

Læring og mestring

Patientuddannelse på deltagernes præmisser

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Forskning og Udvikling

Sundhedsfremme og Forebyggelse

Læring og mestring
Patientuddannelse på deltagernes præmisser

© 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, implementering

Sprog: dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 16-05-2012

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: 400

1. udgave

ISBN: 978-87-92400-24-6 (trykt version)

ISBN: 978-87-92400-25-3 (PDF/elektronisk version)

Serie:

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)

Evaluering af kompetencer, organisering og implementering

(ISBN: 978-87-92400-22-2 (trykt) / 978-87-92400-23-9 (PDF/web)

Forfattere:

Birthe Thoft Knudsen

Doris Nørgård

Kirsten Vinther-Jensen

Kristine Lindeneg DrejØ

Publikationen citeres således:

Knudsen BT et al. Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser.

Aarhus: Region Midtjylland, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 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

Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

Rapporten kan downloades fra www.cfk.rm.dk under udgivelser.

Læring og mestring

Patientuddannelse på deltagernes præmisser

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 vi, 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.

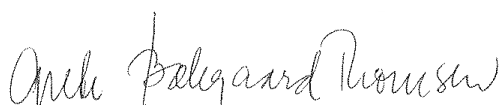
Må det blive til fortsat inspiration og udvikling, så samarbejdet om Lærings- og mestringsforløbene fortsat giver mening for de patienter og borgere, der deltager - og at de professionelle til stadighed tager udgangspunkt i det enkelte menneske og tør sætte sig selv i spil for at opnå de bedste vilkår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

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

Det var ikke lykkedes at stå her, hvis ikke alle I erfarne patienter havde taget udfordringen op og delt ud af jeres mange forskellige erfaringer først til de sundhedsprofessionelle på kompetenceudviklingsforløbet og senere til deltagerne på Lærings- og mestringsuddannelser.

Tak for jeres engagement og fordi I gav os lov til at få et indblik i, hvordan livet med en kronisk sygdom former sig med både op og nedture.

Fortsat rigtig god arbejdslyst til alle



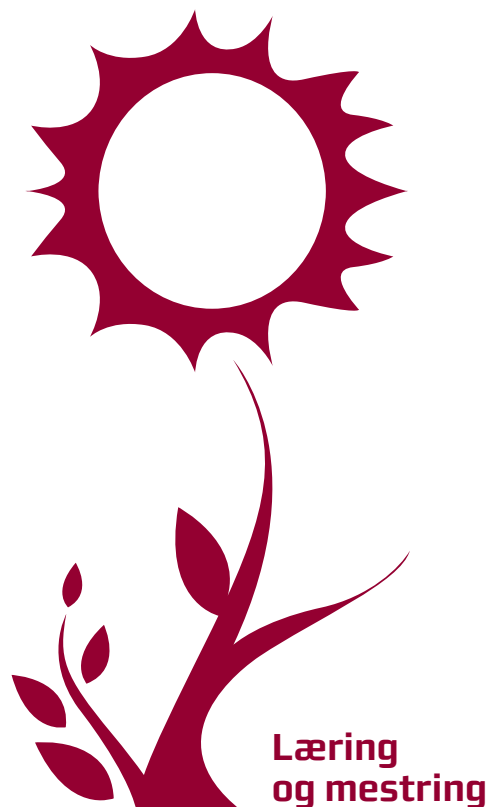
Grete Bækgaard Thomsen
Sundhedschef i Lemvig Kommune



Doris Nørgård
Afdelingsleder
Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Region Midtjylland

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

Forord	3
1 Indledning	9
2 Baggrund	11
2.1 <i>Patientuddannelse</i>	12
2.1.1 Kronisk sygdom og patientuddannelse	12
2.1.2 Strukturreformen og sundhedsloven	12
2.1.3 Region Midtjyllands indsats for kronisk syge	13
2.2 <i>Lærings- og mestringsprojektet</i>	14
2.2.1 Baggrund og inspiration	14
2.2.2 Formål og målgrupper	15
2.2.3 Projektorganisering	16
2.2.4 Projektfaser	17
2.2.5 Finansiering	18
2.2.6 Evaluering	18
2.3 <i>Lærings- og mestringsprojektets teoretiske udgangspunkt</i>	19
2.3.1 Det brede og positive sundhedsbegreb	19
2.3.2 Mestring, empowerment og handlekompetence	19
2.3.3 Læring og didaktik	21
2.3.4 Den afklarende samtale	22
3. Udvikling og implementering	25
3.1 <i>Udvikling af Lærings- og mestringskonceptet</i>	26
3.1.1 Kompetenceudvikling som forum for konceptudvikling	26
3.1.2 Brug af samtalen	27
3.1.3 Lærings- og mestringskonceptets grundelementer	29
3.2 <i>De erfarne patienter</i>	29
3.2.1 Udvælgelse af erfarne patienter	30
3.2.2 Den erfarne patients rolle	31
3.2.3 Kompetenceudvikling	32
3.2.4 Hvem er de erfarne patienter?	33
3.2.5 Personligt udbytte som erfaren patient	33
3.3 <i>De sundhedsprofessionelle</i>	34
3.3.1 Den sundhedsprofessionelles rolle	34
3.3.2 Den sundhedsprofessionelles kompetencer	35
3.3.3 Hvem er de sundhedsprofessionelle?	36
3.4 <i>Kompetenceudvikling for sundhedsprofessionelle og erfarne patienter</i>	37
3.4.1 Opbygning og rammer	38
3.4.2 Modul 1: Den afklarende samtale	40
3.4.3 Modul 2: Læring og mestring	41
3.4.4 Modul 3: Fortælling og samarbejde	42
3.4.5 Modul 4: Erfaringsbaseret viden og faglig viden hånd i hånd	43
3.4.6 Den videre kompetenceudvikling	43
3.5 <i>Lærings- og mestringsuddannelser</i>	44
3.5.1 Rammer for Lærings- og mestringsuddannelser	44
3.5.2 Forskellige typer Lærings- og mestringsuddannelser	45
3.5.3 CASE: En kommunal Lærings- og mestringsuddannelse	46
3.6 <i>Implementering af Lærings- og mestringskonceptet</i>	53
3.6.1 De seks kommuner	53
3.6.2 KOL-rehabilitering	55
3.6.3 Diabetesskole	56

3.7	<i>Rekruttering af deltagere</i>	57
3.7.1	Den kommunale praksis	57
3.7.2	Praksis i Diabetesskolen og i KOL-rehabiliteringen	59
4.	Evaluering af de sundhedsprofessionelles kompetencer	61
4.1	<i>Den teoretiske ramme</i>	62
4.1.1	Kompetencebegrebet	62
4.1.2	Kompetence i bredden og i dybden	62
4.2	<i>Design</i>	63
4.3	<i>Resultater</i>	63
4.3.1	Centrale elementer i den sundhedsprofessionelles kompetence	64
4.3.2	Kompetenceprofil	66
4.4	<i>Konklusion</i>	66
5.	Evaluering af organisering, implementering og forankring af kompetencer	69
5.1	<i>Design</i>	70
5.2	<i>Resultater</i>	71
5.2.1	Beskrivelse af ligheder og forskelle mellem kommuner	71
5.2.2	Organiseringens betydning	72
5.3	<i>Konklusion</i>	73
6	Kvalitativ evaluering	75
6.1	<i>Design og metode</i>	76
6.2	<i>Lærings- og mestringskonceptet</i>	76
6.3	<i>Resultater</i>	77
6.4	<i>Den superkorte version</i>	78
7	Kvantitativ evaluering	79
7.1	<i>Formål med den kvantitative evaluering</i>	80
7.2	<i>Generelle oplysninger om Lærings- og mestringshold og deltagere</i>	81
7.3	<i>Social position, social støtte og belastninger</i>	82
7.4	<i>Deltagernes selvvaluerede effekt og udbytte</i>	83
7.5	<i>Opsamling – resultater og diskussion</i>	85
7.5.1	Hold og køn	86
7.5.2	Alder og beskæftigelse	86
7.5.3	Social position	87
7.5.4	Social støtte, ensomhed og belastninger	88
7.5.5	Helbred og funktionsevne	89
7.5.6	Sundhedsadfærd	90
7.5.7	At mestre dagligdagen – heiQ™	91
7.5.8	Sense of Coherence - SOC	93
8	Samlet konklusion og anbefalinger	95
8.1	<i>Lærings- og mestringskonceptet</i>	96
8.2	<i>Hvad er der på spil – det særlige</i>	98
8.3	<i>Hvad har Lærings- og mestringsprojektet givet af resultater</i>	99
8.4	<i>Anbefalinger</i>	101
9	Referencer	104
10	Bilagsliste	107

Figurer og tabeller

Figur 1	Organisation	16
Figur 2	Projektets faser og tidsmæssige forløb	17
Figur 3	Mestringsprocessen	20
Figur 4	Samtalestruktur	22
Tabel 1	Sundhedsfaglig baggrund blandt sundhedsprofessionelle uddannet i Læring og mestring	37
Figur 5	Kompetencetrekanten	38
Figur 6	Uddannelsesmodulerne	39
Figur 7	Den tidsmæssige ramme omkring Lærings- og mestringsuddannelse	45
Tabel 2	Kompetencebegrebets aspekter, deres sammenhæng og centrale elementer	65
Figur 8	Overordnet model for evaluering af organisering, implementering og kompetencer	70



I denne rapport beskrives udviklingen af Lærings- og mestringsprojektet og de forskellige elementer i Lærings- og mestringskonceptet, som er blevet udviklet i projektperioden. Projektet er kendetegnet ved at vejen bliver lavet, mens man går på den ved hjælp af afprøvning, efterfulgt af kritiske refleksioner og løbende teoretiske input i processen.

Lærings- og mestringsuddannelsen er en ny form for patientuddannelse, hvor erfarne patienter underviser sammen med sundhedsprofessionelle med anvendelse af bestemte sundhedspædagogiske principper, hvor brugerinddragelse, erfaringsudveksling og lokal tilpasning indgår sideløbende med den nødvendige sundhedsfaglige viden.

Rapportens første halvdel beskriver baggrunden for projektet, udvikling af Lærings- og mestringskonceptet, som omfatter et kompetenceudviklingsforløb for sundhedsprofessionelle og erfarne patienter samt et koncept for et patientuddannelsesforløb.

Videre i rapporten beskrives den løbende implementering i kommuner og i Hospitalsenheden Vest. I afsnit 3.5.3 er der i en case givet et tydeligt billede af, hvordan den erfarne patient og den sundhedsprofessionelle samarbejder om at afvikle et konkret Læring og mestringsforløb.

Rapporten forsætter med et sammendrag af tre selvstændige evalueringsrapporter som omfatter:

- en kvalitativ evaluering med fokus på processen i Lærings- og mestringsuddannelserne og deltagernes udbytte af at gennemføre uddannelsen
- en kvantitativ evaluering, hvor formålet har været at undersøge hvem der deltager og hvilken effekt vurderer deltagerne, at uddannelsen har haft for deres muligheder for at leve med den kroniske sygdom
- en evaluering af organisering, implementering og kompetencer i de seks vestjyske kommuner.

Sammendragene kan læses i kapitlerne 4, 5, 6 og 7

Den afsluttes med en samlet konklusion og anbefalinger til det videre arbejde med at udvikle Lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske sygdomme.

Som en hjælp til kommuner og hospitaler, der gerne vil etablere Lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske sygdomme, er der ved at blive udarbejdet: "Håndbog i Læring og mestring" af Ellen Kastberg Hinrichsen. Håndbogen udkommer i efteråret 2012.



2.1 Patientuddannelse

2.1.1 Kronisk sygdom og patientuddannelse

Sundhedsstyrelsen har afgrænset betegnelsen kronisk sygdom således: *"Kronisk sygdom har en eller flere af følgende karakteristika: Sygdommen er vedvarende, har blivende følger, skyldes irreversible forandringer, kræver langvarig behandling og pleje og/eller en særlig rehabiliteringsindsats"* (1;2). I en landsdækkende undersøgelse fandt man, at antallet af voksne danskere med en eller flere selvrapporterede kroniske sygdomme steg fra 1,360 mio. i 1987 til 1,691 mio. i 2005 og forventes at være 2,074 mio. i 2020 (3). Dvs. mere end hver tredje voksne dansker lever med en eller flere kroniske sygdomme bl.a. kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). I Region Midtjyllands sundhedsprofil fra 2010 (4) blev forekomsten af 17 kroniske sygdomme undersøgt. Her fandt man, at 68 % af den voksne befolkning mod 62 % i 2006 (5) havde mindst én af de 17 kroniske sygdomme, og at halvdelen af de kronisk syge havde mere end én kronisk sygdom. I sundhedsprofilen fra 2010 (4) fandt man, at forekomsten af bronkitis, for store lunger og KOL var på 4 % af befolkningen i Region Midtjylland – en forekomst, der ikke var signifikant anderledes end i 2006.

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 (6;7). Betegnelsen patientuddannelse har de senere år vundet indpas og benyttes ofte synonymt med patientskole og patientundervisning (8;9).

Det gør sig også gældende i Sundhedsstyrelsens nyere udgivelser (9;10), hvor det beskrives, 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"*.

2.1.2 Strukturreformen og sundhedsloven

Med strukturreformens ikrafttræden i 2007 og Sundhedsloven fra 2005 (11) blev rammerne ændret 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. Begrebet "patientrettet forebyggelse" blev som noget nyt indskrevet i Sundhedsloven. Det handler om forebyggelse af, at sygdom udvikler sig yderligere, og om at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer (8).

Etablering af patientuddannelser er dermed blevet et muligt element – ikke en forpligtigelse – i den kommunale løsning af forebyggelsesopgaven, og den kan ses som et vigtigt tiltag i styrkelsen af den patientrettede forebyggelse med det formål, at patienten tilegner sig kompetencer, der gør dem i stand til at håndtere sin kroniske sygdom bedre (7;10;12).

Med den ændrede opgavefordeling blev det nødvendigt at sætte fokus på fælles standarder for behandling, kontrol og rehabilitering samt behovet for sikring af koordination og sammenhæng i indsatsen for kronisk syge. For at imødegå disse behov udarbejdede Sundhedsstyrelsen i 2008 en generisk model for forløbsprogrammer, der *”beskriver den samlede tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter”* (13).

2.1.3 Region Midtjyllands indsats for kronisk syge

I Region Midtjylland er patientuddannelse et af indsatsområderne i strategien for en bedre indsats i forhold til mennesker med kronisk sygdom. Allerede i november 2007 var der udarbejdet en plan for denne indsats med titlen *”Kronisk sygdom – vision og strategi for en bedre indsats”* (14). Den indeholder konkrete initiativer, der skal føre frem til det overordnede mål *”at bedre sundheden og livskvaliteten for borgere med kroniske lidelser ved at styrke den samlede indsats for disse borgere gennem en forbedret forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsats”*. Samtidig er det et mål i videst mulig omfang at forebygge kroniske sygdomme, før de opstår.

Begrebet patientuddannelse bliver her defineret som *”strukturerede uddannelsesforløb, der har til formål at øge patienters livskvalitet og handlekompetence i forhold til at kunne mestre deres sygdom”*. Som en del af den patientrettede forebyggelse var hensigten *”at forebygge progression i en sygdom samt begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer som følge af en sygdom”* og patientuddannelse betragtes som *”et væsentligt middel til at opnå informerede og aktive patienter.”* I Region Midtjylland defineres patientuddannelse således også ved sit formål: at øge patienters livskvalitet og handlekompetence i forhold til at kunne mestre deres sygdom, og samtidig introduceres begrebet *”informerede og aktive patienter”*.

Patientuddannelse opdeles også her i to kategorier: sygdomsspecifik patientuddannelse og tværgående patientuddannelse. I Region Midtjylland ses de to kategorier som komplementære, og det vurderes derfor, at der er brug for begge former for patientuddannelsesstilbud i regionen.

I Region Midtjylland er der udarbejdet forløbsprogrammer, der beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (15), diabetes type 2 og hjertekarsygdom på hospitaler, i kommuner og i almen praksis.

Arbejdet med forløbsprogrammerne foregik i et samarbejde mellem sektorerne, og Region Midtjyllands formål med programmerne er *“at sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, fokus på inddragelse af patientens egne ressourcer, en fælles forståelse for opgavefordelingen, samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.”* De skal endvidere sikre en fælles standard for behandling, kontrol og rehabilitering. Formålene lægger sig tæt op af Sundhedsbestyrelsens, men adskiller sig ved et eksplicit ønske om at have fokus på inddragelse af patientens egne ressourcer i arbejdet med programmerne.

2.2 Lærings- og mestringsprojektet

Pilotprojektet “Etablering af et Lærings- og mestringskoncept” (16;17) er en del af Region Midtjyllands indsats i forhold til patientuddannelser. Det har bl.a. fokus på et tværsektorielt samarbejde mellem de seks vestjyske kommuner, Hospitalsenheden Vest, patientforeninger og praktiserende læger. 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 dokumenter og evaluere indsatsen (16).

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). Aftalerne omkring de gensidige forpligtelser er indskrevet i sundhedsaftalerne mellem kommunerne og regionerne (18).

2.2.1 Baggrund og inspiration

Ideen til projektet opstod flere år før strukturreformen i Ringkøbing Amt, hvor der i forbindelse med sundhedsplanlægning 2002-2005 blev nedsat en temagruppe *“Livet med kronisk sygdom”* (19). Den bestod af repræsentanter fra kommunerne, sygehusvæsenet, praksissektoren, patientforeningerne og amtets sundhedsafdeling, og en af gruppens anbefalinger til Amtsrådet var, at der skulle etableres et Lærings- og mestringscenter ved sygehusene i amtet eller ved en kommende lokalenhed i Holstebro. Centret skulle være en del af det sundhedsfremmende arbejde og bl.a. fungere som et sted, hvor stabile, afklarede patienter – herefter kaldt erfarne patienter - og sundhedsprofessionelle mødes ligeværdigt i indsatsen omkring kronisk syge. Temagruppens anbefalinger afventede regionsdannelsen, og i foråret 2007 blev en projektbeskrivelse for etablering af Lærings- og mestringskonceptet i den vestlige del af Region Midtjylland formuleret, forelagt Regionsrådet og vedtaget (16).

Ringkøbing Amt havde en lang tradition for at udbrede og implementere en sundhedsfremmende tilgang i arbejdet med sundhed i amtets kommuner. Et andet tiltag var opstarten af

Livsstiletskaféer 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 Livsstiletskaféernes arbejde var en del af temagruppens inspiration, og særligt deres erfaringer med afklarende samtaler fik betydning for projektets udvikling af konceptet (20;21).

Hovedinspirationen til projektet er dog hentet 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. Konceptet blev udviklet gennem "Projekt lærings- og mestringscenter Aker sykehus" i 1997-99. Lærings- og mestringscentret blev oprettet for at udvikle og etablere læringstilbud som fremmer selvstændighed og ansvarlighed i forhold til egen kronisk sygdom. Projektet byggede på grundideen om, at sundhedsprofessionelles faglige indsigt og patienternes erfaringsbaserede viden sammen er nødvendig for at kunne tilbyde gode læringstilbud. Ligeværd mellem fagkundskab og erfaringsbaseret viden er kerneværdien, og læring, mestring og vejledning er centrale begreber (22).

2.2.2 Formål og målgrupper

Udvikling og anvendelse af et Lærings- og mestringskoncept (L&M-koncept) i patientuddannelsesstilbud har, som det fremgår af projektbeskrivelsen, flere formål. I forhold til kronisk syge er det, at deltagerne

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

I forhold til organiseringen af patientuddannelser er det projektets formål at

- Sikre sammenhæng mellem de eksisterende patientuddannelsesstilbud og lærings- og mestringstilbudene
- Skabe rammer for et samarbejde med patientforeningerne om at være med til at udvikle lærings- og mestringsforløbene
- Afdække hvilke forløb, der skal være på hospitalet, i kommunerne og hos patientforeningerne.

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.

Det skal desuden undersøges

- Hvilke behov og muligheder der er for at have en erfaren patient med i vejlednings-situationer i diagnose- og behandlingsfasen
- Hvilke behov der er for, at der i uddannelsesforløbet er fokus på
 - o Formidling af viden
 - o Hjælp til at mestre livet
- Hvilke faser af det kroniske forløb, der er behov for hvilke indsatser.

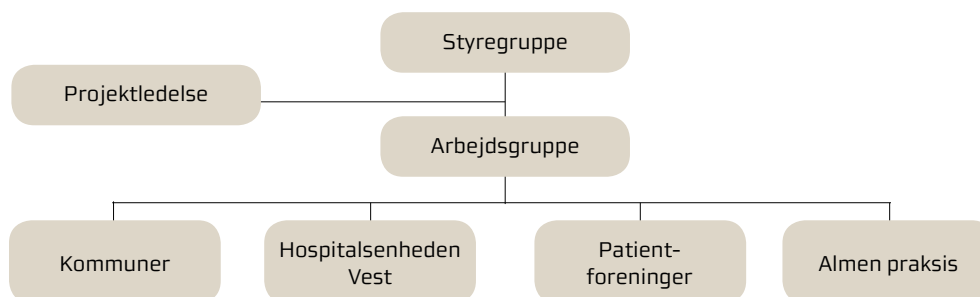
For de seks deltagende kommuner er tilbud til borgerne om patientuddannelser en helt ny opgave, og som deltagere i projektet skal de nye tilbud målrettes mennesker med diagnoserne KOL, diabetes og hjertekarsygdomme. De skal desuden tilbyde generelle forløb på tværs af diagnoser. I Hospitalsenheden Vest skal L&M-konceptet derimod integreres i allerede etablerede tilbud indenfor KOL-rehabilitering, Diabetesskole og evt. Hjerterehabilitering.

2.2.3 Projektorganisering

Projektet er organiseret med en projektledelse og en styregruppe, en arbejdsgruppe (bilag 1). Organisationen kan illustreres således:

Projektledelsen varetages af Folkesundhed og Kvalitetsudviklings afdeling i Holstebro og

FIGUR 1



består af en projektleder på deltidsbasis og en projektkoordinator på fuldtid. Styregruppen består af ledelsesrepræsentanter fra Hospitalsenheden Vest, en ledelsesrepræsentant fra hver af de deltagende kommuner, en ledelsesrepræsentant fra Nære Sundhedstilbud, en ledelsesrepræsentant fra Primær Sundhed (nu en del af Nære Sundhedstilbud), en repræsentant fra det tidligere Patientforeningernes Information "PI – Vest" samt projektledelsen. Styregruppen havde sit første møde den 10. december 2007 og efterfølgende møder 2-3 gange om året. Opgaverne er bl.a. at sikre projektets mål, ramme og prioritet samt den ledelsesmæssige involvering.

Den konkrete og praktiske udvikling, afprøvning og evaluering ligger i arbejdsgruppen, der består af nøglepersoner fra Hospitalsenheden Vest, en nøgleperson fra hver af de deltagende kommuner, to praktiserende læger, to patienter udpeget af patientforeninger, en antropolog fra Folkesundhed og Kvalitetsudviklings afdeling i Århus, en fuldmægtig fra Nære Sundhedstilbud og projektledelsen. Arbejdsgruppen mødtes 6-9 gange årligt, første gang den 23. september 2007. I bilag 1 findes en oversigt over såvel styregruppens som arbejdsgruppens medlemmer og opgaver.

Antropologen er samtidig den, der foretager den kvalitative evaluering af projektet, og fuldmægtigen fra Nære Sundhedstilbud er desuden Region Midtjyllands daglige repræsentant i projektet. Begges mødes med projektledelsen yderligere 7-9 gange årligt med det primære formål at bidrage med konstruktiv sparring omkring projektets fremdrift.

2.2.4 Projektfaser

Projektet starter i august 2007 og er planlagt til at slutte med udgangen af 2010. Udviklingsfasen strækker sig over det første år frem til september 2008, hvor de første kommuner går i gang med at afprøve L&M-konceptet i deres patientuddannelser. I de efterfølgende år bliver der arbejdet med at implementere L&M-konceptets enkelte elementer i stadigt stigende grad og med at tilbyde flere typer af lærings- og mestringsforløb. På hospitalerne påbegyndes integreringen af L&M-konceptet i KOL-rehabiliteringen og på Diabetesskolen foråret 2009.



FIGUR 2

Forløbene bliver kaldt Lærings- og mestringsuddannelser (L&M-uddannelser), og oprindeligt er planen, at de skal gennemføres frem til 1. maj 2010, hvor slutevaluering og rapport-skrivning skal påbegyndes. Perioden bliver dog forlænget med et år med det formål at få flere deltagere inkluderet i den kvantitative evaluering. Der er således gennemført L&M-uddannelser som en del af L&M-projektet frem til sommeren 2011 - kun Herning Kommune ønskede ikke at indgå i forlængelse af projektet.

2.2.5 Finansiering

Der er aftalt en opgavefordeling mellem kommunerne og Region Midtjylland, der i hovedtræk forpligter kommunerne og hospitaler til at stille fysiske rammer og nøglepersoner til rådighed, samt at afholde udgifterne til transport og forplejning til de erfarne patienter. Dette indebærer også lønudgifter til de sundhedsprofessionelle i forbindelse med såvel kompetenceudvikling som planlægning, gennemførelse og evaluering af selve L&M-uddannelserne. Det er desuden aftalt, at Hospitalsenheden Vest skal samarbejde med kommunerne om faglig ekspertise, hvor der var behov for det.

Den øvrige projektdrift finansieres af Region Midtjylland via afdelingerne Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (tidligere Center for Folkesundhed) og Nære Sundhedstilbud (tidligere Regionalt Sundhedssamarbejde) og dækker desuden udgifter til Hospitalsenheden Vest og de praktiserende læger. Den samlede udgift for Region Midtjylland i budgetårene 2007–2010 er i alt godt kr. 7 millioner og for 2011 kr. 450.000.

