeiderens felt. Mestring har pasientens subjektive opplevelser av sykdommen og erfaringer som arena.

Undervisning og helsepedagogikk er ikke det samme

Undervisning er ikke det samme som helsepedagogikk. Undervisningen representerer 'svarene', dvs ferdigtygget kunnskap som ofte kan være fjern fra hverdagen. Derfor kan tradisjonell undervisning aldri bli noe mer enn ett begrenset bidrag til lærings- og mestringsarbeidet.

Det som teller er hvordan den lærende lærer,
ikke hvordan læreren underviser

Det er viktig å *treffe* med informasjonen som gis. Mange fagpersoner er opptatte 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 at de forstår. - I et læringstilbud handler det ikke om å holde lange foredrag. Brukerne gir uttrykk for at de heller trenger flere korte faglige innspill med mulighet til å stille *spørsmål* mellom hvert av innspillene.

Ordene

Pasienter og pårørende behersker sjelden det fagspråket som helsepersonell benytter. Samtidig befinner de seg i en situasjon som i stor grad gjør det vanskelig å oppfatte informasjon som gis. Dette er en utfordring for helsepersonell. Myndighetene har presisert at informasjon er det som pasient og pårørende har *forstått*, ikke det som er blitt sagt!

Dikteren Grundvig har sagt: '*Ord skaper det det nevner*'. Språket utløser bilder vi knytter til ordene. Vi ser gjerne for oss ulike ting om vi snakker om et halvfullt glass, eller et halvtomt. Det er viktig å bli bevisst på hva vi utløser hos pasienter og pårørende:

- Behandling utløser forventning om å få, ta imot, bli frisk - passivitet
- Mestring krever egen innsats - aktivitet og selvstendighet

Forenklingens kunst

I NOU 2005:3 '*Fra stykkevis til helt*', skriver utvalget at *lærings- og mestringssentre* fungerer som en god modell for samarbeid med brukerorganisasjoner og helsepersonell når det gjelder ulike læringstilbud for personer som har kronisk eller langvarig sykdom og/eller funksjonsnedsettelse. LMS-standarden går i korthet ut på at fagpersoner (tverrfaglig) og erfarne brukere i *samarbeid* skal *planlegge, gjennomføre og evaluere* læringsoppleggene, for deretter å planlegge videre....

LMS-modellen følger en enkel 'oppskrift'.
Vekten legges ikke på komplisert teori,
men på *anerkjennende samarbeid*.

I boken '*Helsefremmende lederskap – slik leder de beste*' (2011) skriver Slinning/Haugen:

'De av oss som har faglig ekspertise, er særlig mistenksomme overfor alt som virker enkelt. Men enkelthet har en mektig alliert – fornuften. Hvis vi tenker gjennom erfaringene våre, oppdager vi at de gode løsningene alltid var de enkle. Mye enklere enn vi trodde de ville være. Alle opplever dette, mange ganger. Det enkle er ofte det beste.'

Verdiene og holdningene har vært det vesentlige i LMS-modellen, og er ufravikelige.

LMS-standarden (se www.mestring.no) gir rom for lokale variasjoner. Når læringstilbudene skapes av lokale fagfolk og erfarne brukere i samarbeid, vil de også kunne tilpasses de lokale forholdene på stedet og utnytte kompetansen som finnes.

Det at oppleggene evalueres, gir rom for kontinuerlig forbedring.

Det som er beskrevet ovenfor vil i foredraget bli belyst ved eksempler

* Videre utdypning vil komme i ny bok, sannsynligvis mot slutten av året 2012:
'PASIENTOPPLÆRING. Kompetanse – Veivalg – Lederskap'. Vifladdt & Hopen