2.2.6 Evaluering

Det fremgår af projektbeskrivelsen at projektet skal evalueres undervejs og til slut, og at evalueringerne skal være både af kvantitativ og kvalitativ karakter. I den kvalitative evaluering skal der bl.a. fokuseres på patientens oplevelse af forløbet og deres mulighed for at skabe en meningsfuld hverdag. Der skal ligeledes fokus på, om uddannelsen er meningsfuld og brugbar i praksis, samt om der er en hensigtsmæssig balance mellem faglig viden og erfaringsviden. I relation til udviklingen af L&M-konceptet skal det ligeledes evalueres, om det er muligt at skabe faglige netværk og graden deraf, og om det er muligt at skabe mødesteder i kommunerne. Læs et sammendrag af den kvalitative evaluering (23) i kapitel 6.

Til den kvantitative evaluering fokuseres på øget mestringsevne, sundhedsadfærd og sociale relationer. Det besluttes desuden at benytte et webbaseret evaluerings- og monitoreringsredskab, der bl.a. er udviklet til at indsamle standardiserede data, der kan anvendes til monitorering og evaluering af patientuddannelser generelt i kommuner og på hospitaler. Det er udviklet af Folkesundhed og Kvalitetsudvikling og består af diverse projektformularer og spørgeskemaer, der i løbet af 2009 blev elektronisk tilgængelige for brugerne. Data opbevares i en fælles database administreret af Datamanagement under Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Læs et sammendrag af den kvantitative evaluering (24) i kapitel 7.

I løbet af implementeringsfasen bliver det tydeligt, at brug af L&M-konceptet i patientuddannelser er en stor og udfordrende opgave for de sundhedsprofessionelle. Derfor besluttes 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. I samme forbindelse er der enighed om, at evaluere hvilken betydning

organiseringen af L&M-uddannelserne i kommunerne har på implementering af konceptet og på forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer. Læs et sammendrag af disse evalueringer (25) i kapitlerne 4 og 5.

2.3 Lærings- og mestringsprojektets teoretiske udgangspunkt

Dette afsnit beskriver den teoretiske inspiration, der ligger bag Lærings- og mestringsprojektet og som danner udgangspunkt for udviklingen af det endelige Lærings- og mestringskoncept – en udviklingsproces, der veksler mellem kompetenceudviklingsforløb, afprøvning i praksis og diskussioner i Arbejdsgruppen. I *”Håndbog i Læring og mestring”* (26) er der en fylldig beskrivelse af den teori, der i løbet af udviklingsprocessen inddrages og viser sig at kvalificere Lærings- og mestringsuddannelserne, og dermed bliver projektets egentlige teoretiske forankring.

2.3.1 Det brede og positive sundhedsbegreb

I Ottawa-chartret om sundhedsfremme (27) fra 1988 blev sundhed defineret som *”en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende”* og betragtet *”som grundlag for det daglige liv og ikke som livets formål”*. Hermed blev det brede sundhedsbegreb introduceret, men også det positive sundhedsbegreb, idet *”Sundhed betragtes som et positivt begreb, som lægger vægt på sociale og personlige ressourcer såvel som på fysiske evner ... et begreb, der går længere end sunde levevaner i retning af velvære”*.

Perspektivet er salutogenetisk, dvs. fokuserer på, hvad der holder folk raske, på ressourcer og mestringsstrategier, og baserer sig på Antonovskys sundhedsfremmeteorier (28;29), 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 blev sundhedsfremme defineret 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 en L&M-uddannelse skal støtte og styrke hos mennesker med kronisk sygdom.

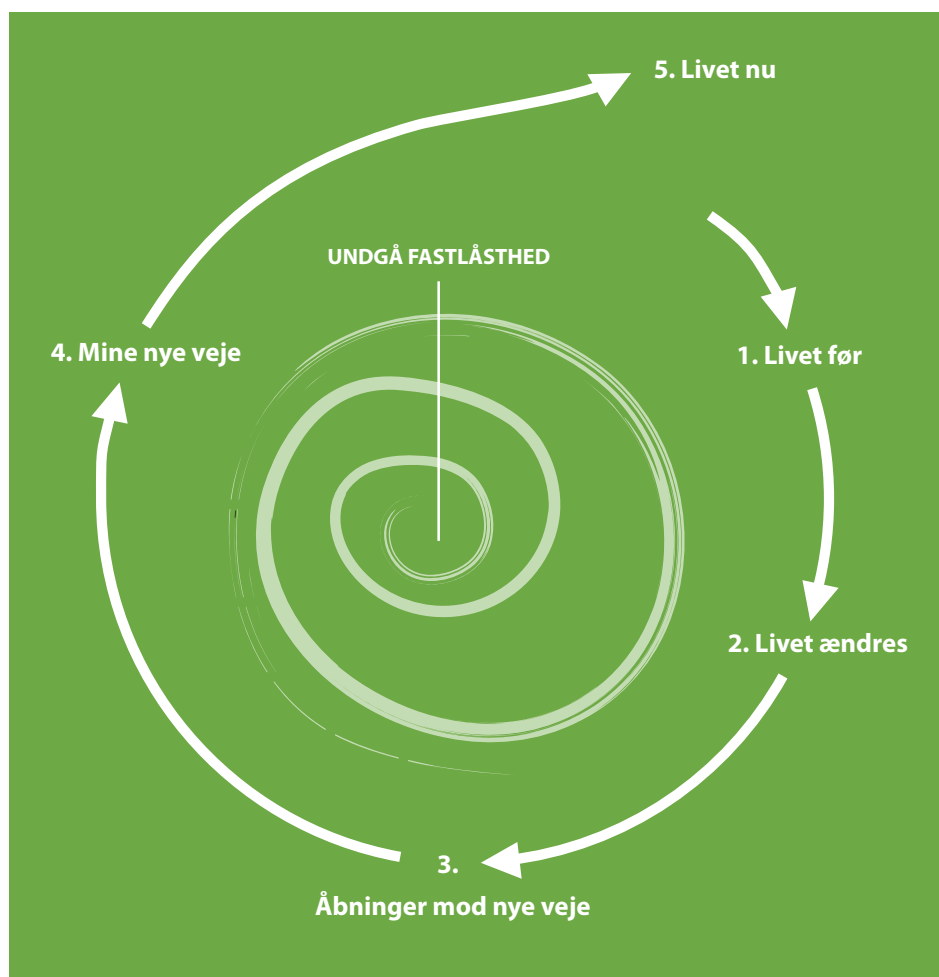
2.3.2 Mestring, empowerment og handlekompetence

Begrebet mestring – dét at mestre noget – bliver i L&M-projektet brugt i den betydning, der lægges til grund i den oprindelige norske model for Læring og mestring (L&M) beskrevet i bogen *”Helsepedagogikk”* af Hopen og Vifladd (30). Her drejer mestring sig om oplevelsen af at have kræfter til at møde udfordringer og følelsen af at have kontrol over eget liv. En aktiv og god mestring ses som en hjælp til at tilpasse sig den nye virkelighed med kronisk sygdom, og sætte patienten i stand til at se forskel på det, han/hun må leve med, og det, han/hun selv kan være med til at ændre. De faser man typisk gennemlever som menneske med en kronisk sygdom og de følelsesmæssige reaktioner, som kendetegner processen, beskrives også her, og undervejs i projektets udviklingsfase bliver denne mestringsproces et helt centralt og gennemgående redskab i L&M-uddannelserne. Der blev derfor skabt en illu-

stration af processen (figur 3) understøttet af danske ord, der så præcist som muligt beskriver de følelsesmæssige reaktioner, der kendetegner faserne. Illustrationen bliver derefter brugt i alle L&M-uddannelser og hænger som plakat i undervisningslokalerne. Læs mere om brug af mestringsprocessen i *"Håndbog i Læring og mestring"* og i den kvalitative evaluering (23).

FIGUR 3

MESTRINGSPROCESSEN



Det anvendte mestringsbegreb bygger grundlæggende på empowermenttilgangen. Empowerment er defineret som et tiltag, der på alle samfundsniveauer skal gøre det muligt for almindelige mennesker at få kontrol over deres liv og helbred, men vel at mærke inden for rammerne af den sociale og politiske virkelighed, de lever i. Der skelnes mellem lokalsamfundsempowerment og psykologisk empowerment. Psykologisk empowerment defineres som en følelse af kontrol over eget liv, ofte med den tilføjelse at denne følelse opnås gen-

nem aktiv deltagelse i en gruppebaseret eller fælles indsats (31). L&M-uddannelserne har derfor fokus på at udvikle patienternes eksisterende kræfter og derfra søge at styrke deres handlekompetencer og selvstændighed (6) bl.a. via en undervisningsform, der bygger på en høj grad af deltagerinvolvering og dialog.

Begrebet handlekompetence bliver, som beskrevet af Schnack (32), betragtet som et dannelsesideal, *ikke* som en undervisningsmetode eller et mål, der kan nås, men først og fremmest som et perspektiv på undervisning og læring. Der er lagt vægt på både handlepotentialet og på kompetencedimensionen, der kalder på den kvalificerede og reflekterende deltager. Til dette knytter også erfaringsbegrebet sig. Erfaringer repræsenterer ifølge Schnack *"en erkendelsesform, der er forbundet ganske tæt til handlinger. Erfaringer er resultater af handlinger, der altid udføres på baggrund af tidligere erfaringer, som er resultat af tidligere handlinger osv."* Erfaringer ses som tolkede, reflekterede oplevelser, og i forholdet mellem teori og praksis er erfaringer væsentlige ved at forbinde det objektive og det subjektive. I L&M-uddannelserne får erfaringerne med at leve med en kronisk sygdom en helt central og konkret position ved inddragelse af de erfarne patienter i patientuddannelsesforløbene fra tidlig planlægningsfase over selve L&M-uddannelsen til evalueringen undervejs og til slut. Den faglige viden fra den sundhedsprofessionelle og erfaringer med livet med kronisk sygdom bliver således bragt ind i det samme rum netop for at facilitere og kvalificere den kritiske refleksion hos deltagerne (23).

2.3.3 Læring og didaktik

Et andet væsentligt perspektiv på læring i L&M-konceptet er forståelsen, som den er formuleret af Illeris (33). Han påpeger, at *"al læring omfatter to forskellige processer: en samspilsproces mellem individet og dets omgivelser og en indre mental tilegnelses- og bearbejdesproces, hvorigennem impulserne fra samspillet integreres med resultaterne af tidligere læring"*. Tilegnelsen omfatter altid *"både et indhold og en drivkraft, og dermed fremkommer læringens tre dimensioner: den indholdsmæssige, den drivkraftsmæssige og den samspilmæssige dimension. Indholdsdimensionen drejer sig typisk om viden, forståelse og færdigheder. ... Drivkraftsdimensionen omfatter motivation, følelser og vilje. ... Samspilsdimensionen omfatter handling, kommunikation og samarbejde"*. Fokus i L&M-konceptet er bl.a. på denne baggrund, at patientuddannelsesforløbene skal have høj grad af deltagerinvolvering - forstået som, at deltagerne skal være aktive i tanke, følelser og handling.

Det bliver desuden vægtet højt, at undervisningens og læreprocessens mening, mål og indhold nøje gennemtænkes og planlægges hver gang, og udgangspunktet for denne del af konceptet er Hiim og Hippe's beskrivelse af den didaktiske relationsmodel (34). Det er en model til kritisk analyse og forståelse af undervisning og læring med fokus på deltagerens sociale, kulturelle, psykologiske og fysiske forudsætninger for at lære, på kulturelle, sociale og fysiske rammefaktorer, på læringsmål, indhold, læreproces og vurdering. Modellen skal gennemtænkes ikke kun ved opstart af nye L&M-uddannelser men også forud for hver undervisningsgang for at kunne justere, når forudsætninger ændrer sig undervejs.

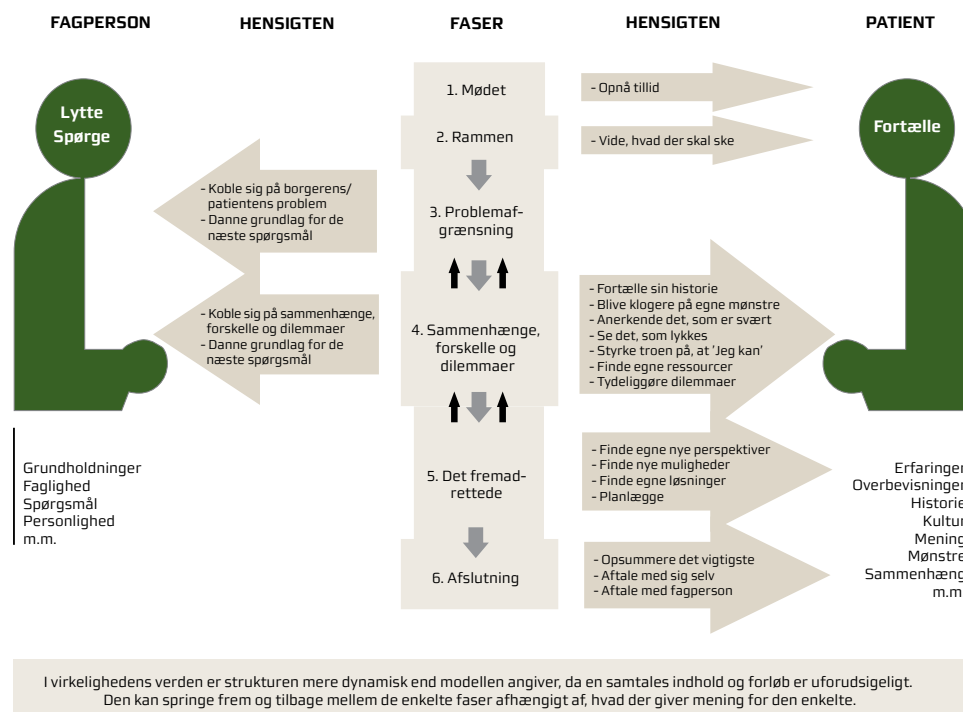
2.3.4 Den afklarende samtale

For i så høj grad som muligt at kunne støtte og styrke den enkelte deltager i L&M-uddannelser bliver gruppeforløbet kombineret med individuelle samtaler før og efter. De bliver fortaget efter metoden "Den motiverende samtale", som er en bredt anerkendt samtalemetode udviklet og beskrevet af Miller og Rollnick i 1991 (35). Den er videnskabeligt testet og overgår traditionel rådgivning i behandling af en bred vifte af adfærdsmæssige problemer og sygdomme, når den udspiller sig i en videnskabelig ramme. Den motiverende samtale ses som en nyttig intervention i behandlingen af livsstilsproblematikker og sygdom (36). Teknikkens grundtanke er at finde ressourcerne til forandring hos patienten selv, tage udgangspunkt i patientens egne holdninger og overvejelser, hjælpe patienten ud af en evt. ambivalens og på den måde frigøre sig tilstrækkeligt til at kunne påbegynde en forandringsproces.

I L&M-konceptet bliver samtaleteknikken suppleret med et skærpet fokus på intentionerne bag spørgsmål og brug af forskellige spørgsmålstyper (37). Den har en anerkendende og værdsættende tilgang med særligt fokus på ressourcer og det, der lykkes, samtidig med anerkendelse af det vanskelige (38). I L&M-projektet bliver den benyttede samtalemetode

FIGUR 4

SAMTALESTRUKTUR



KILDE: mi(d)t LIV nr. 1, 2008. Udgivet af Center for Folkesundhed, Region Midtjylland (www.midtliv.rm.dk)

kaldt "Den afklarende samtale" (39), og tidligt i projektets udviklingsfase blev der udviklet en illustration af strukturen for samtalen, som efterfølgende indgår som undervisningsmateriale i alle kompetenceudviklingsforløb (figur 4).

Den sundhedsprofessionelle tager generelle temaer fra de individuelle samtaler med ind i den overordnede planlægning af gruppeforløbet, som bliver foretaget forud sammen med den erfarne patient, og med ind i den detaljerede planlægning, der foretages i dialog med gruppen i forbindelse med første mødegang og undervejs i forløbet (40). Undervejs viser det sig desuden, at metoden i den afklarende samtale er meget anvendelig i gruppeforløbene til at gøre dialogen både mere konkret og nærværende, men også til at komme dybere ind i temaerne for møderne.



Dette kapitel omhandler processerne omkring Lærings- og mestringskonceptets udvikling og næsten samtidige implementering i patientuddannelser i Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer kommuner og i den allerede etablerede Diabetes-skole og KOL-rehabilitering i Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland. Det handler også om hovedaktørerne i L&M-uddannelserne: de erfarne patienter, de sundhedsprofessionelle og i mindre grad om deltagerne. Det er primært i beskrivelsen af rekruttering af deltagere og i en case, der beskriver et typisk forløb for en L&M-uddannelse, at deltagerne indgår. Endelig beskrives det kompetenceudviklingsforløb, som de erfarne patienter og de sundhedsprofessionelle gennemgår, før deres debut som undervisere.

3.1 Udvikling af Lærings- og mestringskonceptet

Udviklingen af Lærings- og mestringskonceptet forløber over projektets første år. Processen tager sit udgangspunkt i projektbeskrivelsen og i det teoretiske udgangspunkt, der er beskrevet i afsnit 2.3. Den forløber dernæst i et landskab af erkendelser og erfaringer undervejs både fra de første kompetenceudviklingsforløb for sundhedsprofessionelle og erfarne patienter og fra de første Lærings- og mestringsuddannelser i kommunerne. Den kontinuerlige erfaringsudveksling foregår hovedsageligt i projektledelsen og i Arbejdsgruppen, men også med de faste undervisere på kompetenceudviklingsforløbene.

3.1.1 Kompetenceudvikling som forum for konceptudvikling

Kompetenceudviklingsforløbene udvikler sig undervejs fra det på forhånd planlagte faglige indhold til forløb, hvor indholdet gradvist får en anden vægtning, og hvor nogle problematikker viser sig vigtigere end andre. Undervisningsformen er eksemplarisk og bygger i høj grad på deltagerinvolvering og dialog. Samtidig har underviserne og projektledelsen et stort fokus på at opsamle den allerede eksisterende viden, der er blandt deltagerne. Mange af de sundhedsprofessionelle har allerede erfaringer fra forskellige former for både individ- og gruppebaserede vejledninger, fysiske træningsforløb eller rehabilitering. Andre kommer med en baggrund fra ældreplejen eller fra nystartede kommunale sundhedsprojekter, mens andre igen har deres baggrund i pleje og behandling på hospitalerne.

Det er dog især de sidste to moduler med de erfarne patienter, der hver gang får stor indflydelse på fx holdningen til, hvad der har betydning i livet med kronisk sygdom. I referatet fra Arbejdsgruppemødet i januar 2008 står der fx:

"Hele første uddannelsesforløb er afsluttet. De sidste to moduler med deltagelse af erfarne patienter blev meget lærerige for alle. Det var især tankevækkende, hvor svært det er for fagpersonerne og erfarne patienter at tale samme sprog, og hvor vigtige de erfarne patienter er i forhold til at gøre indhold og emner mere konkrete og anvendelige."

Citatet beskriver meget godt kernen i kompetenceudviklingsforløbenes betydning for udvikling af konceptet. For det første bliver konkrete temaer eller problematikker tydelige i samspillet mellem de erfarne patienter og de sundhedsprofessionelle. I dette eksempel bliver det tydeligt for underviserne og projektledelsen, at det talte sprog skaber barrierer mellem sundhedsprofessionelle og patienter. Derfor bliver der i de kommende kompetenceudviklingsforløb større fokus på problematikken, og der arbejdes mere bevidst med den.

Den anden væsentlige betydning for udviklingen af konceptet er, at det bliver mere og mere tydeligt undervejs, at indhold og emner i patientuddannelserne skal gøres meget konkrete og være anvendelige i forhold til hverdagslivet. Derfor får kompetenceudviklingsforløbene i sin undervisningsform et gradvist mere konkret og direkte anvendeligt fokus samtidig med, at de sundhedsprofessionelle og de erfarne patienter undervises i at gøre L&M-uddannelserne meget konkrete og hverdagsnære i indhold og emner. En anden konsekvens bliver, at det i projektledelsen besluttet at udarbejde en elektronisk Håndbog i Læring og mestring (39;40) for de sundhedsprofessionelle med helt konkrete eksempler og anvisninger på, hvordan den afklarende samtale afholdes, og hvordan L&M-uddannelser planlægges og gennemføres. Håndbogen ligger på projektets hjemmeside www.mestring.dk.

3.1.2 Brug af samtalen

Et af de omkostningstunge elementer i L&M-uddannelserne er de individuelle samtaler, der indleder og afslutter forløbene. De foretages af den sundhedsprofessionelle, der er den gennemgående underviser på forløbet, og gennemføres med alle potentielle deltagere. Der afsættes ca. en time til selve samtalen, der desuden kræver tid til forberedelse og efterbehandling.

I projektbeskrivelsen står der, at efter henvisning vil der *"blive gennemført en afklarende samtale (telefonisk eller ved fremmøde) med henblik på at afklare, hvilket tilbud mennesket med den kroniske lidelse skal tilbydes, således at der gives det rigtige tilbud i forhold til sygdom, diagnose og tidsperspektiv."* Meget tidligt i udviklingsfasen debatteres det derfor, om de afklarende samtaler kan foregå telefonisk. Overvejelser går bl.a. på, om man i et område af landet med meget store geografiske afstande kan bede mennesker med kronisk sygdom om at køre forholdsvis langt efter en samtale. Frygten er, at samtalen kan komme til at virke som en barriere for rekruttering til L&M-uddannelserne – en snak i telefonen i stedet kunne imødegå den problematik. Andre overvejelser går i retning af, om man overhovedet kan tale en hel time om, hvad kronisk syge har brug for af tilbud, men også at det er en ressourcekrævende opgave. Fra projektledelsens side bliver det dog fastlagt, at samtalerne skal foregå ved personligt fremmøde.

Den efterfølgende proces får i stedet fokus på, hvilket formål den afklarende samtale har. På baggrund af et oplæg fra projektledelsen, diskuteres det i Arbejdsgruppen, og den endelige formulering af formålet med den indledende afklarende samtale bliver således:

Formålet med den afklarende samtale er:

- at støtte borgerens klarhed over egne behov
- at starte en udviklingsproces hos borgeren med henblik på styrkelse af mestringsevnen
- at fagpersonen får indsigt i, hvilke spørgsmål borgeren har brug for at arbejde med
- at borgeren bliver afklaret med hvilket patientuddannelsesstilbud, der er relevant at deltage i.

Den afklarende samtale får dermed udvidet sit formål til også at fungere som en støtte til borgeren i forhold til *selv* at blive afklaret omkring, hvilke behov for forandringer, der trænger sig mest på i livet med en kronisk sygdom. Hensigten med at tilføje denne dimension i samtalen er, at borgeren får startet en udviklingsproces, der går i retning af en gradvis styrkelse af evnen til at mestre eget liv.

En konsekvens af formålet er, at borgere i løbet af samtalen bliver klar over, at det ikke er en Lærings- og mestringsuddannelse, de har brug for. Det viste sig også i praksis, hvor hovedparten dog fortsatte i en L&M-uddannelse. Et af arbejdsgruppemedlemmerne, der på dette tidspunkt selv har gennemført indledende samtaler forud for to L&M-uddannelsesforløb, fortæller på et Arbejdsgruppemøde:

"Borgerne vælger selv i den afklarende samtale. Det betyder, at nogle kommer til L&M-uddannelse, andre til "Lær at leve med kronisk sygdom", nogle til noget helt tredje og endnu andre kommer ikke i forløb. Det kræver, at fagpersonen er meget åben og neutral i samtalen. Jeg har dog oplevet, at borgerne typisk har taget det valg, som jeg også har tænkt, var det rigtige."

I samme proces besluttes det, at L&M-uddannelsen også skal indeholde en opfølgende samtale og to opfølgende gruppeforløb. Intentionen bag dette er at skabe rammer for en fortsat støtte til borgerne i forhold til igangværende eller ønskede forandringer i livet med kronisk sygdom. Den opfølgende samtale skal foregå efter samme metode som den indledende samtale, og formålet justeres til:

Formålet med den opfølgende samtale er:

- at støtte borgerens klarhed over nuværende behov
- at støtte borgerens klarhed over egen udvikling
- at støtte en fortsat udviklingsproces hos borgeren med henblik på styrkelse af mestringsevnen
- at fagpersonen får indsigt i borgerens udvikling, og hvad der på nuværende tidspunkt er brug for at arbejde videre med
- borgeren bliver afklaret med, om der er patientuddannelsesstilbud (inkl. de to opfølgingsdage), det er relevant at deltage i.

På det tidspunkt, hvor kommunerne går i gang med at gennemføre indledende samtaler til deres første L&M-uddannelser, kommer der igen meget fokus på den afklarende samtale. De

sundhedsprofessionelle begynder at opleve, hvor svært det i praksis er at arbejde efter metoden. Derfor besluttes det at lave en beskrivelse af metoden i form af en forholdsvis kortfattet guide med opridsning af samtalestrukturen og eksempler på temaer, der kan være væsentlige at berøre og eksempler på spørgsmål, der kan stilles for at få temaerne belyst. Beskrivelsen indgår som en del af den elektroniske Håndbog i Læring og mestring (39;40). Der bliver desuden lavet efteruddannelse til de sundhedsprofessionelle, der var på de første kompetenceudviklingsforløb, i den afklarende samtale og senere desuden afholdt en temadag.

3.1.3 Lærings- og mestringskonceptets grundelementer

I foråret 2008 gennemfører de første kommuner Lærings- og mestringsuddannelser, og gradvist opstår der en diskussion blandt arbejdsgruppemedlemmerne om, hvilke kriterier, der egentlig skal være opfyldt, for at en patientuddannelse kan kaldes en Lærings- og mestringsuddannelse. Efter debat i både Arbejds- og Styregruppen besluttes det i efteråret 2008, at "Lærings- og mestringskonceptet" i forhold til kronisk syge bygger på:

- Planlægning, gennemførelse og evaluering af uddannelsesforløbet i et ligeværdigt samarbejde mellem en erfaren patient og en sundhedsprofessionel
- Sundhedspædagogiske læringsprincipper, der fremmer deltagerinvolvering og mestring
- Der afholdes individuelle indledende og opfølgende samtaler ud fra metoden "den afklarende samtale" for at styrke deltagerens klarhed over egne behov
- En fælles gruppesamtale første uddannelsesdag for at tilpasse uddannelsens indhold til deltagerens aktuelle behov
- Mestring af livet med kronisk sygdom er et gennemgående tema
- Den erfarne patient og den sundhedsprofessionelle har gennemført "Uddannelse for fagpersoner og erfarne patienter."

L&M-konceptets grundelementer forbliver de samme i hele projektforløbet. Det opstår lidt andre måder at formulere dem på undervejs, men det ændrer ikke ved, at den oprindelige formulering stadig er gældende i hele projektperioden.

3.2 De erfarne patienter

Hovedinspirationen til Læring- og mestringsprojektet er, som beskrevet i afsnit 2.2.1, hentet i Norge og bygger på grundideen om, at sundhedsprofessionelles faglige indsigt og patienternes erfaringsbaserede viden sammen er nødvendig for at kunne tilbyde gode læringsforløb. I projektbeskrivelsen (16) er ideen tænkt ind i patientundervisning og beskrives bl.a. således:

"Læring og mestring bygger på undervisning af mennesker med kroniske lidelser og deres pårørende af en erfaren patient sammen med en fagperson (læge, sygeplejerske eller anden sundhedsfaglig baggrund)."

"Den erfarne patient og fagpersonen underviser i fællesskab for at udnytte forskelligheden i hinandens viden og erfaringer. Undervisningen foregår i et ligeværdigt perspektiv."

Med disse beskrivelser introducerer projektet betegnelsen "den erfarne patient", der på denne måde er blevet den danske udgave af det norske "erfarne brukere". Der gives desuden en dansk fortolkning af de centrale norske ideer om "brukere som kunnskapskilde", om at "helsepersonell har fagkompetensen, mens brukerne har hverdagskunnskapen" og om "likeverdig samarbeid mellom helsepersonell, erfarne brukere og brukerorganisasjoner (30). Ligeværd og ligeværdighed mellem den sundhedsfaglige viden og den erfaringsbaserede viden personificeret ved henholdsvis den sundhedsprofessionelle og den erfarne patient er således grundtanken bag Læring og mestring, og undervejs i projektperioden opstår udtrykket "erfaringsbaseret viden og faglig viden går hånd i hånd" som et billede på betydningen.

Betegnelsen "erfaren patient" har med jævne mellemrum gennem hele projektperioden været diskuteret, da mange mennesker med en kronisk sygdom ikke føler sig som patienter, og fordi betegnelsen ikke udtrykker, hvor erfaren, man skal være med livet som kronisk syg for at kunne betegne sig som erfaren patient. Trods ihærdige forsøg i forskellige sammenhænge er det dog aldrig lykkedes at finde et bedre udtryk.

3.2.1 Udvælgelse af erfarne patienter

Lærings- og mestringstankegangen bygger på et tæt samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle og patientforeninger med henblik på at udvælge erfarne patienter, og projektbeskrivelsen giver et klart svar på, hvad der skal til for at blive udvalgt som erfaren patient. Kriterierne er: Den erfarne patient skal:

- Selv have en kronisk lidelse og være i stabil sygdomsfase
- Have bearbejdet situationen og føle, at de takler livet med kronisk lidelse og ikke have opfattelsen/erkendelsen af, at det er let at have en kronisk lidelse
- Være parat til at dele egne erfaringer og lytte til deltagernes erfaringer
- Kende andre mennesker med kroniske lidelser og være klar over, at der er forskelle i de enkelte menneskers situationer og mestringsevner
- Have viden om og erfaring med tavshedspligt og forpligtet herpå, hvilket dokumenteres forud for den erfarne patient møder andre patienter i undervisningsøjemed.

I forbindelse med afviklingen af de allerførste Lærings- og mestringsuddannelser i efteråret 2008 blev der udarbejdet en egentlig opgave- og kompetenceprofil for undervisere på L&M-uddannelser, og for de erfarne patienter blev der tilføjet yderligere kriterier for udvælgelse. Det drejer sig om, at de skal:

- Være en god rollemodel både i det svære og det, der lettere lykkes
- Have gode kommunikative evner
- Kunne sætte sig selv i baggrunden
- Kunne indgå i teamsamarbejde med den gennemgående sundhedsprofessionelle.

Den konkrete udvælgelse af mennesker med kronisk sygdom til opgaven som erfaren patient foregår lokalt i den enkelte kommune eller hospitalsafdeling og hovedsageligt på to måder: dels gennem et samarbejde med patientforeninger, hvor de foreslår nogen, de tror, kan klare opgaven, og dels møder de sundhedsprofessionelle deltagere på L&M-uddannelserne, som de vurderer, egner sig. I den situation har de sundhedsprofessionelle særligt øje for, om den potentielle erfarne patient evner at "fænge forsamlingen" og helt konkret hvordan, der bliver fortalt, og hvordan, det bliver modtaget af de andre deltagere.

Det gælder for alle, at en sundhedsprofessionel tager en samtale med vedkommende. Her bliver det klarlagt, hvilken rolle den erfarne patient har, og hvad det indebærer bl.a. i forhold til samarbejdet med den sundhedsprofessionelle, men også i forhold til at skulle gennemgå uddannelse i Læring og mestring. Der tales desuden en del om mestring, da det er vigtigt, at den erfarne patient har oplevet de typiske mestringsfaser og kan komme med fortællinger fra sit eget liv. Den endelige vurdering af, om vedkommende kan bruges, tages af den sundhedsprofessionelle – oftest i løbet af samtalen og naturligvis i samspil med vedkommende. Munder samtalen ud i en beslutning om at komme på uddannelse i Læring og mestring, er det vigtigt også at informere om, at de ikke er lovet en fast opgave som erfaren patient, at de muligvis skal skiftes med andre erfarne patienter, og at opgaven ikke er for altid.

En undersøgelse blandt 48 af de første erfarne patienter viser, at knap halvdelen af dem er opfordret af en sundhedsprofessionel fra kommunen og en tredjedel af en sundhedsprofessionel fra hospitalet; heraf er flest kvinder opfordret fra kommunerne og flest mænd fra hospitalerne.

3.2.2 Den erfarne patients rolle

I samarbejdet om planlægning og gennemførelse af undervisningen på L&M-uddannelserne har den sundhedsprofessionelle og den erfarne patient forskellige opgaver og forskelligt ansvar – opgaver og ansvar, der hver især har lige stor værdi for L&M-uddannelserne. Det er den sundhedsprofessionelles opgave og ansvar at sikre, at den pædagogiske idé følges i forhold til bl.a. deltagerinvolvering, fokus på deltagernes ressourcer og styrkelse af mestringsevnen, inddragelse af sundhedsfaglig viden samt at sikre en god gruppeproces. Det foregår naturligvis i samspil med den erfarne patient, men det er primært den sundhedsprofessionelles ansvar.

Den erfarne patients rolle er først og fremmest at:

- Medvirke til at skabe åbenhed og tillid hos deltagerne
- Bidrage med fortællinger og erfaringer fra livet med en kronisk sygdom.
Også her er der tale om et samspil fx om, hvornår og hvordan den erfarne patients fortællinger og erfaringer skal i spil. Læs mere om brug af fortællinger i den elektroniske Håndbog (40). Den erfarne patients øvrige opgaver er at:
- Planlægge og gennemføre Lærings- og mestringsuddannelserne sammen med den gennemgående sundhedsprofessionelle

- Byde ind med egne erfaringer på en måde, der giver eftertanke og refleksion hos deltagerne
- Dele erfaringer, men ikke personligt liv
- Være en aktiv med- og modspiller til den sundhedsprofessionelle
- Være med til at evaluere Lærings- og mestringsuddannelsen mellem de enkelte forløb og efter endt forløb.

Det kræver både tid og mange personlige og sociale kompetencer hos den erfarne patient at kunne fungere med de forskelligartede opgaver, der ligger i rollen. Derfor er det en ufravigelig forudsætning for at blive erfarne patient at have deltaget i et kompetenceudviklingsforløb sammen med sundhedsprofessionelle helst fra den kommune eller hospitalsafdeling, den erfarne patient skal lave L&M-uddannelser sammen med.

3.2.3 *Kompetenceudvikling*

Projektbeskrivelsen anviser, at de erfarne patienter via et kompetenceudviklingsforløb skal udvikle deres kompetencer i at:

- Undervise i og formidle egne sygdomsoplevelser, muligheder og begrænsninger til andre mennesker med kroniske lidelser
- Samarbejde med fagpersoner og relatere dagligdagen til hospitalsverden og almen praksis.

Samtidig præciseres det, at en af forudsætningerne for et godt Lærings- og mestringskoncept er, at de erfarne patienter og de sundhedsprofessionelle har kompetencer indenfor anvendelse af sundhedspædagogiske metoder og undervisning i team.

Med dette udgangspunkt blev der som det allerførste i projektet planlagt et kompetenceudviklingsforløb med titlen "Uddannelse for fagpersoner og erfarne patienter", og som beskrives i sin helhed i afsnit 3.4. For de erfarne patienter er forløbet tilrettelagt over to moduler á to dage – alle dage sammen med de sundhedsprofessionelle. På disse moduler rettes fokus meget på de erfarne patienter og deres liv med kronisk sygdom. De sundhedsprofessionelle bliver udfordret i forhold til at lytte til de erfarne patienters fortællinger og i at udforske deres erfaringer nærmere. De erfarne patienter får øvelse i at fortælle, men også viden om fortællingens funktion og hvordan, der kan arbejdes med egne fortællinger. Teamsamarbejdet og rollefordelingen mellem de sundhedsprofessionelle og de erfarne patienter er ligeledes i fokus, ligesom der arbejdes med den konkrete planlægning, gennemførelse og evaluering af en L&M-uddannelse, og hvordan man involverer deltagerne på en måde, der styrker deres handlekraft.

Efter endt kompetenceudviklingsforløb viser det sig, at ca. tre fjerdedele af de erfarne patienter rent faktisk bliver brugt som erfarne patient i en L&M-uddannelse. Kun en meget lille andel af dem, der ikke bliver brugt, begrundes det med, at det ikke er noget for dem at være erfarne patient alligevel. I andre tilfælde viser det sig i løbet af kompetenceudviklingsforløbet, at den erfarne patient ikke er helt egnet alligevel. Her har uddannelseslederne en opgave i at vejlede den sundhedsprofessionelle, der har tilmeldt den erfarne patient, så hun

bliver klædt på til en efterfølgende snak med den erfarne patient om evt. at blive brugt i andre sammenhænge end som erfaren patient i L&M-uddannelser.

3.2.4 Hvem er de erfarne patienter?

I sommeren 2010 blev der gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt alle erfarne patienter, der havde gennemført et kompetenceudviklingsforløb for undervisere i L&M-uddannelser. Der var dengang afviklet fem hold, og alle 57 deltagere fik tilsendt et spørgeskema. 48 erfarne patienter svarede på spørgeskemaet, der bl.a. viser, at

- Der er lige mange kvinder og mænd
- Halvdelen er i aldersgruppen 60-69 år, en fjerdedel i aldersgruppen 50-59 år, knap en femtedel er 70+ år og under ti procent er under 49 år
- En fjerdedel har 7 års skolegang eller mindre, en fjerdedel har studentereksamen, HF eller tilsvarende og en sjettedel har 8-10 års skolegang
- En fjerdedel er faglært, en fjerdedel har en mellemlang videregående uddannelse, en sjettedel har en kort videregående uddannelse og en tiendedel har ingen uddannelse eller få korte kurser
- Tre fjerdedele er på pension og en tiendedel har en lønindkomst
- Ca. fire ud af fem har altid eller for det meste nogen at tale med om personlige bekymringer
- Ca. fire ud af fem har altid eller for det meste nogen, der kan hjælpe med daglige gøremål ved sygdom
- Ca. fire ud af fem har altid eller for det meste nogen at spørge, hvis der opstår problemer i familien.

3.2.5 Personligt udbytte som erfaren patient

På en netværksdag for undervisere på L&M-uddannelser i januar 2010 var en større gruppe af de erfarne patienter samlet. De havde lejlighed til at udveksle erfaringer med rollen som erfaren patient og debatterede bl.a., hvad de personligt fik ud af at fungere som erfaren patient. Størstedelen af udtalelserne handlede om oplevelsen af selv at udvikle sig som person undervejs. Der blev fx sagt:

- *"Man bliver klogere på sig selv undervejs."*
- *"At høre andres livshistorier medfører også, at man selv udvikler sig."*
- *"Det er frugtbart at være med til at hjælpe andre – man får noget igen."*

Næsten lige så mange udtalelser handler om det meningsfulde i, at det gør en forskel for deltagerne, at de er der som erfarne patienter. Om det bliver der fx sagt:

- *"Dejligt at være med til at give håb."*
- *"Dejligt at opleve, hvor meget 'det rykker' for deltagerne."*

Også det sociale samvær sættes der pris på, og en af de erfarne patienter oplever, at man bliver som 'en stor familie' med deltagerne. Andre udtrykker, at det er med til at holde én i gang, og at man får lavet mere motion.

Den tidligere omtalte undersøgelse viser da også, at 60 % af de adspurgte på undersøgelsestidspunktet stadig er aktive som erfarne patienter, og det er nogenlunde ens for kvinder og mænd. Ligeledes ønsker 85 % af de erfarne patienter også i fremtiden at være erfaren patient, hvis muligheden er til stede – også her er fordelingen nogenlunde ens for kvinder og mænd.

3.3 De sundhedsprofessionelle

Det er betegnelsen "fagperson", der benyttes om de sundhedsprofessionelle i projektbeskrivelsen, og i parentes forklares, at der her tænkes på en læge, sygeplejerske eller en anden med sundhedsfaglig baggrund. For at præcisere den sundhedsfaglige baggrund hos fagpersonerne erstatter betegnelsen "sundhedsprofessionel" derfor gradvist betegnelsen for den underviser i L&M-uddannelser, der har en sundhedsfaglig baggrund.

3.3.1 Den sundhedsprofessionelles rolle

Udgangspunktet for den sundhedsprofessionelles rolle i L&M-uddannelserne er beskrevet i projektbeskrivelsen og er:

- *"Den erfarne patient og fagpersonen underviser i fællesskab for at udnytte forskelligheden i hinandens viden og erfaringer"*
- *"Undervisningen foregår i et ligeværdigt perspektiv"*
- *"Undervisningsformen bygger på dialog med deltagerne"*
- *"... tæt samarbejde mellem fagpersoner og patientforeninger med henblik på at finde egnede undervisere (erfarne patienter)"*
- *"I planlægningsfasen vil de erfarne patienter og fagpersoner mødes for at planlægge uddannelsen og på den måde sikre tæt dialog og samarbejde om uddannelsesforløbet."*

Det er således en rolle, der først og fremmest indebærer et omfattende teamsamarbejde med den erfarne patient både om planlægning af uddannelsesforløbet og som undervisere, og hvor det vigtigste redskab til forvaltning af rollen er dialogen med deltagerne.

Det er derfor gjort obligatorisk for underviserne på L&M-uddannelser at gennemgå et sundhedspædagogisk kompetenceudviklingsforløb med fokus på den dialogbaserede undervisningsform. Her skal de sundhedsprofessionelle udvikle deres kompetencer i at

- *"Lytte og være i dialog med mennesker med kroniske lidelser"*
- *Anvende pædagogiske metoder som styrker mennesker med kroniske lidelsers handlekraft"*
- *Samarbejde med erfarne patienter og derved få større viden om mennesker med kroniske lidelsers dagligliv og mestringsmuligheder."*

Ved projektstart udvikles dette kompetenceudviklingsforløb som det allerførste. Det strækker sig over ca. tre måneder med undervisning på fire moduler á to dage, hvor de sidste to moduler forløber sammen med erfarne patienter.

Kompetenceudviklingsforløbene udvikler sig undervejs i projektføreløbet. Underviserne og projektledelsen gør sig erfaringer undervejs, og de tidligst uddannede erfarne patienter og

sundhedsprofessionelle går i gang med at lave de første L&M-uddannelser. Det bliver forholdsvis tidligt klart, at der er behov for at præcisere såvel den erfarne patients rolle som den sundhedsprofessionelles. Også betydningen af "et ligeværdigt perspektiv" trænger til at præciseres.

Efter oplæg fra projektledelsen og debat i Arbejdsgruppen er der enighed om at definere den sundhedsprofessionelles opgave og ansvar til at

- Sikre, at den pædagogiske idé følges i forhold til bl.a.
 - o deltagerinvolvering
 - o fokus på deltagerens ressourcer
 - o styrkelse af handlekraft og mestring
- Bidrage med faglig viden
- Sikre en god pædagogisk proces og en god gruppeproces.

Opgaverne løses naturligvis i samarbejde med den erfarne patient, men ansvaret er primært den sundhedsprofessionelles. Den erfarne patients vigtigste opgave er til gengæld at medvirke til at skabe åbenhed og tillid hos deltagerne og at bidrage med fortællinger og erfaringer fra livet med kronisk sygdom.

Forståelsen af, hvad et ligeværdigt perspektiv i forholdet mellem sundhedsfaglig viden og erfaringsbaseret viden betyder, afføder diskussioner og behov for præciseringer undervejs i projektet. Ud af dette opstår bl.a. udtrykket "erfaringsbaseret viden og faglig viden går hånd i hånd" som et billede på betydningen – en betydning der tilsiger, at begge former for viden skal være til stede samtidig og repræsentere hvert sit selvstændige perspektiv på livet med kronisk sygdom. Det betyder derfor *ikke*, at de erfarne patienter og de sundhedsprofessionelle har de samme roller eller skal vide det samme. De to former for viden skal heller ikke nødvendigvis have lige meget plads eller tid i en Lærings- og mestringsuddannelse, men de skal betragtes som nødvendige og lige betydningsfulde elementer.

3.3.2 Den sundhedsprofessionelles kompetencer

Der er ikke – på samme måde som for de erfarne patienter – beskrevet kriterier for udvælgelse af de sundhedsprofessionelle som undervisere i L&M-uddannelser. Efter det første kompetenceudviklingsforløb, hvor bl.a. seks medlemmer af Arbejdsgruppen og projektkoordinator deltog, er der derfor enighed om, at der er behov for at udarbejde en opgave- og kompetenceprofil for såvel den erfarne patient som de sundhedsprofessionelle. Det skyldes først og fremmest, at det tidligt i projektet bliver tydeligt, hvor kompleks en opgave det er at være underviser på L&M-uddannelser. I starten af 2008 vedtager Arbejdsgruppen således en opgave- og kompetenceprofil, der beskriver, at den sundhedsprofessionelle udover den sundhedsfaglige baggrund skal

- Være tillidsvækkende
- Kunne skabe refleksionsprocesser
- Kunne mestre de sundhedspædagogiske principper
- Have indsigt i øvrige tiltag i kommuner, hospitaler og regionen, der har relevans for patientuddannelser.

Efter afviklingen af de første Lærings- og mestringsuddannelser i efteråret 2008 revideres opgave- og kompetenceprofilen, og det tilføjes, at den sundhedsprofessionelle

- Skal mestre den afklarende samtale.

Kompetenceprofilen bliver efterfølgende en rettesnor for såvel lokale ledere som nøglepersoner bl.a. i forbindelse med rekruttering af nye undervisere på L&M-uddannelserne.

Det opleves dog særligt blandt underviserne på kompetenceudviklingsforløbene og projektledelsen, at kompetenceprofilen er utilstrækkelig i forhold til at beskrive de komplekse kompetencer, der kræves af en underviser på L&M-uddannelser. Derfor besluttes det i foråret 2010 at gennemføre en undersøgelse med det formål at udarbejde en nuanceret beskrivelse af, hvilke kompetencer der er vigtige for at lave L&M-uddannelser, samt udarbejde en ny kompetenceprofil. Et sammendrag af undersøgelsen kan læses i kapitel 4, og den kan læses i sit fulde omfang i delrapporten *"Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser – evaluering af kompetencer, organisering og implementering"* (25).

3.3.3 Hvem er de sundhedsprofessionelle?

Der er ikke – som blandt de erfarne patienter – lavet en egentlig undersøgelse af, hvilken baggrund de sundhedsprofessionelle har udover den rent sundhedsfaglige. Vi ved fx ikke, hvilken og hvor megen erfaring, de har med sig, når de starter på kompetenceudviklingsforløbet i Læring og mestring. Det, vi ved, er til gengæld, at der fra efteråret 2007 til sommeren 2011 er afviklet seks kompetenceudviklingsforløb, hvorfra der er uddannet 66 sundhedsprofessionelle fra de seks kommuner og 51 fra Hospitalsenheden Vest i Læring og mestring. Langt hovedparten af de 117 uddannede er enten sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter eller kliniske diætister, og alle – med undtagelse af tre fysioterapeuter – er kvinder.

Den præcise fordeling af, hvilken sundhedsfaglig baggrund de sundhedsprofessionelle har, fremgår af tabel 1. Af den ses det bl.a., at halvdelen af de uddannede er sygeplejersker, godt og vel en fjerdedel er fysioterapeuter, en ottendedel er ergoterapeuter og en tyvendedel har en sundhedsfaglig baggrund som klinisk diætist. Blandt dem er der uddannet forholdsvis flere sygeplejersker i Hospitalsenheden Vest end i de seks kommuner og modsat forholdsvis flere ergoterapeuter i kommunerne end i hospitalsregi.

Det ses også, at fem af de uddannede i Læring og mestring har en anden baggrund end den klassiske. Fra kommunerne er der således uddannet to kandidater i folkesundhedsvidenskab, én med en baggrund som professionsbachelor i sundhed og ernæring og én med en baggrund som socialrådgiver. Fra Hospitalsenheden Vest er en sygehjælper uddannet i Læring og mestring.

SUNDHEDSFAGLIG BAGGRUND BLANDT SUNDHEDSPROFESSIONELLE UDDANNET I LÆRING OG MESTRING

TABEL 1

Sundhedsfaglig baggrund	Kommuner	Hospitalsenheden Vest	Alle
Sygeplejerske	28 (42 %)*	32 (63 %)	60 (51 %)
Fysioterapeut	19 (29 %)	12 (24 %)	31 (27 %)
Ergoterapeut	11 (17 %)**	4 (8 %)	15 (13 %)
Klinisk diætist	4 (6 %)	2 (4 %)	6 (5 %)
Andet	4 (6 %)	1 (2 %)	5 (4 %)
I alt	66 (100 %)	51 (100 %)	117 (100 %)

*) En sygeplejerske er desuden uddannet pædagog og én har en uddannelse som cand. cur.

**) En af ergoterapeuterne er desuden uddannet ernæringsvejleder

Blandt de uddannede fra Hospitalsenheden Vest kommer godt halvdelen fra afdelinger, der behandler mennesker med hjertekarsygdomme, knap en tredjedel fra afdelinger for mennesker med lungesygdomme, og der er uddannet fire sundhedsprofessionelle med tilknytning til Diabetesskolen. I kommunerne er det ikke alle de uddannede i Læring og mestring, der laver L&M-uddannelser eller kommer fra en afdeling, der gør det. Det skyldes, at flere sundhedscentre/-afdelinger ønsker at implementere tankegangen bag Læring og mestring generelt i deres organisation. Det beskrives nærmere i delrapporten *"Læring og mestring. Patientuddannelse på deltageres præmisser – evaluering af kompetencer, organisering og implementering"* (25).

3.4 Kompetenceudvikling for sundhedsprofessionelle og erfarne patienter

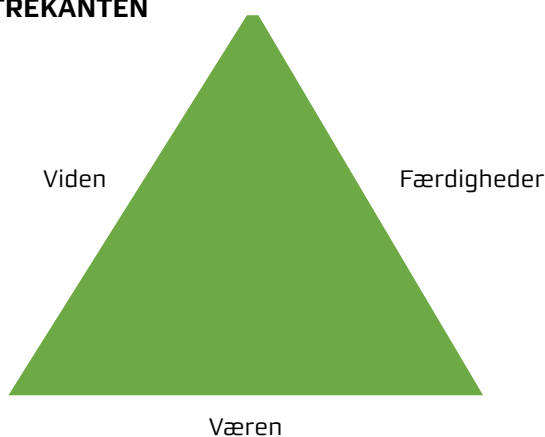
Som beskrevet i de to forrige afsnit er det en forudsætning for at blive underviser på L&M-uddannelser, at man har deltaget i et kompetenceudviklingsforløb. Det har titlen "Uddannelse af fagpersoner og erfarne patienter" og gennemføres første gang i efteråret 2007. Planlægningen af kompetenceudviklingen foretages af projektleder og den tidligere leder for Livsstilscaféerne i regionshospitalerne i Herning og Holstebro. Deres opdrag er ifølge projektbeskrivelsen at udvikle *"et intensivt sundhedspædagogisk uddannelsesforløb med fokus på den dialogbaserede undervisningsform."* De er begge som udgangspunkt gennemgående undervisere på alle hold og alle moduler, ligesom der på alle hold er to eksterne undervisere tilknyttet hver sit modul.

I kompetenceudviklingsforløbene bygger kompetencebegrebet på en beskrivelse af Knud Illeris i bogen *"Læring"* (33), der tager afsæt i en definition af Per Schultz Jørgensen (41) - se afsnit 4.1.1 – og der arbejdes på denne baggrund helt konkret med begrebet kompetence illustreret som en trekant, som vist i figur 5. Kompetencetrekantens sider illustrerer tre dimen-

sioner af kompetencebegrebet: Viden, Færdigheder og 'Væren', hvor sidstnævnte udtrykker de mere personlige aspekter af kompetence.

FIGUR 5

KOMPETENCETREKANTEN



De sundhedsprofessionelle arbejder gennem hele forløbet med at identificere hvilke kompetencer, der er behov for at udvikle og efterfølgende planlægge, hvordan udviklingen konkret skal gennemføres. Den væsentligste læring foregår i deltagernes hverdagspraksis. Det er her, at kompetenceudviklingen for alvor tager fart. Der arbejdes derfor løbende med deltagernes egne refleksioner, hvad der er med til at støtte op om den enkeltes kompetenceudvikling og hvilke barrierer, der opstår, så det bliver muligt at bruge de positive elementer og undgå barriererne i den fortsatte kompetenceudvikling i egen praksis. Kompetenceudviklingen bygger på følgende sundhedspædagogisk tilgang: Deltagerinvolvering og dialog, anvendelse af det brede og positive sundhedsbegreb, styrkelse af handlekompetence og tilknytning til den sundhedsprofessionelles egen praksis.

3.4.1 Opbygning og rammer

Helt overordnet kvalificerer kompetenceudviklingsforløbet til, at de sundhedsprofessionelle kan:

- Indgå i et ligeværdigt samarbejde med erfarne patienter
- Gennemføre afklarende samtaler
- Anvende den sundhedspædagogiske tilgang til planlægning, gennemførelse og evaluering af patientuddannelsesforløb
- Skabe rammer for gode lærerprocesser
- Arbejde med deltagerinvolvering og mestring i patientuddannelse
- Arbejde med gruppeprocesser i patientuddannelse.

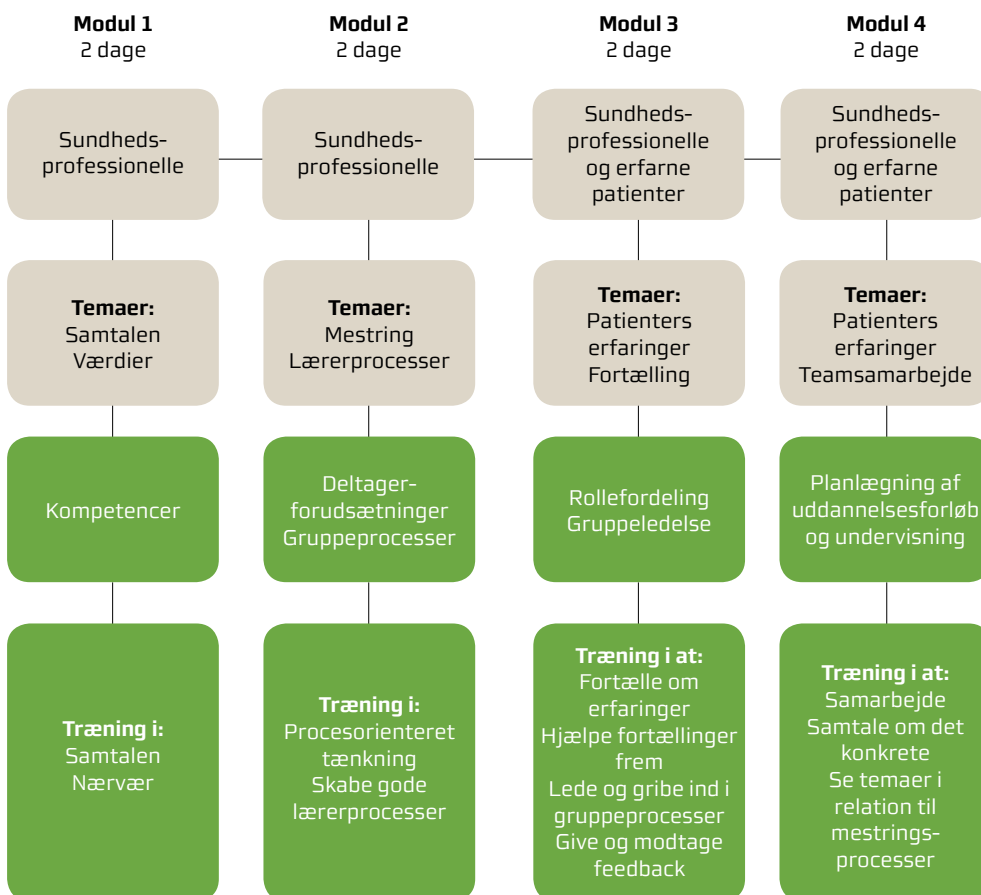
De erfarne patienter kvalificeres til at kunne:

- Indgå i et ligeværdigt samarbejde med de sundhedsprofessionelle
- Medvirke til at skabe åbenhed og tillid hos deltagerne
- Bidrage med fortællinger og erfaringer fra livet med en kronisk sygdom
- Medvirke til deltagerinvolvering og dialog.

Forløbene har den samme opbygning gennem hele projektperioden. De er delt op i fire moduler fordelt over en periode på ca. tre måneder. Denne opbygning er valgt for at der, som nævnt ovenfor, i de mellemliggende perioder kan arbejdes med temaerne i de enkelte moduler i egen praksis. Som det ses af figur 6, er de to første moduler tilrettelagt udelukkende for de sundhedsprofessionelle, og modul tre og fire er for de erfarne patienter og de sundhedsprofessionelle i fællesskab.

UDDANNELSESMODULERNE

FIGUR 6



Hvert modul er på to hele dage med god forplejning i naturskønne omgivelser. Der er bevidst lagt vægt på gode fysiske rammer på afstand af hverdagen for at skabe så optimale rammer for god læring som muligt. Der er som regel friske blomster og lys på bordene, og hver morgen startes med fælles kaffe og sang samt et digt til åbning og afslutning af dagen. For igen at skabe optimale rammer for god læring er der sørget for, at de erfarne patienter kan få en lur efter frokosten.

Der arbejdes gennem hele kompetenceudviklingsforløbet med en vekselvirkning mellem teori, øvelser og refleksion i forhold til egne kompetencer, og der benyttes bl.a. en personlig logbog, så tanker og refleksioner kan noteres. Det foregår typisk ved dagenes begyndelse og afslutning, og når de erfarne patienter hviler.

I projektperioden er der afholdt 7 kompetenceudviklingsforløb for sundhedsprofessionelle og erfarne patienter. Der er sket en løbende udvikling og justering af forløbene ud fra tilbagemeldinger fra deltagerne og underviserens evalueringer undervejs. Det er især modulerne, hvor de erfarne patienter deltager, som er ændret. Der er bl.a. arbejdet en del med mestringsprocessen og med fortællingerne, hvordan de får liv, og hvad skal der til for at en fortælling skaber refleksion og udvikling hos deltagerne på L&M-uddannelserne.

3.4.2 Modul 1: Den afklarende samtale

Modulet skal træne de sundhedsprofessionelles færdigheder i at gennemføre en afklarende samtale og øge deres viden om samtalens værdigrundlag og teoretiske fundament – se *Håndbog i Læring og mestring* (26). Der indledes med en introduktion til hele kompetenceudviklingsforløbet formål og opbygning. Herefter startes der kreativt op med øvelser, der har til formål, at deltagerne får kontakt til sig selv og andre, får fat i egne stærke sider og lærer hinanden lidt at kende. Fokus er på, hvorfor det er vigtigt at "være hjemme i sig selv", hvor de henter energi og styrke, og hvor de finder hvile og ro.

Denne opstart er valgt, fordi forudsætningerne for at kunne gennemføre en afklarende samtale er, at den sundhedsprofessionelle kan:

- Være nærværende og til stede
- Lytte
- Skabe tillid
- Være åben og imødekommende overfor den andens fortælling og følelser
- Rumme den anden - både det positive og det problematiske
- Sætte sig i den andens sted
- Sætte sin egen for-forståelse i parentes
- Holde stilhed ud – give tid til refleksion
- Have et vist kendskab til egne grundfølelser – at "hvile i sig selv"
- Stille relevante spørgsmål
- Hjælpe den anden til at se sammenhænge i sit liv.

På modulet trænes disse kompetencer, og der kombineres med teoretiske oplæg. Gennem samtaleøvelser og løbende refleksioner arbejder deltagerne med at styrke deres samtalekompetencer og med at opdage, hvor de især har deres styrker, hvad de særligt skal være opmærksom på i samtalen, og hvad de har behov for at blive bedre til. Teorien fyldes på drypvis, når behovet viser sig.

Modulet afsluttes med, at deltagerne planlægger deres videre kompetenceudvikling i praksisperioden indtil modul 2. De anvender kompetencetrekanten og gennem refleksionsøvelser bliver de klar over, hvilken viden de har behov for at tilegne sig, hvilke færdigheder de vil træne, og hvordan de vil arbejde med deres personlige fremtoning/væren i kontakten med borgeren.

3.4.3 Modul 2: Læring og mestring

Modulet indledes med at kigge tilbage på, hvordan er det gået med egen kompetenceudvikling og de planer, der blev lagt for praksisperioden. Der er fokus på, hvad der er lykkedes for de sundhedsprofessionelle, hvad er der behov for at træne mere i og/eller læse mere om, og hvordan det skal foregå. Først derefter tages der hul på modulets hovedtemaer.

Inden der arbejdes i dybden med lærings- og mestringsbegreberne, drøftes det med de sundhedsprofessionelle hvilket ansvar og opgaver, de har, og hvilke opgaver, de erfarne patienter har. De sundhedsprofessionelles opgaver er at sikre, at den pædagogiske ide følges, at der skabes rammer for gode lærerprocesser, at deltagerne på uddannelsen er aktive og involveret i uddannelsen, og at der er fokus på deltagerens ressourcer. De skal endvidere bidrage med sundhedsfaglig viden, når det efterspørges af deltagerne eller behovet viser sig på anden vis.

Fokus på modul 2 er på læring og læreprocesser, der støtter og styrker handlekraft og mestringsevne. Der arbejdes derfor også med mestring og mestringsstrategier. Deltagerne får indsigt i læringsteorier, og hvordan der skabes gode lærerprocesser. Undervisningen er tilrettelagt ud fra eksemplariske undervisningsprincipper og tager udgangspunkt i deltagerens egne erfaringer med, hvad gode lærerprocesser er for dem. Læringsteorier (26) kobles på sammen med motivation, pædagogiske principper og undervisningsmetoder. Der lægges vægt på høj deltagerinvolvering i undervisningen for at støtte de sundhedsprofessionelles læring og give dem ideer til, hvordan de som undervisere kan støtte mestringsevnen hos deltagerne på de kommende Lærings- og mestringsuddannelser.

Som omtalt i afsnit 2.3.2 blev der i projektets udviklingsfase udviklet en illustration af mestringsprocessen, der beskriver de følelsesmæssige reaktioner, der kendetegner processens faser. Den illustrerede mestringsproces introduceres på dette modul sammen med mestringsbegrebet og forskellige mestringsstrategier (26). Der arbejdes herefter med, hvordan de sundhedsprofessionelle kan støtte og styrke den kronisk syge i processen med at mestre eget liv.

Modulet afsluttes med, at deltagerne ud fra kompetenceudviklingstrekanten vurderer deres egne styrkesider som underviser bl.a. ud fra spørgsmålene: Hvad vil du arbejde med at blive bedre til, og hvordan vil du gøre det? Deltagerne forlader modul 2 med en plan for, hvad de har brug for at læse mere om, hvilke færdigheder de vil træne i perioden indtil modul 3, og hvordan de vil føre planen ud i livet i perioden frem til næste modul.

3.4.4 Modul 3: Fortælling og samarbejde

På modul 3 bliver deltagerkredsen udvidet med erfarne patienter, der som beskrevet i afsnit 3.2.1, er udvalgt efter bestemte kriterier af den konkrete kommune eller hospitalsafdeling, hvor de skal have deres fremtidige virke. Der er en forventningsfuld atmosfære, når de erfarne patienter og de sundhedsprofessionelle mødes. Alle er spændte på, hvad der skal ske, og hvordan de kan finde sammen om at løse opgaven. Udfordringen ligger først og fremmest i at få både den erfaringsbaserede viden og den sundhedsfaglige viden til at gå hånd i hånd i de L&M-uddannelser, de sammen skal afholde. De erfarne patients rolle er her at bidrage med erfaringer fra livet med en kronisk sygdom, at medvirke til at skabe åbenhed og tillid og at sikre brugerperspektivet i hele uddannelsesforløbet.

Der indledes typisk med, at de erfarne patienter og de sundhedsprofessionelle sættes sammen i grupper og får opgaven at tale sammen om, hvem de er hver især. Herefter introduceres der til arbejdet med fortællinger (26). Efter afholdelse af de første kompetenceudviklingsforløb viste det sig at være meningsfuldt at arbejde med "store fortællinger" og "små fortællinger". De store fortællinger spænder fra at få sygdommen, at livet ændres og til at leve med sygdommen, hvorimod de små fortællinger handler om dagligdagens små og større fortrædeligheder fx at leve med træthed, at tackle smerter, at få omgivelserne fortalt om sygdommen og nye roller i familien. Det er fortællingerne om de nye værdier i livet, som dukker op, og gode stunder med familie og venner, som har rod i den nye livssituation.

Som ramme for fortællingerne er mestringsprocessen en hjælp. Den erfarne patient fortæller sin historie til en sundhedsprofessionel og gerne netop hende, som vedkommende senere skal undervise sammen med. Formålet med øvelsen er at give den erfarne patient mulighed for at øve sig i fortællekunst, at den sundhedsprofessionelle får kendskab til den erfarne patients fortællinger om livet med kronisk sygdom samt at identificere livstemaer, som kan blive omdrejningspunkter i undervisningen. Den sundhedsprofessionelle vil efterfølgende kunne trække fortællingerne ind i undervisningen på L&M-uddannelserne, der hvor det vurderes at være relevant. Det er desuden en øvelse for den sundhedsprofessionelle i at stille spørgsmål til den erfarne patient – spørgsmål, der hjælper vedkommende med at komme i dybden og være konkret og på denne måde at få forskellige nuancer med i sin fortælling.

På modulet arbejdes der også med gruppeledelse i undervisningen. Hvad er den sundhedsprofessionelles opgave, hvordan skabes der rammer for den gode gruppeproces, hvor deltagerne lærer at mestre livet, og hvad er den erfarne patients rolle her? Oplæg om disse

spørgsmål efterfølges af øvelser i gruppeledelse, der indeholder teamsamarbejde mellem den erfarne patient og den sundhedsprofessionelle.

Modulet afsluttes med en drøftelse af hvilke indbyrdes aftaler, der skal være mellem den erfarne patient og den sundhedsprofessionelle, og hvordan får de talt sammen om, hvordan undervisningen er gået, og hvordan de giver hinanden feedback i selve undervisningssituationen og bagefter.

3.4.5 Modul 4: Erfaringsbaseret viden og faglig viden hånd i hånd

På dette modul skal den sundhedsprofessionelle sammen med den erfarne patient lære, hvordan de kan planlægge og gennemføre en konkret L&M-uddannelse. Omdrejningspunktet for indholdet er dels hvilke spørgsmål, der er brug for at få svar på, når man får eller har en kronisk sygdom, dels hvilke spørgsmål, man har brug for at snakke om, og endelig hvilke ændringer den kroniske sygdom har medført.

Som optakt til planlægningen af L&M-uddannelsen tegnes en tidslinje fra da sygdommen blev konstateret og til, at det blev hverdag at leve med den kroniske sygdom. De erfarne patienter formulerer alle de spørgsmål, der rejste sig i denne periode og sætter dem på tidslinjen. De sundhedsprofessionelle formulerer de spørgsmål, som, de har en sundhedsfaglig viden om, er værdifulde for patienterne at få svar på. Herefter har de sundhedsprofessionelle og de erfarne patienter en drøftelse af hvilke spørgsmål, det er væsentligt at L&M-uddannelsen skal beskæftige sig med. I denne sammenhæng kan der være sundhedsfaglige temaer, som skal indgå fx i hjerterehabiliteringen eller på diabetesskolen. Disse temaer medtages i den videre planlægning, hvor de formuleres som spørgsmål, der skal søges svar på i løbet af L&M-uddannelsen.

Efter et konkret oplæg om hvordan undervisningsplanlægning kan gribes an, planlægger den erfarne patient og den sundhedsprofessionelle sammen den overordnede ramme for det konkrete uddannelsesforløb, som de senere skal afholde. De vælger en konkret undervisningssituation ud som planlægges og heri indgår aftale om, hvilke af den erfarne patients fortællinger der evt. kan indgå.

Modulet afsluttes med, at der arbejdes med evaluering og den erfarne patient og den sundhedsprofessionelle udarbejder forslag til, hvordan de vil evaluere deres undervisning. I hele planlægningsprocessen og senere i gennemførelsen har den erfarne patient ansvaret for at brugerperspektivet fastholdes.

3.4.6 Den videre kompetenceudvikling

Efter at have gennemgået det grundlæggende kompetenceudviklingsforløb er det muligt at få supervision på både den afklarende samtale og undervisningen på Lærings- og mestringsuddannelserne af underviserne på kompetenceudviklingsforløbene. Hensigten

med supervisionen er at styrke læringen i praksis og skabe et rum, hvor de sundhedsprofessionelle og de erfarne patienter kan drøfte de udfordringer, der løbende opstår samtidig med at de får hjælp til at videreudvikle deres kompetencer. Senere i projektperioden varetager nogle af kommuner selv den fortsatte supervision – se afsnit 5.2.1.

Der afholdes desuden temadage for de sundhedsprofessionelle og de erfarne patienter ud fra aktuelle behov. Der blev fx afholdt en temadag, hvor der var fokus på deltagerinvolvering i undervisningen og metoder til dette. De sundhedsprofessionelle har endvidere dannet et netværk som de mødes i, og hvor de udveksler ideer til undervisningen og tager forskellige problemstillinger op.

Endelig blev der midt i projektperioden udarbejdet en elektronisk håndbog (39;40) og ved projektets afslutning den egentlige "*Håndbog i Læring og mestring*" (26), der er en hjælp til, at de sundhedsprofessionelle kan fastholde Lærings- og mestringskonceptet, og hvor de desuden kan få uddybet deres viden om de redskaber, der anvendes i L&M-uddannelserne og den teori, der ligger bag.

3.5 Lærings- og mestringsuddannelser

Dette afsnit beskriver, hvad en Lærings- og mestringsuddannelse er på et mere konkret plan. Indledningsvis beskrives de formelle rammer omkring dem, og dernæst gøres der rede for hvilke forskellige typer af L&M-uddannelser, der bliver udbudt. Det konkrete billede tegnes ved hjælp af en case, der beskriver deltagernes vej gennem en kommunal L&M-uddannelse og hvad, der er på spil i undervisningen og i spillet mellem de tre parter: deltagerne, den erfarne patient og den sundhedsprofessionelle.

3.5.1 Rammer for Lærings- og mestringsuddannelser

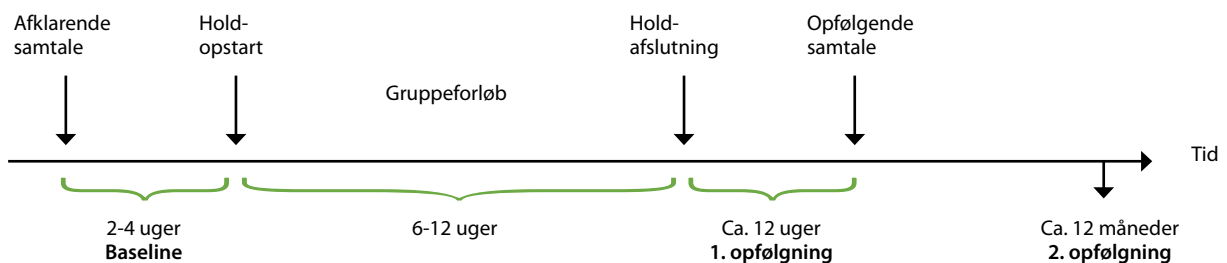
På et tidspunkt, hvor alle kommuner har gjort sig erfaringer med mindst ét Lærings- og mestringsforløb, besluttes det i projektledelsen, at der skal sættes fælles rammer for holdstørrelser og det tidsmæssige forløb. Efter oplæg fra projektledelsen og debat i Arbejdsgruppen, hvor kommunernes forskellige erfaringer inddrages, besluttes det, at *antallet af deltagere på L&M-uddannelser skal være på mellem seks og seksten*. Der bliver lagt vægt på, at holdstørrelsen skal tilgodese muligheden for at skabe tryghed i gruppen og mulighed for taletid til alle, men at den også skal have en størrelse, der giver dynamik i gruppen. Endelig har kommunerne forskellige fysiske rammer, der har indflydelse på deres konkrete valg af holdstørrelse.

Den overordnede tidsmæssige ramme for en L&M-uddannelse er illustreret i figur 7. Som det fremgår, afholdes den indledende samtale to-fire uger før starten på gruppeforløbet, og den opfølgende samtale afholdes tilsvarende to-fire uger efter afslutning. Selve gruppeforløbet strækker sig over en periode på tre måneder, og det omfatter otte-ti mødegange. Hver enkelt mødegang varer som udgangspunkt 2½ time, og man mødes typisk en gang om

ugen. Rammerne er ikke helt faste på dette punkt, men ingen har gruppeforløb på under 1½ time af gangen. Der bliver desuden eksperimenteret med, hvor tæt mødegangen skal ligge på hinanden. I nogle L&M-uddannelser er der fx i den sidste del af forløbet kun møde hver anden uge, så sammen med tilpasning i forhold til ferier og helligdage giver det forskelligt sammensatte forløb, som dog har den fælles ramme, at de forløber over tre måneder.

DEN TIDSMÆSSIGE RAMME OMKRING EN LÆRINGS- OG MESTRINGSUDDANNELSE

FIGUR 7



Forløbene indeholder desuden et tilbud om opfølgende gruppemøder 3 mdr. og 12 mdr. efter afslutning af det primære gruppeforløb.

Nogle L&M-uddannelser tilbyder desuden fysisk træning til deres hold. Det er typisk på diagnosespecifikke hold til mennesker med KOL, hvor der er træning to gange én time om ugen i 8-10 uger. L&M-projektet har *ikke* haft indflydelse på, om der tilbydes fysisk træning og i givet fald hvor ofte, det tilbydes.

3.5.2 Forskellige typer Lærings- og mestringsuddannelser

Af projektbeskrivelsen fremgår det, at der i kommunalt regi skal tilbydes L&M-uddannelser diagnosespecifikt indenfor diabetes, KOL- og hjerteforløb samt på tværs af diagnoser. I Hospitalsenheden Vest skal L&M-konceptet integreres indenfor diabetes, KOL og evt. hjertehold. Den konkrete udvikling og implementering af L&M-uddannelserne foregår under indflydelse af det samtidige arbejde med forløbsprogrammer i Region Midtjylland. Forløbsprogrammet for KOL er først undervejs, og det betyder, at der næsten udelukkende tilbydes L&M-uddannelser på tværs af diagnoser og diagnosespecifikt til mennesker med KOL i kommunerne. Mod slutningen af projektperioden tilbyder enkelte kommuner desuden L&M-uddannelser til mennesker med diabetes og med hjertekarsygdomme.

I hospitalsregi integreres L&M-konceptet i den eksisterende KOL-rehabilitering og i Diabetesskolen, hvorimod der i efteråret 2009 søges og bevilges midler fra Kronikerpuljen under

Indenrigs- og Sundhedsministeriet til en selvstændig randomiseret og kontrolleret undersøgelse vedrørende brug af L&M-konceptet i Hjerterehabiteringen i Hospitalsenheden Vest. Dette projekt forløber efter planen fra januar 2010 til udgangen af 2012.

3.5.3 CASE: En kommunal Lærings- og mestringsuddannelse

Casen er skrevet af sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulent i Holstebro Sundhedscenter Inga Bøge. Inga har været med fra projektets start. Hun deltog således på det første kompetenceudviklingsforløb i Læring og mestring og har været medlem af arbejdsgruppen for Læring og mestring i hele projektperioden. I Holstebro Sundhedscenter er Inga den ansvarlige for Læring og mestring, hvilket bl.a. indbefatter, at hun superviserer nye undervisere på L&M-uddannelser. Hun er desuden KOL-konsulent.

Deltagernes vej gennem en Lærings- og mestringsuddannelse

Casen beskriver deltagernes vej gennem en L&M-uddannelse og inkluderer de tre parter: deltagerne, den erfarne patient og den sundhedsprofessionelle.

For at kunne begrebsliggøre kompleksiteten i, hvad der er på spil i undervisningen og i samspillet mellem de tre ovennævnte parter, anvendes Ingolds begreb 'landkort' (42) om de destinationer og veje, der indgår i og omkring en L&M-uddannelse. 'Landkortet' vil blive brugt til at beskrive de destinationer og veje, vi planlægger i undervisningen for at kunne undervise i et givent emne – en slags dagens program, hvor hvert punkt i dagens program er en destination på 'landkortet'. Ruten på 'landkortet' vil være det, undervisere og deltagere navigerer efter.

'Landskabet' anvendes til at beskrive, hvordan destinationer og veje hele tiden forandrer sig afhængig af deltagere, fortællinger, der bringes i spil, samspillet mellem underviserne, og hvordan emner håndteres i rummet.

'Landskab' og 'landkort' henviser til to forskellige vidensformer og måder, mennesker kan orientere sig på, når man rejser. Man kan betragte et 'landkort', studere de mulige ruter, der er fra en destination til en anden, og bestemme sig for en kurs at navigere efter. Derved opnås en forestilling om, ad hvilke ruter, man skal bevæge sig mod et givent mål. Eller man kan tage af sted og tage stilling til vejen undervejs, mens man oplever den, orienterer sig i det 'landskab', der viser sig, og måske sætte nye mål undervejs (42). Orientering i 'landskabet' er et indefra-perspektiv, som adskiller sig fra det mere abstrakte 'landkort', der angiver mulige ruter, men ikke siger noget om, hvad der kræves af praktisk erfaring for at følge dem. Derudover defineres 'landkort' som afgrænsede, det vil sige, at noget er med på og noget udenfor kortet (42). Ifølge Ingold, repræsenterer 'landkort' så at sige overflader fra 'landskaber', men 'landskaber' består af mere end overflader. 'Landskaber' skal i Ingolds optik opfattes som menneskers daglige miljø – som de skal finde vej og bevæge sig igennem. 'Landskaber' er meget varierede, skifter og forandrer sig i en konstant proces, blandt andet er historien,

netværk mellem mennesker og steder, som har betydning, med til at forme 'landskabet', hvorimod 'landkort' er statiske, når de først er tegnet (42).

I det følgende er den sundhedsprofessionelle fortælleren, og der bruges "jeg"-form for at gøre beskrivelsen så autentisk som muligt.

Den afklarende samtale

Første destination for deltageren er den afklarende samtale. Vejen til den afklarende samtale foregår på forskellig måde. Det kan være gennem egen læge, andre sundhedsprofessionelle, brochurer, presse eller omtale. I den første kontakt, hvor tiden bliver booket, gør jeg meget ud af at fortælle deltageren, hvem de skal til samtale med, hvor lang tid der er sat af til samtalen, og at de er meget velkommen til at tage en pårørende med, hvis de har interesse i det.

Jeg klargør rammen for samtalen, inden deltageren ankommer. Det gør jeg ved at booke et lokale, så samtalen kan foregå uforstyrret, klargøre rummet med de nødvendige papirer, kaffe/vand, placere stolene, tænde lys og varme i rummet, så deltageren føler sig ventet og velkommen. Ca. 15 min. før samtalen, skal jeg være parat til at modtage deltageren, da de ofte kommer tidligt. Derfor er jeg ekstra opmærksom på ankomstlyde ude fra gangarealet, så jeg hurtigt kan smutte ud og byde dem velkommen. Her er det vigtigt at huske deres navn, det er med til at de føler sig ventet. Enkelte gange dukker de slet ikke op.

Som opstart på samtalen snakker vi om vind, vejr og aktuelle nyheder for at få deltageren til at slappe af og føle sig godt tilpas. Ofte virker de noget spændte på samtalen, og har svært ved helt at forestille sig, hvad samtalen går ud på, og at den overhovedet kan strække sig over en hel time. Jeg fortæller om 'landkortet' for samtalen - at jeg har sat 1 time af til samtalen, så der er god tid, at det er deltageren, der bestemmer, hvad vi skal snakke om, at jeg vil spørge uddybende ind undervejs, men at deltageren skal sige fra, hvis jeg spørger om noget, de ikke har lyst til at tale om. Det kan være lidt svært for deltageren at få startet, så ofte starter jeg med at spørge: "Hvad fik dig til at henvende dig her?" Spørgsmålet er med til at få deltageren til at tænke lidt dybere over, hvilke tanker han egentlig havde for at henvende sig. 'Landkortet' for samtalen er, at deltageren skal blive afklaret om, hvilke tilbud, de kunne have glæde af i forhold til, hvor de er i deres liv og deres sygdom.

Og hvad sker der så i 'landskabet'? Jeg stiller andre spørgsmål, end de tidligere har fået. Fx kan jeg spørge: "Hvis jeg spurgte din kone, hvad vil hun så sige?", "Hvad vil du få ud af det hvem vil også få noget ud af det?" og "Hvis du kikker tre år frem i tiden, hvad betyder det så, hvis du ændrer ...?" Deltageren får tid til at reflektere under samtalen, refleksionen ser jeg ofte som øjeblikke, hvor deltageren sidder lidt i tavshed og eftertænksomhed. Ofte dukker der nye emner op i løbet af samtalen, som jeg skal være meget opmærksom på at få øje på. Når jeg bringer de nye emner ind i samtalen, er de med til at åbne op for nye spørgsmål, og det er her, samtalen bevæger sig et lag dybere, end deltageren måske tidligere har oplevet.

'Landskabet' forandrer sig. Ofte bliver deltageren berørt af spørgsmålene, og vi kan sidde i tavshed i minutter, en tavshed der på ingen måde føles ubehagelig, nærmere som en befrielse – en ånden lettet op. Jeg siger til deltageren, at de bare skal give sig god tid til at blive parate igen. Samtalen er med til at give deltageren en større klarhed om, hvordan deres liv er/har været, og hvad de gerne vil ændre, og især hvor drivkraften ligger i forhold til at ændre. Til sidst opsummerer jeg de aftaler, vi har lavet undervejs, og jeg slutter samtalen af med at spørge: *"Er der noget, vi ikke har været omkring, som du tænkte, inden du kom, at det ville du gerne, vi skulle have snakket om?"* ... og der er aldrig tid til overs.

Forberedelse af undervisningen

'Landkortet' for at forberede undervisningen er, at forberedelsen sker i samarbejde med den erfarne patient og den sundhedsprofessionelle. I forhold til den erfarne patient varierer det meget fra person til person, hvad de gerne vil byde ind med udover at bringe deres fortællinger i spil. Der kan være erfarne patienter, som har undervisningserfaringer fra deres arbejde, hvor det er naturligt at anvende disse kompetencer i undervisningen. Det er netop de aftaler, der er vigtigt at få ordentlig talt om, så alle får brugt deres kompetencer. Som hovedregel er det den sundhedsprofessionelles opgave at styre processen både i forberedelsen, undervisningen og evalueringen af undervisningen.

Fokus i forberedelsen er: Hvad skal indholdet i undervisningen være? Hvad skal deltagerne have ud af undervisningen? Hvor og hvordan skal undervisningen foregå? Til forberedelse af undervisningen sætter vi ca. 1½ time af sammen. Derudover bruger den erfarne patient tid på at skrive flere fyldord på fortællingerne, og jeg bruger tid på at forberede det specifikke faglige, der efterspørges af deltagerne. Ofte er forberedelsestiden en fast tilbagevendende aftale samme ugedag og tidspunkt. Det gør vi blandt andet for at sikre tiden til forberedelsen og for at tilgodese vores andre aktiviteter.

Vi tager udgangspunkt i de udsagn, som deltagerne har skrevet på "post it"-sedler på den første forløbsgang. I denne case vil jeg beskrive forberedelsen ud fra følgende udsagn: *"manglende gejst"; "at lære at sætte farten ned"; "vil gerne lære at leve med sygdommen"; "lære at sætte dagen i system".* Vi snakker meget frem og tilbage om, hvordan vi skal gribe undervisningen an. Vi drøfter forskellige fremgangsmåder, men når vi kommer til, hvad deltagerne vil få ud af det, får vi begge den der fornemmelse af, at det vil blive en meget tung måde at arbejde med emnet på. Vi arbejder med spørgsmål som: *"hvad er du bange for?"; "hvordan kan du sætte din dag i system?"; "hvad mangler du gejst til?";* Vi snakker om, hvordan vi kan mærke, at vores egen energi forsvinder blot ved at planlægge spørgsmålene til deltagerne, og vi bliver enige om, at vi er nødt til at være mere kreative og undervise på en anden måde end med spørgsmål. Vi skal have noget energi i udsagnene. Det hjælper os meget, at vi taler ærligt om, hvad vi mærker, når vi planlægger undervisningen.

Jeg spørger nu den erfarne patient, om han har en fortælling om, hvad der kan begejstre ham. Han fortæller: *"Jeg bliver allermost begejstret, eller du kan kalde det glad, når jeg spiller fodbold med mit barnebarn – han er 7 år".* Jeg spørger: *"Hvad er det præcist, der gør dig glad?"* *"Det er, at han så hurtigt har fundet ud af, at jeg også er god til noget andet",* svarer han, og jeg spørger undersøgende tilbage: *"Hvordan har du fundet ud af det?"* *"Det fandt jeg ud af en dag, hvor jeg ikke kunne holde til at spille fodbold mere end 5 minutter. Den dag stak han sin lille hånd i min og sagde: Jeg synes du er sej farfar både til at spille lidt fodbold, men det er også rart, at du har tid til at spille computer med mig. Der blev jeg så glad og begejstret for livet, så alt det, jeg stadig kan, pludselig fik langt større betydning".* Jeg spørger igen: *"Hvad er det, der gør, at det har langt større betydning?"* Den erfarne patient svarer: *"Det har det jo netop, fordi jeg nu har fået øje på det."*

Fortællingen gør det langt nemmere at finde ind til andre spørgsmål. Ved udsagnet *"mangelende gejst"* bliver spørgsmålene nu: *"Er der noget, der begejstrer dig – gør dig glad?"* og *"Når det sker – hvad kan du så?"* Vi bliver enige om at sætte et billede ind, som viser begejstring. Og så forandrer 'landskabet' sig. Den erfarne patient sprudler af energi, og vi er begge tændt på ideen. Vi finder spørgsmål og billeder til alle udsagn og får printet siderne ud. Vi drøfter, hvordan grupperne skal sammensættes. Mit forslag er fra start tre grupper, men vi drøfter, om grupperne er for små til at rumme "hende, der taler meget", og "ham, der ingenting siger". Så vi kommer frem til, at der vil blive mere dynamik i grupperne, hvis vi deler dem i to og hver indgår i en af grupperne.

Begejstringen fylder os begge, og kreativiteten får frit løb. Vi finder gamle ugeblade, store plancher, tusser, lim og sakse, som kan bruges i gruppearbejdet. 'Landkortet' for processer i undervisningen er at: Billeder stimulerer til andre tanker og overvejelser end ord – de kan mere end ord. Og det tredimensionelle – at sidde fysisk med et blad og klippe billeder ud, kan endnu mere – det kan sætte gang i en associationstænkning. Vi snakker om, at deltagerne på den her måde kan få flyttet fokus fra det, de ikke kan, til at få øje på det, de rent faktisk kan. Til slut aftaler vi, hvem der tager hvilke opgaver samt rækkefølgen for programmet: 1. Opsamling fra sidst, 2. Udlevering af materiale fra sidst, 3. Indbydelse til pårørendeaften, 4. Den erfarnes patients fortælling, 5. Det faglige input, 6. Gåtur og kaffe 7. Intro til gruppearbejde, 8. Opsamling af gruppearbejde og 9. Afrunding. Når vi er færdige med planlægningen, skriver jeg det hele ind i et diasshow med ca. tidspunkter og fremhævning af navnet på den, der har opgaven. Det sender jeg derefter til den erfarne patient, som har mulighed for at rette eller komme med forslag til rettelser til undervisningen.

Undervisningen

'Landkortet' for undervisningen er, at der skal ske en læring, som skal ses som både en personlig subjektiv proces, hvor følelser, forståelse og handling virker sammen, men også som en social kollektiv proces. Deltagerne skal opnå kompetencer til at kunne håndtere livet med en kronisk sygdom, og få viden og redskaber til at mestre de udfordringer det fører med sig. Den erfarne patient og jeg har talt om, at det er vigtigt, at vi giver plads til, at deltagerne kan

småsnakke med hinanden allerede ude i gangen. Det gør vi ved, at vi begge eller én af os er til stede i gangen og snakker med deltagerne om, hvordan deres uge er gået, eller spørger ind til aktuelle begivenheder. Det har to formål. For det første bliver stemningen i gangen båret med ind til undervisningen, og for det andet lærer deltagerne hinanden at kende på et mere personligt plan, der har betydning for netværksdannelse efter afslutning af forløbet. De fleste af deltagerne kommer i rigtig god tid til undervisningen denne dag, som er undervisningsgang nr. 6, så vi når ikke at modtage dem i gangen. Der spredt sig hurtigt en fantastisk hyggelig stemning med snak og latter ude i gangen. Da den erfarne patient og jeg kommer ud fra kontoret, hvor vi lige har gennemgået de sidste detaljer til undervisningen, forandrer 'landskabet' sig. Rollerne bytter om. Det er deltagerne, der "byder os velkommen", og sørger for at vi bliver indlemmet i den gode stemning, som de har skabt i gangen. Vi følges alle ind i undervisningslokalet, og jeg får følelsen af, at vi alle tager ansvar for, at gruppen fungerer, og at de *virkelig* kerer sig om hinanden.

På 'landkortet' for undervisningen skal vi gennem de 9 "destinationer", som vi har aftalt til forberedelsen. Jeg starter med at spørge, om der er noget, vi skal have fulgt op på fra sidst, om sidste undervisning har rejst nogle tanker? En af deltagerne fortæller: *"Jeg har fået snakket med min veninde om, vi kan begynde at gå sammen i skoven igen bare ½ time her til opstart"*. Jeg spørger: *"Hvad sagde hun til det?"*, og hun svarer: *"Jamen, det ville hun jo bare rigtig gerne, og vi har allerede været ude at gå to gange – og det var vidunderligt, for jeg har sådan savnet det"*. Og så forandrer 'landskabet' sig, for egentlig skulle vi have fortsat med pkt. 2, men deltagerens udsagn passer fuldstændigt ind i undervisningen, hvor emnet jo netop er at få øje på, at hvis jeg ikke kan det samme som før, så kan jeg noget andet, eller jeg kan gøre det på en anden måde. Jeg skubber tavlen til side, så mestringsprocessen i plakatstørrelse kommer til syne. Vi gennemgår sammen, hvor deltageren ser sig selv i mestringsprocessen, og hun fortæller, at hun jo faktisk er i gang med at se nye veje. Pludselig vil det virke forstyrrende at begynde at udlevere materiale og snakke om, hvilke punkter de gerne vil have på til pårørendeaften. Jeg kigger i stedet på den erfarne patient og spørger, om han har lyst til at fortælle om hans oplevelse med hans barnebarn. Samtidigt spørger jeg, om det er i orden med ham, at vi udskyder de to næste punkter. Dette både for at tydeliggøre overfor deltagerne, at vi er to undervisere, men også for at tydeliggøre, at det er et bevidst valg.

Baggrunden, for at jeg overhovedet kan få øje på, at det vil være smart at ændre undervisningen, er, at vi i forberedelsen drøfter emnerne grundigt igennem. Det er nemmere at koble til noget pludselig opstået, når vi ved, hvad det skal kobles sammen med. For at kunne tage stilling undervejs i undervisningen og orientere os i det 'landskab', der viser sig, skal vi kende det 'landkort' vi navigerer efter.

Under den erfarnes patients fortælling bliver der stille i rummet. Nogle nikker, andre får et fjernt blik og andre igen får blanke øjne. Derefter tavshed – fortællingen får lov at "hænge" en lille stund. Jeg viser igen mestringsprocessen, og den erfarne patient viser, hvor han ser

sig selv i processen. Han peger på "mine nye veje", og jeg kobler det faglige på: Ændring af opgaver og roller, Ressourcebeholderen (hvad kan de så?), Kommunikation (andre kan ikke gætte sig til, hvad det er, de har kræfter til - sig det!) og Teorien bag mestringsprocessen (at få øje på nye veje - at alle mennesker går gennem processen også ved positive ændringer i livet - risikoen for fastlåsthed hvis alt skal gøres som før). Deltagerne byder ind med de ændringer, de pludselig har fået øje på, hjulpet på vej af deltagerens fortælling, den erfarne patients fortælling og den faglige understøttelse. Lige der sker der Læring.

Så er det tid til gåtur og kaffe. Gåture giver mulighed for at slå følgeskab med en enkelt eller nogle få. Snakken på gåturen er altid varierende. Nogle gange handler det om essenser fra undervisningen, andre gange om dagligdags ting. På gåturen bliver den erfarne patient mere én af gruppen. Undervisningsrollen bliver utydelig, når vi træder ud af lokalet. Jeg får mulighed for at lytte til alt, der rører sig, og nogle benytter sig af at kunne snakke på tomandshånd. Efter gåturen bliver den erfarne patient og jeg enige om, at udnytte kaffepausen til at deltagerne kommer med forslag til emner, de finder vigtige at komme omkring til pårørendeaften.

Så er det tid til gruppearbejde, som jeg introducerer til, hvorefter den erfarne patient beder deltagerne om at stille op efter deres nummer i søskendeflokken. Bagefter deler vi rækken på en måde, der nok ser tilfældigt ud, men som giver os mulighed for at blande ressourcetsvage og ressourcestærke i de to grupper. Den erfarne patient vælger først, hvilken gruppe han gerne vil deltage i, da det er vigtigst, at han føler sig tilpas i gruppen. Vi fordeler materialerne i begge ender af det store bord, og arkene med spørgsmålene gennemgås af os som undervisere. Først bliver der snakket lidt om spørgsmålene, så begynder deltagerne at bladere i ugebladene. Inden der er gået 3 minutter er begge grupper fuldstændig optaget af at klippe og klistre. Vi går i 'landskabet'. At sidde med billederne i hånden giver som forventet associationer til områder af livet, vi ikke tidligere har haft i spil. En deltager klipper en flot dame i bikini ud, for at symbolisere, at en smuk kvinde kan gøre ham glad og begejstre ham. En anden deltager forbinder billedet med seksualitet, og drejer samtalen ind om tanker om hans samliv med ægtefællen. Samtalen drejer igen, da en deltager griber ordet ægtefælle, og fortæller, at hun har fået en aftale med sin mand om, at de går i fitnesscenter hver mandag og torsdag: "*vi er blevet mere en familie igen ...*" Ordet familie får en fjerde deltager til at klippe et billede ud af en familie og fortælle om, at hun har børnebørn lige som den erfarne patient, og om hvordan de har svært ved at forstå, at hun ikke kan læse en hel historie, når hun passer dem ... og sådan fortsætter det i begge grupper. Deltagerne kommenterer på hinandens fortællinger, og hjælper hinanden med at se på, hvordan de kan få det, der er svært vendt i en positiv retning. Samtidig er de med til at anerkende de udfordringer de hver især har, men også de udfordringer de er fælles om. Som undervisere bliver vores funktion at forstyrre mindst muligt. Processen løber af sig selv, og 'landskabet' er i konstant forandring.

De farverige plancher hænges op ved siden af hinanden, og grupperne fremlægger på skift, hvad billederne symboliserer, og hvilke drøftelser, de har haft i gruppen. Den gruppe, der lytter udvider emnerne ved at spørge ind og kommentere på resultaterne. Der er en fantastisk stemning i rummet, og så er undervisningstiden gået. Vi når ikke at samle op fra sidst, vi når aldrig at gennemgå dagens program, men vi når det, der er vigtigst den dag, nemlig at deltagerne går derfra med en oplevelse af, at de kan *noget*.

Opfølgende samtale

Opfølgende samtale er et tilbud, som deltagerne får efter endt gruppeforløb. 'Landkortet' for samtalen er, at vi gennemgår de mål, deltageren har haft for kurset, hvad de har fået ud af kurset, og hvilke mål, de gerne vil arbejde videre med. Samtalen foregår individuelt og minder om den afklarende samtale, men den er mere styret af at få tydeliggjort eventuelle igangsatte vaneændringer samt sætte nye mål.

Til denne samtale har deltageren et ønske om at kunne fortsætte på fuldtid på hans arbejde. Som det ser ud nu, er han frygtelig træt, når han kommer hjem fra arbejde og sover i op til 1½ time. Hvis han ikke sover om eftermiddagen, falder han i søvn om aftenen. Han fortæller, at det slider på deres ægteskab. Jeg spørger: "*Hvordan skal det se ud for at du fungerer godt både på arbejde og derhjemme?*", og han svarer: "*Jeg har tænkt på, at det ville hjælpe, hvis jeg tog en kort blund lige over middag, så var jeg ikke så træt, når jeg kom hjem. Jeg vil ikke gå ned i tid, for det har jeg også overvejet*". Jeg spørger undersøgende: "*Har du mulighed for at tage en kort blund over middag?*", hvortil han svarer: "*Ja, min arbejdsplads er meget rummelig i forhold til, at jeg kan have behov for et hvil - jeg har fortalt om min sygdom*". "*Har du spurgt dem?*" spørger jeg videre. "*Nej ... jeg synes alligevel, at det er lidt mærkeligt - jeg er jo ikke så gammel*". "*Hvad sker der, hvis du ikke spørger?*" fortsætter jeg, og han svarer: "*Jamen, så bliver jeg måske nødt til at gå ned i tid*". Pause, hvor ingen af os siger noget. "*Jamen, jeg skal da tilbage til min arbejdsplads og aftale det middagshvil*", siger han så. "*Hvornår gør du det?*" spørger jeg videre, og han svarer: "*Det gør jeg da i morgen*".

Den opfølgende samtale er med til at åbne op for at kunne se, hvor der er mulighed for forandringer, men også for at kunne se konsekvensen af at holde fast i gamle mønstre. 'Landskabet' i samtalen ændrer sig konstant, og det er lidt af et kunstgreb at holde fast i at være åben og ikke komme med "gode" løsninger.

Opfølgingsmøder

Efter 3 og efter 12 måneder mødes hele gruppen igen. 'Landkortet' for mødet er at samle op på, hvordan det er gået siden sidst, om de følger de spor, de gerne vil, eller der er behov for at ændre spor eller komme på sporet igen. Der kræver ikke meget forberedelse at afholde opfølgingsmøderne. Den erfarne patient og jeg aftaler dato, tidspunkt, og servering til mødet. Det er min opgave at medbringe målsætningerne fra de individuelle opfølgende samtaler, så jeg har mulighed for at supplere ved behov. Vi drøfter, om der er relevante nyheder, der kan være vigtig at informere deltagerne om. Hvis det er tilfældet, printer jeg det ud, så vi

kan udlevere det til mødet. Der er ingen forberedelse, men altid en boblende forventning i os begge fordi vi skal møde dem igen.

Vi mødes på samme tidspunkt og i samme lokale som undervisningen foregik i. Mødet er fastlagt til 1½ time og foregår ved, at deltagerne på skift fortæller om, hvordan det er gået med deres målsætninger fra den opfølgende samtale. Jeg har de enkeltes målsætninger med for at sikre, at jeg kan supplere ved behov. Deltagerne vil rigtig gerne fortælle, de vil rigtig gerne lytte, og de nyder at være tilbage i gruppen. De veksler mellem at koncentrere sig om hver deltagers fortælling, men ved skiftet til næste deltager, er snakken lynhurtig i gang om alt det, der rører sig i alle menneskers liv. 'Landskabet' forandrer sig. Opgaven er at tale om mål, men jeg får hele tiden fornemmelsen af, at jeg skal styre snakken i den *rigtige* retning, og at de følger retningen for at være venlige mod mig, men allermest vil de rigtig gerne mødes, fordi de har sat et spor i hinandens liv. Til sidst bliver de informeret om, at de altid er velkommen til at kontakte sundhedscenteret igen, hvis de får behov for det. Efter mødet er det rigtig svært for dem at forlade lokalet, og de bliver ved at snakke ude på gangen og hele vejen ud. Mange af dem indgår efterfølgende i de mange forskellige netværksgrupper, og holder derved kontakten med hinanden ved lige.

Lyset slukkes, og døren lukkes – men kun på klem ...:-)

3.6 Implementering af Lærings- og mestringskonceptet

Dette afsnit handler om forudsætningerne for at implementere Lærings- og mestringskonceptet i patientuddannelser og om hvilke udfordringer, der er. I delrapporten "*Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser – evaluering af kompetencer, organisering og implementering*" (25) kan man læse mere om den mere konkrete implementering i kommunerne, og i den vurderes det desuden, hvilken betydning den kommunale organisering af patientuddannelse har for implementeringen. Kapitel 5 i denne rapport indeholder et sammendrag af delrapporten.

3.6.1 De seks kommuner

De seks kommuner var alle en del af det tidligere Ringkøbing Amt, og hovedparten af dem har en lang tradition for at udbrede og implementere den sundhedsfremmende tankegang i arbejdet med sundhed i amtets kommuner. Det er da også denne tradition, der er den primære baggrund for kommunernes deltagelse i Lærings- og mestringsprojektet. Projektet bliver samtidig set som en hjælpende hånd til at komme i gang med at udvikle og tilbyde patientuddannelser. Særligt de små kommuner ser i projektet muligheden for at være sammen med andre om at udvikle noget, udveksle erfaringer, forankre viden i fællesskab og få et generelt kompetenceløft i organisationen.

Den generelle holdning er da også, at det *ikke* har været svært at implementere L&M-konceptet i patientuddannelserne, og begrundelsen derfor skal sandsynligvis netop findes i, at der i forvejen i de tidligere sundhedsafdelinger (før strukturreformen) gennem flere år var fokus på sundhedsfremme, som er en dominerende tankegang bag Læring og mestring. Udfordringerne har ligget i at skulle implementere noget, der blev udviklet samtidig med implementeringen, men også i, at de nye organisationer efter strukturreformen ikke var helt på plads. Flere af nøglepersonerne var således i starten af projektperioden eneste medarbejder med ansvar for den nye opgave, som patientuddannelser var for kommunen. Den største udfordring er dog at rekruttere deltagere til Lærings- og mestringsuddannelserne – det beskrives nærmere i afsnit 3.7.

Der er bred enighed i kommunerne om, at en af forudsætningerne for en vellykket implementering er, at konceptet er ledelsesmæssigt forankret. En af de kommunale nøglepersoner 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 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.”

Det pointeres således, at det er vigtigt, at ledelsen både har indsigt i L&M-konceptets idé og indhold, men også vedkender sig, at implementering af konceptet medfører nogle drifts-omkostninger for sundhedscentret/-afdelingen. Der peges specielt på, at uddannelse og efteruddannelse i Læring og mestring er nødvendigt. En anden forudsætning er vigtigheden af at finde de rigtige medarbejdere som undervisere på L&M-uddannelserne. Erfaringen er generelt, at L&M-konceptet kræver noget andet af de sundhedsprofessionelle end det, de typisk har været vant til. Der kan læses mere om vigtige kompetencer hos de sundhedsprofessionelle i kapitel 4.

I den sammenhæng peges der desuden på, at både kompetencerne og konceptet kræver tid og rum til vedligeholdelse. Det er især væsentligt at have et egentligt fagligt miljø omkring Læring og mestring – et miljø præget af dialog og mulighed for faglig sparring, og hvor koncept og principper jævnlige kan diskuteres. Mulighed for egentlig supervision, det at tro på idéen, at have gå-på-mod og at skabe sig legitimitet hos såvel deltagere og erfarne patienter som hos de praktiserende læger er desuden faktorer, der – ifølge kommunale ledere og nøglepersoner - er væsentlige for en vellykket implementering.

3.6.2 KOL-rehabilitering

I Hospitalsenheden Vest implementeres L&M-konceptet i den allerede etablerede KOL-rehabilitering ved regionshospitalet i Herning og i Holstebro. Det planlæggende arbejde indledes i starten af 2009, mens implementeringen afventer beslutningerne omkring forløbsprogrammet for KOL. I marts 2009 gennemføres de første afklarende samtaler og gruppeforløbene startes op i april. KOL-rehabiliteringen har siden 2006 haft en fast kadance med afvikling af ét hold i Herning og ét i Holstebro med gennemsnitligt 10 deltagere pr. hold både forår og efterår. I projektperioden deltager ca. 120 patienter med svær eller meget svær KOL således i KOL-rehabiliteringen.

Der er syv sundhedsprofessionelle, der underviser på KOL-rehabiliteringen. Det drejer sig om fire sygeplejersker og tre fysioterapeuter, der hver varetager ét hold om året. Deres primære arbejdsopgaver er således i forskellige behandlingsfunktioner i de afdelinger, der er ansat i. De oplever, at det er en stor udfordring at kunne frigøre sig fra driften i hverdagen, så der bliver tilstrækkelig med tid til de afklarende samtaler og til planlægning og evaluering sammen med den erfarne patient i forbindelse med de enkelte moduler. En anden udfordring er, at de mangler god sparring, fordi de er så forholdsvis få på hver matrikel, der varetager rehabiliteringsopgaven. Endelig har hver enkelt sundhedsprofessionel kun ét hold om året, hvilket gør det svært at blive rutineret i at undervise ud fra Lærings- og mestringsprincipperne.

Fire gange om året mødes de sundhedsprofessionelle med den ansvarlige afdelingssygeplejerske dels ved afslutningen og dels inden opstarten af halvårets to nye hold. Ud over at visitere patienterne fra den fælles venteliste bruges mødet til at evaluere de forrige forløb, men også til at udveksle erfaringer og reflektere over, hvordan L&M-konceptets elementer bedst anvendes i rehabiliteringen. Konceptet opleves som en udfordring at arbejde med, og afdelingssygeplejersken giver klart udtryk for, at de sundhedsprofessionelle skal være fagligt meget velfunderede for at kunne undervise efter L&M-principperne. Hun siger:

“Det er en proces for de erfarne sygeplejersker, der har arbejdet med rehabilitering i en årrække, at flytte fokus fra det faglige indhold til et fokus på processen hos den enkelte deltager og i gruppen. Man skal være meget velfunderet fagligt, og man skal vide med sig selv, at man formår at hente den faglige viden frem, når den efterspørges, og når det passer ind i sammenhængen.”

Hun mener derfor også, at det er vigtigt med regelmæssige tema- og netværksmøder, så de sundhedsprofessionelle underviser på L&M-uddannelser kan møde hinanden og udveksle erfaringer og få ny inspiration.

Selvom projektperioden er afsluttet arbejdes der stadig med L&M-principperne i KOL-rehabiliteringen. Afdelingssygeplejersken oplever generelt, at de når længere med deltagerne nu.

De udfordres mere, kommer selv mere på banen, og deres egne mål er altid retningsgivende for træningen. Tiden efter forløbet er der ligeledes kommet mere fokus på, og her har det stor betydning, at der er kommet flere kommunale tilbud. L&M-underviserne er desuden begyndt at efterspørge tid til en individuel opfølgende samtale (det element blev taget ud af konceptet i hospitalsregi), og det skyldes et stigende ønske om at kunne støtte deltagerne i at vedligeholde gode vaner, når forløbet på hospitalet er afsluttet.

Deltagerne i KOL-rehabiliteringen er fysisk meget svage, og det giver nogle særlige udfordringer bl.a. i forhold til at rekruttere nye erfarne patienter. I kommunerne rekrutteres de erfarne patienter ofte blandt deltagerne på deres L&M-uddannelser, men her er deltagerne ofte for svage til også at kunne møde op til planlægning og evaluering af modulerne undervejs. En anden udfordring, der knytter sig til denne deltagergruppe, er, at de ikke magter at udfylde omfattende spørgeskemaer. Som alle øvrige deltagere i L&M-uddannelser skulle deltagerne på KOL-rehabiliteringen deltage i den kvantitative evaluering. Det er forsøgt med deltagerne på de første mange hold, men kun de færreste magtede det på trods af, at de fik tilbudt hjælp til at læse og forstå spørgsmålene.

3.6.3 Diabetesskolen

Også på Diabetesskolen gennemføres de første hold efter L&M-konceptet i foråret 2009. Diabetesskolen forløber over tre sammenhængende dage og har desuden en halv opfølgingsdag. Den gennemfører omkring 17 hold om året med 12-14 deltagere pr. hold. 56 deltagere har i projektperioden deltaget i den kvantitative evaluering.

Én diabetessygeplejerske er den gennemgående sundhedsprofessionelle i hele forløbet, og hun suppleres af en klinisk diætist, der hovedsageligt underviser i emner, der relaterer sig til mad. I hele projektperioden har to forskellige erfarne patienter på skift været involveret på holdene, hvor de er med det meste af tiden. De sundhedsprofessionelle oplever, at det er en udfordring at få ideer og værktøjer til at lave deltagerinvolvering i undervisningen og at inddrage de erfarne patienter nok i planlægning og evaluering af de konkrete forløb. Den helt store udfordring har dog gennem hele projektperioden været afholdelse af den afklarende samtale, og efter endt projektperiode afholdes den ikke mere. Det er oplevelsen, at samtalen ikke gør nogen forskel for patienterne, og at ressourceforbruget derfor ikke kan forsvares. Flere patienter har desuden givet udtryk for, at det er meget lidt at køre og tage fri for. De sundhedsprofessionelle begrundede den manglende succes med samtalerne med, at mange mennesker med diabetes ikke føler sig syge.

Planlægning og evaluering af gruppeforløbene sammen med de to erfarne patienter foregår to gange om året. I diabetesskolen ændres strukturen og indholdet på forløbene ikke fra gang til gang, og de erfarne patienter giver udtryk for, at de sundhedsprofessionelle skal planlægge, som de synes, det er bedst. Til gengæld bruges mestringsprocessen altid i undervisningen, da den giver god mening, når man skal leve et liv med diabetes. Også den

erfarne patients fortælling indgår hver gang, da de oplever, det flytte meget hos deltagerne, og deltagerne giver udtryk for, at det er værdifuldt.

3.7 Rekruttering af deltagere

Det fremgår klart af projektbeskrivelsen, at *"Henvi sning til Lærings- og mestringsforløb kan ske via hospitalsafdelinger, kommuner og praktiserende læger."* Deltagelse i en Lærings- og mestringsuddannelse kan således ske efter henvisning fra enten hospital, kommune eller praktiserende læge og en efterfølgende afklarende samtale.

I projektledelsen udarbejdes der i foråret 2008 forslag til henvisningskriterier for og henvisningsveje samt en fælles henvisningsblanket til L&M-uddannelserne. Dette forslag godkendes senere af Styregruppen. Kriteriet for henvisning er, at patienterne har en eller flere diagnosticerede kroniske lidelser, dog ikke psykiatriske lidelser. I hospitalsregi kan læger (inkl. patientens egen læge), sygeplejersker og terapeuter henvise, og i kommunerne kan egen læge, sygeplejersker, terapeuter og socialrådgivere/sagsbehandlere henvise. Det er projektledelsens strategi, at henvisning skal gøres elektronisk, og at blanketterne skal ligge på www.praksis.dk, projektets egen hjemmeside www.mestring.dk, på regionens hjemmeside www.e-dok.rm.dk og på de kommunale hjemmesider. Men efter drøftelse i det regionale praksisudvalg bliver henvisningsblanketten dog afvist, og efter drøftelse i redaktionsgruppen til [praksis.dk](http://www.praksis.dk) bliver det besluttet, at henvisningsblanketten ikke kan ligge der. Efterfølgende diskuteres problemstillingerne i Arbejdsgruppen. Det bliver først og fremmest til en diskussion om, hvorvidt henvisningen nødvendigvis skal være skriftlig. Holdningerne er delte, men undervejs bliver der enighed om, at henvisning skal forstås som "formidling af kontakt", og således både kan være mundtlig og skriftlig.

Det er særligt blandt kommunerne, der argumenteres for, at der *ikke* skal kræves en henvisning i traditionel forstand. De ønsker, at borgerne skal kunne henvende sig direkte (kaldet selvhenvi sning), og tanken bag dette er, at borgere, der selv henvender sig er motiveret for forandring, og at det er vigtigt at have et tilbud til dem netop, når motivationen er der. Tilbuddet er den afklarende samtale, som dels støtter borgeren i afklaring af egne behov, og dels giver kommunen/den sundhedsprofessionelle indsigt i hvilket tilbud, borgeren aktuelt har brug for. Der modtages desuden borgere, der er henvist eller inviteret af egen læge, men også her indledes med en afklarende samtale, så borgeren får støtte til endnu engang at vurdere, om en L&M-uddannelse er det rigtige. På denne måde bidrager den afklarende samtale til at sikre så lille et frafald undervejs i L&M-uddannelsen som muligt.

3.7.1 Den kommunale praksis

Der er dog forskel på, hvordan de enkelte kommuner vælger at agere i forhold til rekruttering af deltagere til L&M-uddannelserne. Én kommune vælger, at alle deltagere i deres patientuddannelsesstilbud skal henvises fra egen læge eller via hospitalsregi. For den kommune

viser det sig, at set over hele projektperioden henvises godt fire femtedele af deres deltagere fra egen læge og de resterende fra hospitalsregi. Det drejer sig om den af de seks kommuner, der udelukkende tilbyder L&M-uddannelser til mennesker med KOL.

De øvrige kommuner vælger, at også sygeplejersker, terapeuter og fx sagsbehandlere i egen kommune kan henvise borgere samt at borgere ved direkte henvendelse i sundhedscentret/-afdelingen kan tilbydes en L&M-uddannelse. Blandt dem skiller én kommune sig ud ved udelukkende at rekruttere deltagere, der er selvhenviste. I de øvrige fire kommuner henvises fra alle fire instanser (inkl. selvhenviste):

- I én kommune udgør ca. tre fjerdedele selvhenviste deltagere
- I en anden kommune udgør de selvhenviste knap halvdelen af deltagerne
- I en tredje kommune er knap halvdelen henvist fra egen læge og
- I den fjerde kommune er det en tredjedel af alle deres deltagere, der er henvist fra egen læge.

Betragtes kommunerne under ét henvises omtrent to femtedele af deltagerne fra egen læge og en tredjedel af deltagerne er selvhenviste.

For alle seks kommuner gælder det, at der lægges et stort arbejde i at informere de praktiserende læger. En af de kommunale ledere 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 bliver gjort. Alle kommuner prioriterer desuden at besøge lægehusene, at have årlige eller halvårige møder med grupper af praktiserende læger og at gøre brug af praksiskonsulenten i bestræbelserne på at informere om L&M-uddannelserne. Der er enighed om, at det er en meget, lang proces at få de praktiserende til at kende L&M-uddannelserne – en proces, som dog ved projektets afslutning er ved at lykkes. Et af medlemmerne fra Arbejdsgruppen vurderer:

"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 er således at vinde de praktiserende lægers tillid til, at det faglige niveau i L&M-uddannelserne er i orden. Et væsentligt bidrag til, 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 L&M-uddannelsen.

Kommunerne arbejder også med rekruttering af deltagere på andre måder. Der bliver bl.a. annonceret i lokale ugeaviser, lavet brochurer, og gode historier, hvor borgere fortæller, hvad de har oplevet, bliver fortalt i den lokale presse. Enkelte kommuner fokuserer desuden på at rekruttere borgere, der ikke typisk kommer på holdene. Det gør de ved at tage ud på virksomheder og uddannelsessteder, der er kendetegnet ved et lavt uddannelsesniveau, og fortælle om L&M-uddannelserne, og ved at samarbejde med fx Arbejdsmarkedsafdelingen om langtidssygemeldte borgere.

3.7.2 Praxis på Diabetesskolen og i KOL-rehabiliteringen

Både på Diabetesskolen og i KOL-rehabiliteringen foregår henvisning af patienter på samme måde som før implementering af L&M-konceptet, og rekruttering er derfor ikke et opmærksomhedsområde. På Diabetesskolen er alle deltagere lægehenvist enten fra egen læge eller fra diabetes ambulatoriet. Deltagerne i KOL-rehabilitering henvises fra egen læge, hospitalslæge eller en KOL-sygeplejerske, og visiteringen til et forløb sker to gange om året fra en fælles venteliste for Regionshospitalerne i Herning og Holstebro. Forud for opstarten af gruppeforløbene blev der også her afholdt en indledende afklarende samtale.

Evaluering af de sundheds-
professionelles kompetencer

4



Der er udarbejdet en selvstændig rapport: *"Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser – evaluering af kompetencer, organisering og implementering"* (25), som har til formål at identificere vigtige kompetencer hos de sundhedsprofessionelle undervisere på Lærings- og mestringsuddannelser med henblik på at udarbejde en kompetenceprofil for den sundhedsprofessionelle, der skal undervise på Læring- og mestringsuddannelserne. Nedenstående er et sammendrag.

4.1 Den teoretiske ramme

4.1.1 Kompetencebegrebet

I de obligatoriske kompetenceudviklingsforløb for de sundhedsprofessionelle og de erfarne patienter bygger kompetencebegrebet på en opfattelse beskrevet af Illeris (33). 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 (41), 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 (33), 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."

4.1.2 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 (41). Her skal fremhæves, at han med kompetencer i bredden taler om tre kernekompeten-

cer, forstået som de kompetencer, der i generel forstand er nødvendige at udvikle i forhold til kravene i et videnssamfund. 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.

4.2 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.

4.3 Resultater

I undersøgelsen udtrykker det personlige aspekt af kompetencebegrebet således den sundhedsprofessionelles vurderinger og holdninger samt evne til at trække på sine personlige forudsætninger. Kvalifikationsaspektet udtrykker det, man kvalificerer sig til i form af de konkrete kundskaber og færdigheder, og handleaspektet udtrykker, hvad de skal kunne, og hvordan kompetencerne kommer til udtryk i en given situation.

4.3.1 Centrale elementer i den sundhedsprofessionelles kompetencer

Der er fundet fem centrale elementer i det personlige aspekt af den sundhedsprofessionelles kompetencer. Det drejer sig om, at den sundhedsprofessionelle:

- Har et menneskesyn, der oprigtig møder og anerkender mennesket, som det er
- Har et bredt og positivt syn på sundhed – et syn, der inddrager såvel livsstil og risikofaktorer som menneskers forskellige levevilkår og livsformer. Samtidig fokuseres der både på det gode liv for den enkelte og på fravær af sygdom
- Er nysgerrige på mennesker – det indebærer nødvendigheden af at være nærværende, åben og ikke mindst fordomsfri i mødet med mennesker
- Evner at være sig selv foran og sammen med mennesker – det indebærer evnen til at være autentisk og uhøjtidelig, men også at man er følelsesmæssigt klog på sig selv
- Har evne og mod til at lede gruppeprocesser – det indebærer evnen til hurtige tolkninger og vurderinger i forhold til, hvad der er væsentligt for gruppen her og nu, samt evnen til kreativt og hurtigt at beslutte næste skridt i processen.

De konkrete kundskaber og færdigheder, som det er vigtigt, den sundhedsprofessionelle besidder, falder indenfor seks områder. Det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle:

- Har en bred sundhedsfaglig viden og erfaring – det indebærer, at en bred funderet viden er væsentligere end egentlig specialist viden
- Har færdigheder i brug af mestringsprocessen – herunder viden om, hvordan man bedst støtter i de forskellige faser, og om hvilke konkrete ord, der peger ind i faserne
- Har færdigheder i samtaleprocesser – det indebærer viden om og erfaringer med brug af forskellige spørgsmålstyper og spørgeteknikker
- Har færdigheder i ledelse af gruppeprocesser – herunder viden om gruppenormer, roller i grupper og gruppeudvikling
- Har færdigheder i brug af fortællinger – herunder fortællingers funktion, og hvad de gør ved mennesker, men også hvordan man får dem til at folde sig ud
- Har pædagogiske færdigheder – her peges der bl.a. på viden om didaktik og færdigheder i forskellige pædagogiske redskaber.

Endelig er der ni handleaspekter i den sundhedsprofessionelles kompetencer, der er vigtige. Den sundhedsprofessionelle skal kunne:

- Skabe tillid og tryghed i de individuelle samtaler og i gruppen – herunder at kunne etablere, vedligeholde og gå ind og ud af relationen
- Rumme det, der kommer – herunder at kunne rumme de grundlæggende følelser vrede, sorg, angst og glæde
- Mestre samtalen – herunder at kunne lytte til nuancerne i det sagte og intuitivt fornemme, hvor der er mening og betydning i det, der siges
- Identificere temaer i det sagte og det usagte
- Identificere, hvor i mestringsprocessen deltagerne befinder sig, og kunne hjælpe dem videre derfra

- Koble fortællingen til mestringsprocessen – det indebærer også at kunne koble til den relevante faglige viden og i gruppeforløb til deltageres erfaringer
- Afstemme metoder og redskaber i gruppeforløbene efter de konkrete deltagere
- Strukturere og styre en gruppeproces i forhold til de krav, der opstår undervejs, og i situationer, der ofte er uforudsigelige
- Reflektere og evaluere undervejs – herunder kunne give feedback til og respondere på både sine samarbejdspartnere og deltagerne.

De ni handleaspekter knytter sig naturligt til flere af de seks kvalifikationsaspekter, der således i samspil med de personlige kompetencer 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 elementer i de tre kompetenceaspekter illustreres ved opbygningen i displayet i tabel 2.

KOMPETENCEBEGREBETS ASPEKTER, DERES SAMMENHÆNG OG CENTRALE ELEMENTER

TABEL 2

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

Der er enighed i begge undersøgelsesgrupper om, 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. De personlige aspekter i kompetencebegrebet beskrives generelt som helt grundlæggende forudsætninger og som nødvendige for at kunne bruge de erhvervede kvalifikationer ind i netop *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 de kvalifikationer ind i den sociale og kulturelle kontekst, som L&M-uddannelserne udfolder sig i.

4.3.2 *Kompetenceprofil*

I formuleringen af en kompetenceprofil, der integrerer de centrale elementer og kompetencebegrebets aspekter i en helhed, bruges en todimensionel opbygning bestående 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.

Den sundhedsprofessionelle skal således 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 lysten 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.

4.4 Konklusion

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 mestringssevne, og

vejen dertil går gennem såvel sundhedsfaglig som erfaringsbaseret viden. Vejen findes ved hjælp af en høj grad af deltagerinvolvering og via dialog, og den tager sit udgangspunkt i deltagerens 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
- Evnen til at være sig selv foran og sammen med andre
- Evnen og modet 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.

Evaluering af organisering,
implementering og forankring
af kompetencer

5



Der er udarbejdet en selvstændig rapport: "Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser – evaluering af kompetencer, organisering og implementering" (25), som har til formål at beskrive, hvordan organiseringen af Lærings- og mestringsuddannelserne er i seks vestjyske kommuner og *vurdere*, hvilken betydning organiseringen har på implementering af Lærings- og mestringskonceptet i patientuddannelser og på forankring af de sundhedsprofessionelles kompetencer i den nære organisation. De deltagende kommuner er Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer kommuner, og i undersøgelsen forstås:

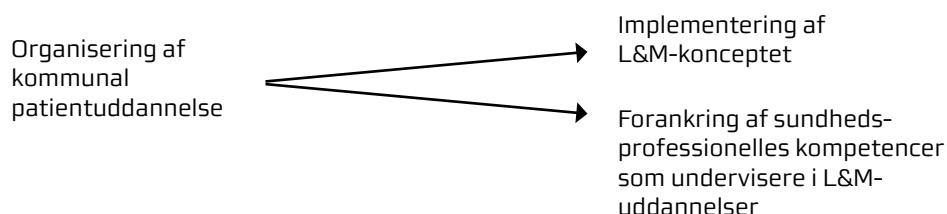
- *Organisering*, som den placering og fylde sundhed har på det politiske og administrative niveau, den måde den nære organisation omkring patientuddannelse, den ledelsesmæssige bevågenhed omkring Læring og mestring, og kulturen, der præger den nære organisation
- *Forankring af kompetencer* i betydningen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

5.1 Design

Der er valgt et komparativt case-design, der omfatter de seks kommuner, der har deltaget i L&M-projektet. Den overordnede model for undersøgelsen er illustreret i figur 8.

FIGUR 8

OVERORDNET MODEL FOR EVALUERING AF ORGANISERING, IMPLEMENTERING OG KOMPETENCER



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 organiserings 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.

5.2 Resultater

5.2.1 Beskrivelse af 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 videreuddannelse 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/arbejdsgruppemedlemmer har fire en baggrund som sygeplejerske. De har alle

en del videreuddannelse, 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.

I forhold til implementeringens omfang 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 indsatser, 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.

I alle 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 temamøder, to kommuner har etableret en mentorordning for nye L&M-undervisere og giver desuden mulighed for intern supervision, mens en enkelt kommune også regelmæssigt tilbyder L&M-underviserne undervisning i mindfulness.

5.2.2 Organiseringens betydning

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 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 mentorordning 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.

5.3 Konklusion

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 erfaring med sundhedsfremmende arbejde er en væsentlig baggrund hos de ansvarlige for en succesfuld implementering af konceptet i 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 mentorordning 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 for 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 for patienter og/eller patientorganisationer.



Der er udarbejdet en selvstændig rapport: *"Læring og mestring – patientuddannelse på deltagernes præmisser – kvalitativ evaluering"*. I det følgende beskrives de væsentligste evalueringresultater, som bliver uddybet og meget mere udførligt beskrevet i den selvstændige rapport (23).

"Lærings- og mestringsuddannelsen for mennesker med kroniske lidelser" (L&M) er et eksempel på en patientuddannelse baseret på en sundhedsfremmende tankegang, som er udviklet og implementeret i Norge og har spredt sig til Danmark. Center for Folkesundhed, Sundhedsfremme og Forebyggelse, Holstebro, fik i 2007 af Region Midtjylland i opdrag at gennemføre et pilotprojekt i samarbejde med seks kommuner i Vestjylland, Hospitalsenheden Vest og områdets praktiserende læger. Det er også et eksempel på, at når ideer, koncepter og programmer rejses, så er kreativitet og skabertrang tro følgesvende. Projektets udviklings- og implementeringsfase er i et storstilet samarbejdsforløb blevet anvendt til at udvikle, afprøve og implementere en sundhedspædagogisk tilgang og metode til gennemførelse af patientuddannelsesforløb med en høj grad af deltagerinvolvering. Konceptet er blevet plantet og forankret i en dansk kontekst med rig mulighed for både kommunal og hospitalsbaseret særkende.

6.1. Design og metode

Evalueringen er baseret på et antropologisk feltarbejde, hvor der er udført deltagerobservation både i forbindelse med kompetenceudvikling for de sundhedsprofessionelle og i forbindelse med de mange forskellige patientuddannelsesforløb, der er blevet gennemført indtil sommeren 2009. Der er desuden lavet både individuelle interview samt fokusgruppeinterview med projektets forskellige aktører. Evalueringen er tænkt ind i en forskningstradition, hvor vidensprojektet er knyttet til en forståelse af, hvordan mennesker konstruerer meninger og handlinger i den konkrete kontekst, som de lever i. Det komplekse sociale felt, som en patientuddannelse udgør, er at forstå som en sammenhæng mellem sociale forhold og aktører, der er indbyrdes forbundne. Evalueringen har således fokus på samspillet mellem patientuddannelsen (konceptet, organiseringen, praktiseringen) og aktørerne (sundhedsprofessionelle, erfarne patienter og deltagere) for at kunne vurdere de enkelte elementers betydning i den store sammenhæng.

6.2. Lærings- og mestringskonceptet

Centralt for en forståelse af L&M-konceptet står den teoretiske tænkning om læring og om mestring. Læring ses som et fundamentalt socialt fænomen, som baserer sig både på viden og på erfaring, og denne forståelse praktiseres helt konkret ved at inddrage erfarne patienter som ligeværdige parter, hvilket er et ufravigeligt princip. Den erfaringsbaserede viden skal på ligeværdig vis både teoretisk og praktisk gennemsyre alle aktiviteter og interaktioner i projektet. Mestring ses overordnet som en ressource, der gør al menneskelig handling menings-

fuld forstået på den måde, at der er tale om en proces, hvor refleksion i både et individuelt og et kollektivt perspektiv kan udstikke mere eller mindre hensigtsmæssige retninger. I evalueringen foreslås det at tilføje projektets læringsteori en yderligere dimension med begrebet 'situeret læring'. Herved skærpes læringsbegrebets sociale karakter, idet der fokuseres på deltagelse som helt centralt for læring, ligesom mestring og fastholdelse på den lange bane sammentænkes. Betegnelsen praksisfællesskab indeholder netop en karakteristik af det fælles læringsrum, hvor sundhedsprofessionelle, erfarne patienter og deltagere på ligeværdig vis planlægger, gennemfører og evaluerer patientuddannelsesforløbenes indhold og form. Når aktørernes deltagerbaner krydser hinanden optimalt, er der tale om mestring af livet med en kronisk lidelse.

En væsentlig tilføjelse i den danske udgave af L&M-konceptet består i udviklingen og implementeringen af den afklarende samtale. En vigtig del af projektets kompetenceudvikling for sundhedsprofessionelle består i at kende og bruge principperne for den afklarende samtale, hvis formål er at starte en udviklingsproces hos deltagerne med henblik på at skabe større klarhed over egne behov. Der lægges vægt på åbenhed i samtalen, der bygger på brugen af narrativer, som også er en del af kompetenceudviklingen. Brugen af narrativer står i det hele taget centralt i projektet. Både som mål og som middel.

6.3. Resultater

I evalueringen har det narrative perspektiv især været i fokus som nøgle til en forståelse af deltageres vigtigste 'ting og sager' (concerns). Hvad er det, der optager deltagerne? Evalueringen peger på, at for mennesker med en kronisk lidelse er det især vigtigt, at sundhedsvæsenet forholder sig til tre temaer, som alle relaterer sig til det at leve med en kronisk sygdom:

- Det her er jo en skyggesygdom – om omverdenens manglende forståelse
- Jeg er sukkernarkoman – om selvbebrejdelser og selverkendelse
- Hvem svigter jeg – dem eller mig? – om at balancere sociale relationer.

I patientuddannelsesforløbene har disse temaer haft samme vægtning og betydning som de mere traditionelle sundhedsbudskaber om kost, rygning, motion og alkohol. At kunne fastholde denne ligeværdighed i praksisfællesskaber skyldes især tilstedeværelsen af de erfarne patienter, som hele tiden kan sikre, at deltagerperspektivet er i centrum. For deltagerne har det stor betydning at se, at der kan være tale om et ligeværdigt samspil mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Det har betydning, at de kan se, at det kan fungere i praksis. Heri gives der udtryk for en anerkendelse af patienterfaringer, som også giver deltagerne tro på egne ressourcer og større selvværd.

Deltagerne i patientuddannelsesforløbene har én eller flere kroniske sygdomme, og alt efter antallet af kroniske sygdomme og graden af belastninger udgør deltagerne en sårbar

gruppe, for hvem kombinationen af en kronisk sygdom og det overhovedet at skulle leve et hverdagsliv på ændrede betingelser er en stor udfordring. L&M er et bud på et patientuddannelsesforløb, som tager udgangspunkt i netop disse helt centrale hverdagserfaringer, og som forsøger at gøre dem forståelige, håndterbare og meningsfulde i både den enkeltes og i gruppens sammenhæng. For den enkelte er det med til at skabe personlig styrke, overskud og selvværd, og på gruppeniveauet betyder det interpersonelle relationsarbejde, at de kan støtte hinanden i at lave forandringer samt i at blive bedre til at bede om hjælp. Det ligeværdige samarbejde mellem sundhedsprofessionelle og erfarne patienter skal sikre den sammenhæng. Kunsten i det gruppebaserede patientuddannelsesforløb består i udstrakt grad i, at de sundhedsprofessionelle sammen med de erfarne patienter skal omsætte viden fra den individuelle afklarende samtale til kollektiv viden og erfaring, som både tilgodeser mere generelle, fælles og overordnede problemstillinger og den enkeltes behov og ressourcer. I den forbindelse peges der i evalueringen på en række værdsatte egenskaber hos aktørerne set ud fra de forskellige perspektiver. Ikke overraskende peges der på både eftertragtede og mindre eftertragtede egenskaber hos hinanden.

Praksisfællesskabet er uden tvivl skrøbeligt, mennesker med kroniske lidelser er ofte sårbare og har relativt få ressourcer. Det gælder ligeledes de erfarne patienter. At håndtere den situation kræver af og til ekstraordinære foranstaltninger fra de sundhedsprofessionelles side. Det kræver både ledelsesmæssig anerkendelse og organisatorisk forankring. Men i forhold til læring og mestring af livet med kronisk sygdom kræves etablering af et praksisfællesskab, som bygger på sundhedsprofessionel viden, erfaringsbaseret viden og deltagernes viden om 'ting og sager'. Ikke den ene uden de andre, for det er en fælles erkendelse blandt konceptets aktører, at man ikke kan give viden/erfaring videre om en kronisk sygdom, hvis man aldrig selv har haft en sådan. Det forekommer at være projektets visdom.

6.4. Den superkorte version

L & M:

- Giver afsæt for læring og refleksion
- Hjælper den enkelte med at fokusere på egne ressourcer og øger selvværd
- Den enkelte bibringes troen på, at de selv kan skabe forandringer i hverdagen
- Deltagernes evne til at håndtere nye udfordringer i forbindelse med livet med en kronisk sygdom øges
- Er med til at udvide deltagernes sociale relationer
- Er med til at give deltagerne mod på at indgå i lokale netværk

7

Kvantitativ evaluering



Der er udarbejdet en selvstændig rapport: *Læring og Mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser - kvantitativ evaluering* (24), som mere detaljeret beskriver analyseredskaber og metoder, deltagernes profil og deres udbytte og effekt af L&M.

Dette kapitel bygger på denne rapport, fremhæver de vigtigste fund og gengiver kapitel 7 Opsamling – resultater og diskussion i sin fulde længde.

7.1 Formål med den kvantitative evaluering

Formålet med den kvantitative evaluering har været:

- At undersøge, hvem der deltager i L&M-uddannelserne. Der sammenlignes med en relevant referencepopulation.
- At undersøge deltagernes selvvaluerede effekt på helbredsstatus, fysisk og psykisk funktionsniveau, sundhedsadfærd, mestringsevne og følelse af sammenhæng.

De forventede selvvaluerede effekter og udbytte tager udgangspunkt i den oprindelige projektbeskrivelse med fokus på mål for deltagerne:

- At deltagerne styrker deres mestringsevne, så de kan skabe en meningsfuld dagligdag med de begrænsninger et liv med kronisk lidelse sætter
- At deltagerne opnår indsigt i, hvordan den kroniske lidelse påvirker dagligdagen
- At deltagerne forbedrer deres sundhedsadfærd
- At deltagerne styrker deres sociale relationer

Der er benyttet to forskellige datakilder: data indsamlet fra spørgeskemaer i *Monitorerings- og evalueringsværktøjet til patientuddannelser* (MoEva), og data indsamlet i forbindelse med befolkningsundersøgelsen i Region Midtjylland, *Hvordan har du det? 2010* (HHDD) (4).

Monitorerings- og evalueringsværktøjet består af et fleksibelt, modulopbygget spørgeskema med en kerne af spørgsmål, som alle deltagere besvarer, og enkeltmoduler der kan til- eller fravælges afhængigt af patientuddannelsernes formål, indhold og forventning om effekt. Spørgsmålene i basismodulet er alle identiske med spørgsmål i HHDD 2010-udgaven: baggrundsoplysninger, herunder socioøkonomiske data, SF-12, rygning samt vægt. Også spørgsmålene i tilvalgsmodulerne er for kost, alkohol og motion identiske med spørgsmål fra HHDD.

'At mestre dagligdagen' måles ved hjælp af et australsk udviklet og valideret spørgeskema Health education impact questionnaire (heiQ™) til brug i patientuddannelser og interventioner med fokus på mestring af kroniske tilstande. Skemaets 40 spørgsmål er placeret tilfældigt, men indgår i otte forskellige domæner: sundhedsrelateret adfærd, positivt og aktivt engagement i livet, følelsesmæssigt velbefindende, selvmonitorering og indsigt, kon-

strukture holdninger og tilgange, færdigheder og hjælpemidler, social integration og støtte, navigering i sundhedsvæsenet.

'En følelse af sammenhæng' eller i Aaron Antonovsky terminologi Sence of Coherence (SOC) måles ved hjælp af tre spørgsmål, som beskriver hvert af områderne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed.

Der er udleveret spørgeskemaer ved baseline/holdopstart. Første opfølgningsskema er udfyldt cirka tre måneder efter baseline og sidste opfølgningsskema cirka 12 måneder efter baseline. Data er indtastet i perioden august 2008 til 30. juni 2011. Afholdte hold i efteråret 2010 og foråret 2011 er med i opgørelsen, men 2. opfølgning (1 års-followup) har ikke været muligt at gennemføre, da dataindsamling stoppede 30. juni.

7.2 Generelle oplysninger om Lærings- og mestringshold og deltagerne

Borgerne er henvist fra egen læge, sygehuse, kommune eller selvhenviste. De fleste er henvist fra egen læge (40%) eller selvhenviste (34%). Deltagerne har gået på diagnose specifikke hold eller hold på tværs af diagnoser i en af de seks vestlige kommuner i Region Midtjylland eller på KOL eller diabetes hold på Hospitaltsenheden Vest. De er beskrevet med køn, alder og erhvervs mæssig status, og der er sammenlignet med en referencegruppe fra de deltagende kommuner med samme kroniske sygdomme som deltagerne på L&M.

- Der er registreret 51 L&M-hold fordelt på KOL, diabetes, hjerte-kar, kræft og på tværs af diagnoser
- 61% er KOL-hold – 56% af henvisningsgruppen har deltaget på KOL-hold
- 29% er hold på tværs – 27% af henvisningsgruppen har deltaget på hold på tværs
- 61% i deltagergruppen er kvinder, og 39% er mænd. På KOL-hold er 53% kvinder, og 47% mænd. På hold på tværs er 75% kvinder, og 25% mænd.
- 62% i svargruppen er kvinder, og 38% mænd. I referencegruppen er 45% kvinder, og 55% mænd
- I svargruppen er deltagernes gennemsnitsalder 62 år for kvinder, og 64 år for mænd – referencegruppens kønsfordeling hhv. 64 år og 62 år
- Der er 17% erhvervsaktive i svargruppen – 23% i referencegruppen
- 83% af svargruppen er uden for arbejdsmarkedet, heraf er 57% pensionister, og 21% førtidspensionister.

Et flertal af deltagere (53%) har tidligere deltaget på et frivilligt kursus i sundhedsvæsenet eller et sundhedskursus på aftenskole/patientforening.

7.3 Social position, social støtte og belastninger

I denne evaluering benyttes tre mål for social position: uddannelse, indkomst og levekårsressourceindeks. Deltagerne i L&M sammenlignes med referencegruppen. I det følgende beskrives deltagernes uddannelsesniveau, hvor den anvendte opdeling i uddannelsesniveau bygger på det samlede antal års uddannelse (fuldført eller igangværende), en person har gennemgået fra skolestart til afslutning på en evt. erhvervsuddannelse. Lavt uddannelsesniveau svarer i store træk til ufaglærte og specialarbejdere. Middelhøjt uddannelsesniveau svarer i store træk til lærlinge/elevuddannelser, andre faglige uddannelser og korte videregående uddannelser. Højt uddannelsesniveau omfatter personer med en mellemlang og lang videregående boglig uddannelse.

- Uddannelsesniveaue i svargruppen er lidt højere end i referencegruppen: andelen med lavt uddannelsesniveau er mindre, andelen med højt uddannelsesniveau er større.

Der er også benyttet et levekårsressourceindeks. Indekset er et sammensat mål, som gennem otte eller ni spørgsmål kan beskrive sammenhængen mellem sundhed og sociale forhold.

Tankegangen er, at mennesket er et aktivt handlende og kreativt væsen, som selv definerer sine mål. Den enkeltes handlemuligheder begrænses imidlertid af de ressourcer, som han eller hun råder over. En persons sociale position er ifølge denne opfattelse lig med summen af ressourcer, som den enkelte kan bruge til at fremme sin trivsel og livskvalitet. Eksempler på ressourcer er penge, ejendom, uddannelse og viden, sociale relationer og netværk. Jo flere ressourcer man råder over, jo større muligheder har man for at realisere sine individuelle mål i tilværelsen. I denne undersøgelse har det kun været muligt at undersøge 7 variable, hvorfor en deltager højst kan opnå 7 ressourcepoint.

- Andelen i svargruppen med få ressourcer er større end i referencegruppen. Det gælder også, hvis man kun sammenligner personer uden for arbejdsmarkedet. 78% af mændene og 81% af kvinderne i svargruppen har 0-2 ressourcer.

Stærke sociale relationer og netværk reducerer dødelighed og sygelighed, fremmer borge-re/patienters udbytte af sundhedstilbud og virker positivt på gode sundhedsvaner. Forskningen tyder på, at både social integration og social støtte er vigtige for menneskers sundhed (43). Social støtte bliver i MoEva undersøgt ved at spørge: "Hvor ofte oplever du at have nogen at snakke med, når du har brug for støtte?" Ensomhed bliver i MoEva undersøgt ved at spørge: "Hvor ofte oplever du at være alene, selv om du hellere vil være sammen med andre?"

- 37% af kvinderne i svargruppen bor alene mod 28% af mændene
- 42% af kvinderne i svargruppen er dagligt eller næsten dagligt i kontakt med familie, de ikke bor sammen med, mod 25% af mændene
- 15% af mændene og 16% af kvinderne i svargruppen oplever manglende social støtte. 17% for mænd, 18% for kvinder i referencegruppen

- Andelen, der oplever ensomhed, er større i svargruppen end i referencegruppen, hhv. 31% mod 24% for mænd og 43% mod 32% for kvinder. 48% af mændene oplever aldrig ensomhed.

Belastninger hos en selv eller hos nærmeste familie kan betyde noget for helbredet og for ens muligheder for at følge et sundhedstilbud. Oplevelse af belastninger er i MoEva belyst ved at spørge: "Har du gennem de seneste 12 måneder følt dig belastet af nogle af de følgende ting? din økonomi, din boligsituation, din arbejdssituation, forholdet til din partner, forholdet til familie og venner, sygdom hos dig selv, sygdom hos din partner, familie eller nære venner."

- Andelen, der føler sig belastet, er større i svargruppen end i referencegruppen. I svargruppen er det for kvinderne især 'egen sygdom', 'arbejde' og 'sygdom hos andre'. Blandt mænd er det 'egen sygdom' og 'arbejde'.

7.4 Deltagernes selvvurderede effekt og udbytte

Helbred og funktionsevne

Deltagernes sundhed beskrives som egen oplevelse af sundhed og fysisk, psykisk og social funktionsevne målt ved hjælp af det generiske skema *Short form 12 Health Survey version 2* (SF-12). Et af spørgsmålene i SF-12 er "Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?"

- I svargruppen oplyser 65% af kvinderne ved baseline om mindre godt eller dårligt helbred mod 41% i referencegruppen. For mænd er det 61% mod 32%. For den samlede svargruppe er tallet 64%
- Ved 1. opfølgning er andelen med mindre godt eller dårligt helbred 47%, hvilket holder sig frem til 2. opfølgning.

SF-12 består af 12 spørgsmål, der sammenfattes i otte skalaer, som beskriver funktionsevne og livskvalitet; fire skalaer relaterer til fysisk funktionsevne og generel helbredstilstand, fire skalaer til psykisk og social funktionsevne og den psykiske helbredstilstand. Tilsammen tegner de en funktionsprofil af en person eller gruppe. Der kan også udregnes en sumscore, som siger noget samlet om fysisk helbred og om psykisk helbred.

- På alle otte SF-12-skalaer scorer svargruppen lavere end referencegruppen. Det gælder både mænd og kvinder. Begge grupper scorer under 50, hvilket vil sige lavere end en normalbefolkning
- Det fysiske helbred (sumscore) i svargruppen viser sammenlignet med referencegruppen en klinisk og socialt relevant forskel -34% mod 42%.
- Det psykiske helbred (sumscore) i svargruppen ligger på niveau med referencegruppens
- Lille, men ikke signifikant bedring af det fysiske og psykiske helbred ved 1. opfølgning.

Sundhedsadfærd: motion, kost, rygning og alkohol samt BMI

Et af målene med projektet og L&M var *At deltagerne forbedrer deres sundhedsadfærd*. På de diagnosespecifikke hold har der været fokus på bevægelse og fysisk aktivitet, men ikke på hold på tværs af diagnoser. Der har imidlertid ikke været speciel fokus på ændring af kost, rygning og alkohol eller på BMI.

Generelt har deltagerne bedre sundhedsvaner end referencegruppen, men der opnås alene positive ændringer i forhold til fysisk aktivitet, idræt og motion.

- Andelen i svargruppen, der er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen, stiger ved 1. og 2. opfølgning. Stigningen er størst på '2-3 dage' og '6-7 dage'. Stigningen er signifikant. Andelen ved baseline er større i svargruppen end i referencegruppen
- Andelen i svargruppen, der dyrker idræt eller regelmæssig motion, er 49% mod 35% i referencegruppen. Andelen stiger ved 1. og 2. opfølgning til 64%. Stigningen er signifikant
- 80% i svargruppen ønsker at være mere fysisk aktive
- Kostmønsteret er uændret ved 1. opfølgning. Svargruppen og referencegruppen har samme kostmønster med den største andel med et middelsundt kostmønster. Kvinderne har et sundere kostmønster sammenlignet med mændene
- 45% i svargruppen ønsker at spise sundere
- 19% mænd og 19% kvinder i svargruppen er rygere mod 33% mænd og 25% kvinder i referencegruppen. Der er ikke et fald i andelen af rygere ved 1. opfølgning
- 80% i svargruppen ønsker at stoppe med at ryge
- 6% i svargruppen har et højt alkoholforbrug mod 14% i referencegruppen. Andelen med rusdrikkeri er mindst i svargruppen
- 3% i svargruppen ønsker et lavere alkoholforbrug
- 65% mænd og 55% kvinder i svargruppen er overvægtige mod 68% mænd og 58% kvinder i referencegruppen
- 25% af begge køn i begge grupper er svært overvægtige.

At mestre dagligdagen - heiQ™

Måleværktøjet *Health Education Impact Questionnaire* (heiQ™) er et australsk spørgeskema til monitorering og evaluering af patientuddannelser og interventioner (44;45). Det er målrettet mennesker med kronisk sygdom og fokuserer på mestring, selvmonitorering, egenomsorg og navigation i sundhedsvæsenet. Spørgeskemaet består af 40 spørgsmål, som opgøres på otte domæner: sundhedsrelateret adfærd, positivt og aktivt engagement i livet, følelsesmæssigt velbefindende, selvmonitorering og indsigt, konstruktive holdninger og tilgange, færdigheder og hjælpemidler, social integration og støtte, navigering i sundhedsvæsenet. Først undersøges om der ses en effekt på hele gruppen. Dernæst ses på individuelle reliable ændringer for hver enkelt svardeltager. Gruppeneffekter kategoriseres i lille, middel og høj, hvor lille er 0,2-0,49.

- Ved 1. opfølgning ses en lille gruppeeffekt for domænerne 'Sundhedsrelateret adfærd', 'Konstruktive holdninger og tilgange' på 0,2 og 'Færdigheder og hjælpemidler' på 0,3
- Ved 2. opfølgning ses en lille gruppeeffekt for 'Positivt og aktivt engagement i livet', 'Kon-

struktive holdninger og tilgange', 'Færdigheder og hjælpemidler' på 0,3 og 'Social integration og støtte' på 0,2

- Ved 1. opfølgning har 27,1% af svargruppen individuelle positive reliable ændringer for 'Konstruktive holdninger og tilgange', 24,2% har for 'Sundhedsrelateret adfærd', og 20,4% har for 'Social integration og støtte'
- Ved 2. opfølgning har 20,5% af svargruppen individuelle positive reliable ændringer for 'Konstruktive holdninger og tilgange', 18,8% har for 'Sundhedsrelateret adfærd' og 23% har for 'Social integration og støtte'
- Inden for næsten alle domæner har en større andel kvinder individuelle positive reliable ændringer sammenlignet med mænd. Forskellen er størst for 'Konstruktive holdninger og tilgange', 'Sundhedsrelateret adfærd' og 'Social integration og støtte'
- Kun for 'Navigering i sundhedsvæsenet' er andelen af mænd størst.

Følelse af sammenhæng i tilværelsen –SOC

Psykiske og sociale forholds sammenhæng med sundhed og sygdom kan opfanges gennem Aron Antonovskys koncept Sence of Coherence (SOC). Her er benyttet et spørgsmål for hvert af områderne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Spørgsmålene sammenfattes til et indeks fra 0-6, hvor lav score er høj grad af oplevet sammenhæng.

- 73% af svargruppen har ved baseline en høj SOC, 14% en middel og 12% en lav
- 97% har ved 1. og 2. opfølgning en høj SOC og 3% en middel.

7.5 Opsamling – resultater og diskussion

"Kønsfordelingen er 70/30 (kvinder/mænd) ligesom hos den praktiserende læge, og vi har haft det vanskeligt med at få fat i de svageste 20% patienter med kronisk sygdom, men den kritik gælder for hele systemet og ikke kun os" (46).

Denne udfordring refererer til patientuddannelsen 'Lær at leve med kronisk sygdom', men genfindes i mange andre patientuddannelser og er også omtalt i Sundhedsstyrelsens MTV-rapport (9): "patientuddannelsestilbud appellerer især til veluddannede, til kvinder og i det hele taget til personer, som i forvejen er ressourcestærke og forholdsvis selvhjulpne". Vi har i denne evaluering undersøgt, hvem der deltager på L&M-uddannelsen i seks vestlige kommuner og i Hospitalsenheden Vest i Region Midtjylland, og har sammenholdt med en baggrundsbefolkning i samme område og med de samme kroniske sygdomme (HHDD). I denne opsamling ser vi også på ligheder og forskelle med 'Lær at leve med kronisk sygdom' (47). Vi tager i vores opsamling udgangspunkt i de deltagere, der indgår i deltagergruppen og svargruppen.

PROFIL AF DELTAGERNE

7.5.1 Hold og køn

L&M-uddannelserne er gennemført som KOL-hold, hjerte-kar-hold, diabeteshold og hold på tværs af diagnoser. Der har også været et enkelt kræfthold. Ser vi samlet på holdene, er godt 60% af deltagerne kvinder og knap 40% mænd, mens der i referencegruppen er 45% kvinder og 55% mænd. Det er ikke lykkedes at få en kønsfordeling på holdene, som svarer til baggrundsbefolkningens, idet der fortsat er flest kvinder; men det bevæger sig i den rigtige retning. Tallene dækker imidlertid over forskelle inden for de forskellige hold.

56% af deltagergruppen har gået på et KOL-hold, og undersøges kønsfordelingen på KOL-hold, er 53% kvinder og 47% mænd, altså en næsten ligelig fordeling mellem mænd og kvinder. I referencegruppen er der en lige kønsfordeling mellem den andel mænd og kvinder, som oplyser, at de har KOL. 27% af deltagerne har deltaget på hold på tværs af diagnoser, og her er fordelingen 75% kvinder og 25% mænd. Dette svarer til den kønsfordeling, der rapporteres fra 'Lær at leve med kronisk sygdom', hvor 79% er kvinder, og 21% er mænd. Disse forskelle kan give anledning til overvejelser over, hvorfor et diagnosespecifikt hold som KOL kan tiltrække flere mænd, og faktisk en andel som svarer til kønsfordelingen i referencebefolkningen. Vi har desværre ikke et tilstrækkeligt antal deltagere på diabeteshold og hjerte-kar-hold til at kunne sige noget om kønsfordelingen på disse hold. Vi ved derfor ikke, om det skyldes, at diagnosespecifikke hold signalerer noget mere konkret og handlingsrettet, som appellerer mere til mænd, eller om det er sygdommen KOL per se.

Det er et forhold, som bør undersøges nærmere, da det kan have betydning for, hvordan fremtidige hold skal organiseres, og hvilket indhold de skal have for at tiltrække flere mænd. På L&M har der eksempelvis været fokus på fysisk aktivitet på KOL-hold og de øvrige diagnosespecifikke hold, men ikke på hold på tværs.

Deltagerne beskriver selv, hvordan det at gøre noget 'praktisk' sammen også styrker det sociale samvær. Det kan være madlavning, fysisk aktivitet eller en gåtur, som giver anledning til at se nye sider af hinanden og sammen grine, svovle eller bande. Flere deltagere peger på en større integration af fysisk aktivitet og socialt samvær på holdene (23).

7.5.2 Alder og beskæftigelse

Deltagerne i svargruppen har en gennemsnitsalder på 62 år for kvinder og 64 år for mænd, hvilket ikke adskiller sig væsentligt fra referencegruppen med et gennemsnit på hhv. 64 år og 63 år. Kursisterne på 'Lær at leve med kronisk sygdom' har en gennemsnitsalder på 58 år.

I L&M-svargruppen er 83% uden for arbejdsmarkedet, hvoraf 57% er pensionister og 21% førtidspensionister. I referencegruppen er andelen uden for arbejdsmarkedet 77%, og i 'Lær at leve med kronisk sygdom' er andelen 58%. Den faldende andel uden for arbejdsmarkedet har en klar sammenhæng med det faldende aldersgennemsnit. Et andet forhold, som har

været nævnt i forbindelse med L&M, er, at den manglende tilslutning til L&M af de yngre aldersgrupper med kronisk sygdom kan bero på, at deltagelse foregår i dagtimerne og forudsætter, at folk i arbejde tager fri.

Et mere fleksibelt tidspunkt for afholdelse af patientuddannelse kan måske tiltrække flere yngre og flere mænd. I vores materiale er en højere andel mænd i beskæftigelse i referencegruppen end i svargruppen, hhv. 26% og 19%. Blandt kvinder er det 18% i referencegruppen og 16% i svargruppen. En medvirkende årsag til en større andel kvinder på L&M kan bero på, at der for de fleste kvinder i den potentielle målgruppe ikke er tidsmæssige begrænsninger for at deltage.

7.5.3 Social position

I L&M-svargruppen dominerer andelen med lavt og middel uddannelsesniveau hos både mænd og kvinder, dog således at andelen med lavt uddannelsesniveau er større hos kvinder end mænd. Andelen med et højt uddannelsesniveau er for begge køn ca. 18%. Social position udtrykt ved en uddannelsesparameter er bedre i svargruppen end i referencegruppen, hvor andelen med lavt uddannelsesniveau i sidstnævnte er lidt større. Forskellen er størst for kvinder.

I 'Lær at leve med kronisk sygdom' er der benyttet højeste fuldførte uddannelse som variabel, og også her er der tre niveauer: grundskole, erhvervsuddannelse og gymnasial/videregående uddannelse. 27% har en gymnasial/videregående uddannelse, hvilket kunne tyde på en bedre social position for deltagerne på 'Lær at leve med kronisk sygdom'.

Et andet mål for social position er et levkårsressourceindeks (48). Indekset består af otte items i en etnisk dansk befolkning, hvor hvert item repræsenterer en ressource, som den enkelte kan bruge til at fremme sin trivsel og livskvalitet. Jo flere ressourcer, jo større muligheder for at individuelle mål i tilværelsen kan realiseres. I denne evaluering er det kun muligt at opnå syv ressourcer, da der ikke i den første udgave af MoEva er spurgt til bolig. 0 er dårligst og 7 bedst.

Andelen med 0, 1 eller 2 ressourcer i svargruppen er 78% for mænd og 81% for kvinder, hvilket er en større andel end i referencegruppen med hhv. 62% og 77%. Forskellen hos mændene kan delvis forklares med en større andel beskæftigede i referencegruppen. Imidlertid genfindes forskellen, hvis vi alene sammenligner borgere uden for arbejdsmarkedet, men forskellen reduceres for mænd fra 16% til 9%. Det kan tyde på, at det er lykkedes at rekruttere borgere med få ressourcer til L&M.

I denne evaluering, hvor fire femtedel er uden for arbejdsmarkedet, viser ressourceindekset nogle begrænsninger. Tre ressourcer i indekset er direkte knyttet til, om respondenter er i arbejde: 'erhvervsindkomst', 'funktionær/selvstændig', 'lederjob'. Tillige er ressourcen 'årsind-

komst på 250.000 kr. eller mere' ikke et rigtig godt mål for mennesker på pension. Dette indskrænker ressourceindeksets relevans som bredt mål for social position for mennesker, der har nået pensionsalderen. Tidligere analyser har vist, at levekårsressourceindekset er en god indikator på sundhedstilstanden både på befolkningsniveau (48), for mennesker med psykisk sygdom (49) og for etniske minoriteter (50), idet der er vist en klar sammenhæng mellem få ressourcer og dårligt selv vurderet helbred.

Det bør overvejes at videreudvikle indekset, så det mere præcist kan beskrive ressourcer hos ældre mennesker på et kontinuum frem for ved tilknytning til en bestemt gruppe, som fx uddannelsesniveau eller indkomst. Ligesom der også er behov for at give en mere nuanceret forståelse af fordelingen af sundhed i den ældre del af befolkningen.

7.5.4 Social støtte, ensomhed og belastninger

Langt de fleste har hyppig kontakt med familie, de ikke bor sammen med, og med venner og bekendte. Og et flertal har social støtte, det gælder både i svar- og referencegruppen. Andelen, der ofte eller en gang imellem oplever ensomhed, er for kvinder 43% og for mænd 31%. Det er en større andel end i referencegruppen, hvor tallene er hhv. 32% og 24%. I begge grupper oplever kvinder oftere ensomhed, men på trods af kønsforskelle oplever en ikke ubetydelig andel af både mænd og kvinder ensomhed ofte eller en gang imellem. Det er et forhold, som hvis det ikke allerede er et fast punkt på L&M-uddannelsen, bør adresseres, dels for at afklare hvad der gemmer sig bag, dels for at arbejde med mulige handlinger og løsninger.

En større eller mindre andel af både svar- og referencegruppen føler sig belastet af alle de otte belastninger, der spørges til. For alle områder er andelen større i svargruppen, og forskellen er størst for 'egen sygdom', 'arbejde' og 'andre belastninger', som sammen med 'sygdom hos andre' er topscorere med 'egen sygdom' som den højeste i svargruppen (57%). Helt generelt er andelen af kvinder, der føler sig belastet, større end andelen af mænd. De største forskelle i svargruppen ses for 'arbejde', 'sygdom hos andre' og 'andre belastninger'. Det kan undre, at 'arbejde' scorer højt, men der er spurgt til 'inden for de seneste 12 måneder', og det er muligvis en del af forklaringen. En anden mulighed er, at 'arbejde' opfattes som andet og mere end lønnet arbejde og fx omfatter hus- og havearbejde. Andre belastninger rummer bl.a. dødsfald blandt dine nærmeste og bekymringer pga. børn eller børnebørn. Det er belastninger, der måske afspejler typiske kvindelige bekymrings- og ansvarsområder i aldersgruppen.

Vi tillader os at konkludere, at det er lykkedes L&M at rekruttere deltagere, der føler sig mere belastede end referencegruppen af en lang række forhold i livet, og som derfor må forventes at have et større behov for støtte.

EFFEKT OG UDBYTTE

7.5.5 Helbred og funktionsevne

I denne evaluering er SF-12 benyttet som et mål for sundhed ved at beskrive deltagernes egen oplevelse af helbred og fysisk, psykisk og social funktionsevne. Oplysningerne gives ved baseline, hvor der sammenlignes med referencegruppen, og ved 1. og 2. opfølgning for at undersøge effekten af L&M.

I svargruppen oplyser 61% af mændene og 65% af kvinderne ved baseline, at de har et dårligt eller mindre godt helbred. Ser man alene på andelen, der har et dårligt helbred, er den for mænd 14% og for kvinder 12%. Kønsforskellen er ikke signifikant. Sammenlignes med referencegruppen, hvor andelen med et dårligt eller mindre godt helbred er 31% for mænd og 41% for kvinder, har svargruppen markant dårligere helbred. Man kan kun gisne om hvorfor.

L&M-deltagere udfylder spørgeskemaet i en situation, hvor de henvises, fordi de har en sygdom, og hvor flere har været igennem en afklarende samtale, som netop fokuserer på deres situation med en kronisk sygdom, mens referencegruppen udfylder som en del af en befolkningsundersøgelse. Måske er der også flere henvisninger fra egen læge, hvis patienten oplyser om dårligt helbred.

For hele svargruppen er andelen med dårligt eller mindre godt helbred faldet fra 64% til 47%, en andel, som holder sig frem til 2. opfølgning. Faldet er signifikant. Der er altså sket en forbedring af sundhed målt som 'helbred alt i alt'. Samtidigt skal det bemærkes, at andelen fortsat er højere end i referencegruppen (37%). Uanset forklaring kan vi konstatere, at L&M har rekrutteret borgere med dårligt selvrapporteret helbred, som må forventes at have mest brug for støtte, og at de har fået det bedre.

Fysisk funktionsevne og generel helbredstilstand kan både udtrykkes i fire skalaer og en sumscore. Psykisk og social funktionsevne og psykisk helbredstilstand udtrykkes ligeledes i fire skalaer og en sumscore. På alle skalaer scorer svargruppen for både mænd og kvinder lavere end referencegruppen. Alle forskelle er signifikante. Svar- og referencegruppen scorer på alle skalaer under 50, hvilket er gennemsnit for en normalbefolkning. Befolkningen i Region Midtjylland i alderen 25-79 år bruges i denne analyse som referencebefolkning. Fra baseline til 1. og 2. opfølgning ses signifikante positive ændringer for: 'fysisk funktion', 'begrænsninger fysisk', 'fysisk smerte' og 'alment helbred'. For 'psykisk trivsel' og 'psykisk betingede begrænsninger' er der signifikante positive ændringer fra baseline til 1. opfølgning. For 'social funktion' ses signifikante positive ændringer fra baseline til 2. opfølgning.

Ses der på de to sumscorer for fysisk og psykisk helbred (SF-12), er svargruppens gennemsnitscore på 'fysisk helbred' og 'psykisk helbred' hhv. 34 og 46. Da referencegruppens gennemsnitscore tilsvarende er hhv. 42 og 49, er der for 'fysisk helbred' en klinisk og socialt relevant forskel mellem svargruppen og referencegruppen. Ved baseline viser en opdeling på uddannelsesniveau ingen forskel på de to sumscorer.

7.5.6 Sundhedsadfærd

Andelen i svargruppen, der er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen, ændres i positiv retning fra baseline til 1. opfølgning og til 2. opfølgning på '2-3 dage' og '6-7 dage'. Ændringen er signifikant. Der er ligeledes en signifikant stigning på andelen, der dyrker idræt eller regelmæssig motion, fra baseline til 1. opfølgning. Der er således sket en klar forbedring af deltagernes fysiske aktivitetsniveau. Fysisk aktivitet har været en aktivitet på alle diagnosespecifikke hold, men ikke på hold på tværs, men også her genfindes de positive forandringer for fysisk aktiv mere end 30 minutter om dagen, men ikke for idræt og regelmæssig motion.

Der er ikke signifikante ændringer fra baseline og til 1. eller 2. opfølgning, hverken for kostmønster, rygning eller alkoholvaner. Helt generelt har svargruppen bedre sundhedsvaner end referencegruppen, fx er 19% i svargruppen dagligrygere hos både mænd og kvinder. I referencegruppen gælder det 33% af mændene og 25% af kvinderne.

En større andel i svargruppen er fysisk aktive, en mindre andel har et stort alkoholforbrug og rusdrikkeri. Der er også overvejende en større motivation til at ændre sundhedsvaner. 80% i svargruppen ønsker at være mere fysisk aktive mod 60% i referencegruppen. 45% i såvel svar- som referencegruppen ønsker at ændre kostvaner, 80% i svargruppen ønsker at holde op med at ryge mod 70% i referencegruppen. Med alkohol forholder det sig lidt anderledes. Kun 3% i svargruppen ønske at nedsætte forbruget mod 8% i referencegruppen, hvilket kan afspejle det lidt højere forbrug i denne gruppe. Den ringe motivation til at ændre alkoholvaner genfindes i befolkningsundersøgelsen HHDD.

En typisk eller 'gennemsnitsprofil' af en kvindelig og mandlig deltager på L&M kan tegnes således:

Marie

Marie går på KOL-hold eller måske et hold på tværs af diagnoser. Marie er 62 år, hun bor enten sammen med sin mand eller alene og har børn, som er flyttet hjemmefra. Hun er uuddannet eller har en kort videregående uddannelse og er i dag folke- eller førtidspensionist. Marie ryger ikke, spiser forholdsvis sundt, drikker kun lidt og bevæger sig flere gange om ugen. Marie er overvægtig, og hun synes, hun har et dårligt helbred. På trods af god kontakt til familie og venner og god mulighed for at få hjælp føler hun sig ofte ensom. Marie føler sig meget belastet, og det er især hendes egen sygdom, som påvirker hende. Men også andres sygdom og når nogen hun kender dør, belaster hende. Hun bekymrer sig om sine børn og børnebørn. Hun har kun få ressourcer.

Peter

Peter går på KOL-hold. Han er 64 år, bor enten med sin kone eller mindre sandsynligt alene og har børn, som er flyttet hjemmefra. Han er faglært eller har en kort videregående uddannelse og er i dag folke- eller førtidspensionist. Hvis han arbejder, er det som funktionær eller tjene-

stemand. Peter ryger ikke, spiser ikke helt så sundt som Marie, drikker med måde og bevæger sig flere gange om ugen. Peter er overvægtig, og han synes, han har et dårligt helbred. Peter har ikke helt så god kontakt til familie og venner som Marie, og alligevel føler han sig sjældnere ensom. Peter føler sig ligesom Marie belastet, og for ham skyldes det især hans sygdom. Hans arbejde er også stærkt belastende, såfremt han er i arbejde. Han har kun få ressourcer.

7.5.7 At mestre dagligdagen – heiQ™

At mestre dagligdagen måles ved hjælp af et australsk udviklet og valideret spørgeskema, Health education impact questionnaire (heiQ™), til brug i patientuddannelser og interventioner med fokus på mestring, selvmonitorering, egenomsorg og navigation i sundhedsvæsenet (<http://heiq.org.au/index.php/public/about>). HeiQ™ er i den autoriserede oversættelse, som er gennemført af Center for Folkesundhed (nu CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling), Region Midtjylland valideret i forbindelse med et ph.d.-studie, som er forankret på Bispebjerg Hospital¹.

Skemaets 40 spørgsmål er placeret tilfældigt, men indgår i otte forskellige domæner: 'sundhedsrelateret adfærd', 'positivt og aktivt engagement i livet', 'følelsesmæssigt velbefindende', 'selvmonitorering og indsigt', 'konstruktive holdninger og tilgange', 'færdigheder og hjælpemidler', 'social integration og støtte', 'navigering i sundhedsvæsenet'. Der måles ændringer for hvert enkelt domæne. Dels på gruppeeffekt, som kategoriseres som lille, mellem og stor, dels på individuelle reliable ændringer for hver enkelt deltager, som måles i procent af deltagere, hvor der kan registreres ændringer. 360 har besvaret heiQ™ ved baseline, 242 har besvaret ved 1. opfølgning og 120 ved 2. opfølgning. Det er i denne undersøgelse det næststørste antal besvarelser for et modul ved 2. opfølgning.

Der er signifikante forskelle målt på gruppeeffekt mellem baseline og både 1. og 2. opfølgning på fire domæner: 'positivt og aktivt engagement i livet', 'konstruktive holdninger og tilgange', 'færdigheder og hjælpemidler', 'social støtte og integration'. Fra baseline til 1. opfølgning er der tillige signifikante forskelle på yderligere to domæner: 'sundhedsrelateret adfærd', 'selvmonitorering og indsigt'. Der er opnået en lille gruppeeffekt (0,2-0,49) ved både 1. og 2. opfølgning for domænerne 'konstruktive holdninger og tilgange', 'færdigheder og hjælpemidler'. Ved 1. opfølgning er der tillige en lille gruppeeffekt for 'sundhedsrelateret adfærd', som ikke genfindes ved 2. opfølgning. Til gengæld er der ved 2. opfølgning en lille gruppeeffekt for 'positivt og aktivt engagement i livet' og 'social integration og støtte'.

Målt på individuelle reliable ændringer kan der fra baseline til 1. opfølgning ses positive ændringer for alle domæner. De varierer fra 7,8% ved 'selvmonitorering og indsigt' til 20,4% ved 'social integration og støtte', 24,2% ved 'sundhedsrelateret adfærd' og 27,1% ved 'konstruktive holdninger og tilgange'. For alle domæner er andelen af kvinder med positive ændringer større end andelen af mænd, bortset fra 'navigering i sundhedsvæsenet', hvor 23,6% af mæn-

¹ Ph.d.-studerende, cand.scient.san.publ. Ditte Hjort Laursen, Afdeling for Sammenhængende patientforløb. Bispebjerg Hospital, Region Hovedstaden

dene viser positive ændringer. En opdeling på uddannelsesniveau viser ikke signifikante forskelle mellem deltagere med lavt, middel og højt uddannelsesniveau, og der ses heller ikke en entydig tendens.

Fra baseline til 2. opfølgning ses fortsat individuelle reliable ændringer for alle domæner fra 11,6% ved 'selvmonitorering og indsigt' til 20,0% ved 'færdigheder og hjælpemidler', 20,5% ved 'konstruktive holdninger og tilgange' og 23,3% ved 'social integration og støtte'.

Foreløbige resultater fra et ph.d.-projekt omhandlende patienters perspektiver på diabetes-patientuddannelse i Region Hovedstaden – med inklusion af fem kommuner og to diabetes-ambulatorier – viser positive individuelle reliable ændringer fra 18,4% ved 'social integration og støtte' til 31,6% ved 'færdigheder og hjælpemidler', 38,2 ved 'navigering i sundhedsvæsenet' og 40,8% ved 'selvmonitorering og indsigt'. De domæner, hvor der ses størst positiv individuel ændring, er forskellige i de to undersøgelser og afspejler meget sandsynligt det, der lægges vægt på i uddannelserne.

De domæner, hvor der ses den største positive forandring for deltagerne på L&M – både på gruppeeffekt og individuelle reliable ændringer – er 'sundhedsrelateret adfærd', 'positivt og aktivt engagement i livet', 'konstruktive holdninger og tilgange', 'færdigheder og hjælpemidler' og 'social integration og støtte'. De spørgsmål, der indgår i 'sundhedsrelateret adfærd', omhandler alle bevægelse og fysisk aktivitet, hvilket netop er den eneste sundhedsadfærd, hvor der ses positive ændringer for deltagerne på L&M. Spørgsmålene i 'positivt engagement og støtte' koncentrerer sig om at foretage sig interessante ting i livet, gøre noget man godt kan lide, være aktivt involveret og få det bedste ud af livet. 'Konstruktive holdninger og tilgange' handler om at man kan håndtere sine problemer, så de ikke ødelægger og styrer tilværelsen og forhindrer en i at nyde livet. Livet er godt på trods af helbredsproblemer. 'Færdigheder og hjælpemidler' indeholder spørgsmål om, hvorvidt deltageren kan tackle sine helbredsproblemer og ved, hvordan hun kan undgå, at symptomer begrænser livet. Endelig fokuserer 'social integration og støtte' på, om man har familie og venner, man kan tale med og regne med, og som forstår og tager sig af en, når man er syg eller har behov for hjælp. Det vedrører alt sammen i høj grad områder, som knytter sig til det at leve med og håndtere livet med en kronisk sygdom, og i mindre udstrækning den mere konkrete håndtering af selve sygdommen. Hvilket svarer helt til, hvad der er lagt vægt på, og hvad der er det centrale omdrejningspunkt i L&M.

Linda Siminerio som i en amerikansk sammenhæng har arbejdet med patientuddannelse og diabetes gennem mange år skelner mellem patientuddannelse og patientstøtte, hvor patientstøtte foruden sundhed også omfatter bl.a. sociale forhold og familien, og hvor der altid deltager en 'erfaren patient'. I den forståelse og den terminologi kan L&M kategoriseres som patientstøtte, og det er også på disse områder, der ses de største positive udviklinger.

– fortsat udvikling

De første forsøg med brug af heiQ™ i forbindelse med udbytte og effekt af patientuddannelser i Danmark virker lovende, hvilket svarer til australske erfaringer (44;51), men der er behov for at afprøve det i nye sammenhænge, før det kan afgøres, om det kan anbefales som et værdifuldt redskab.

I forbindelse med den første autoriserede oversættelse var der nogle formuleringer, vi ikke fandt helt i overensstemmelse med dansk sprogbrug og forståelse, men det var ikke muligt på det tidspunkt at skabe lydhørhed for vores indvendinger. Ditte Hjorth Laursen har gennemført telefoninterview med de diabetespatienter, der har udfyldt heiQ™. Hun har erfaret, at der var nogle spørgsmål, som flere deltagere oplevede uforståelige og uden mening. Det drejer sig om nogle af de samme spørgsmål, hvor vi havde indvendinger. Vi har efterfølgende undersøgt, om vi kan finde en systematik i ubesvarede spørgsmål, hvilket ikke er tilfældet. Vi har alligevel i samarbejde med Ditte Hjort Laursen besluttet at afprøve skemaet sammen med 11 udvalgte personer, som vi observerer, mens de udfylder, og som vi efterfølgende interviewer. Vi vil sammen udarbejde en version 2 med udgangspunkt i resultaterne fra undersøgelsen. Det sker med tilladelse fra Richard Osborne, som har copyright til heiQ™.

7.5.8 Sense of Coherence – SOC

'En følelse af sammenhæng' (Sense of Coherence) er et samlebegreb for begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Det fokuserer på de psykiske og sociale forhold, som fører til sundhed. Salutogenese har Antonovsky kaldt det som modsætning til patogenese (Antonovsky 1988). Flere af de seks deltagende kommuners sundhedspolitik bygger på denne tankegang og har direkte nævnt Antonovsky i politikken (25).

I L&M måles SOC ved hjælp af tre spørgsmål, et for hver af de tre dimensioner (48;52). Svarene sammenfattes til et indeks med høj, middel eller lav SOC. 73% af svargruppen har ved baseline høj, 15% middel og 12% lav SOC. Ved 1. opfølgning har 95% høj, 5% middel og ingen lav. Dette er også tilfældet ved 2. opfølgning. Der ses altså en markant og signifikant ændring fra baseline. Der er ikke signifikante forskelle mellem deltagere med lavt, middel eller højt uddannelsesniveau.

Lundberg (52) fandt i sin undersøgelse 19% med middel og lav, idet han har benyttet en dikotom skala med den begrundelse, at kun få har lav SOC, og at der ikke er stor forskel på helbredsstatus mellem lav og middel sammenlignet med høj. Undersøgelsen omfattede 4.390 borgere i Sverige fra 15-75 år.

Larsen (48) fandt 81% med høj, 13% med middel og 6% med lav SOC i en undersøgelse med 3.879 borgere mellem 25 og 74 år. Han har desuden anvendt en analysemodel, hvor selv-vurderet helbred er den afhængige variabel, SOC er en af de mellemkommende variable, og

uddannelsesniveau, levekårsressourcer (social position), køn og alder (demografi) er uafhængige variable. Analysen viser, at der er en sammenhæng mellem lav SOC og på den ene side dårligt selv vurderet helbred og på den anden side lavt uddannelsesniveau og få levekårsressourcer (social position). SOC kan i denne analyse forklare en mindre del af forskellen i helbred på de forskellige uddannelsesniveauer: 7,2% for lavt og 7,8% for middel uddannelsesniveau. Høj er reference.

Andelen i svargruppen med høj SOC er ved både 1. og 2. opfølgning højere end andelen i både den danske og svenske befolkningsundersøgelse, hvorimod andelen er mindre ved baseline. Der ses heller ingen sociale forskelle målt ved en uddannelsesparameter. Det er således lykkedes gennem et L&M-forløb at skabe ændringer, så næsten alle deltagere oplever høj SOC, uanset social position.

Samlet konklusion
og anbefalinger

8



Denne samlede konklusion af udviklings- og implementeringsprojektet "Lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske lidelser" bygger på analyser og konklusioner udarbejdet i den kvalitative evaluering, den kvantitative evaluering, evalueringen af kompetencer, organisering og implementering samt hovedrapporten.

Konklusionen er delt op i fire afsnit. Første afsnit omhandler det færdige produkt eller endeligt koncept for Lærings- og mestringsuddannelser. Andet afsnit sætter fokus på, hvad det kræver at gennemfører Lærings- og mestringsuddannelser ud fra det opstillede koncept. Tredje afsnit omhandler resultaterne af deltagelse i patientuddannelsesforløbet. I fjerde og sidste afsnit er der opstillet en række anbefalinger på baggrund af projektet.

8.1 Lærings- og mestringskonceptet

"Lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske lidelser" har været et udviklings- og implementeringsprojekt forankret i den vestlige del af Region Midtjylland. Nærmere bestemt i kommunerne Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer samt i Hospitalsenheden Vest. Projektet har bestået af udviklingen af et kompetenceudviklingsforløb for sundhedsprofessionelle og erfarne patienter og udviklingen af et koncept for et patientuddannelsesforløb.

Der er tale om et udviklingsprojekt, som er forankret i en værdibaseret tilgang og bestemte sundhedspædagogiske principper, hvor brugerinddragelse, erfaringsudveksling og lokal tilpasning er centrale omdrejningspunkter. Indholdet i såvel kompetenceudviklingsforløbet som i patientuddannelsen er derfor løbende udviklet undervejs i projektet. Alle deltagende parter er regulært involveret i projektet under hele forløbet.

Kompetenceudviklingsforløb

Kompetenceudviklingsforløbet strækker sig over fire moduler af to dage. De første to moduler er alene tilrettelagt for sundhedsprofessionelle og indeholder undervisning i sundhedspædagogik med fokus på samtale, mestring og læreprocesser. På de to sidste moduler deltager de erfarne patienter og her er fokus på rollefordeling, ligeværdigt samarbejde og brug af fortællinger i undervisningen.

Brugen af fortællinger er et element, der har udviklet sig under projektet, og som har fået en meget væsentlig betydning for udmøntningen af samarbejdet mellem den erfarne patient og den sundhedsprofessionelle omkring patientuddannelsesforløbet.

Under afviklingen af kompetenceudviklingsforløbene er der opstået et behov for en klar og tydelig beskrivelse af ansvarsfordelingen mellem den erfarne patient og den sundhedsprofessionelle. Dette har resulteret i udarbejdelsen af følgende præcisering af ansvarsfordelingen mellem de to parter. Følgende anvendes nu i undervisningen:

Den sundhedsprofessionelles ansvar:

- Sikre at den sundhedspædagogiske idé følges
- Sikre deltagerinvolvering
- Sikre fokus på ressourcer
- Sikre og styrke handlekraft
- Bidrage med faglig viden
- Sikre en god pædagogisk proces.

Den erfarne patients ansvar:

- Bidrage med erfaringer fra livet med kronisk sygdom
- Medvirke til at skabe åbenhed og tillid hos deltagerne.

Patientuddannelsesforløbet

Der er gennem projektet arbejdet med indholdet i patientuddannelsesforløbet og med en afklaring af, hvad der skal til for at kunne kalde et patientuddannelsesforløb for et L&M-forløb. Nedenstående centrale elementer skal være opfyldt for at leve op til L&M-konceptet:

- Undervisningen varetages af en erfaren patient og en sundhedsprofessionel, der begge har gennemført "Kompetenceudviklingsforløb for fagpersoner og erfarne patienter"
- Planlægning, gennemførelse og evaluering¹ af uddannelsesforløbet skal ske i et ligeværdigt samarbejde mellem en erfaren patient og en sundhedsprofessionel
- Der anvendes sundhedspædagogiske læringsprincipper, der fremmer deltagerinvolvering og mestring
- Der afholdes individuelle indledende og opfølgende samtaler ud fra metoden "Den afklarende samtale" for at styrke deltagerens klarhed over egne behov
- Der afholdes en fælles gruppesamtale på første uddannelsesdag for at tilpasse uddannelsens indhold til deltagerens aktuelle behov
- Mestring af livet med kronisk sygdom er et gennemgående tema.

I den kvalitative evaluering fremhæves det, at der er skabt et patientuddannelses tilbud, hvor der er plads til det, der optager deltagerne mest. Evalueringen peger på, at for mennesker med en kronisk lidelse er det især vigtigt, at sundhedsvæsenet forholder sig til tre temaer, som alle relaterer sig til det at leve med en kronisk sygdom:

- *Det her er jo en skyggesygdom* – om omverdenens manglende forståelse
- *Jeg er sukkernarkoman* – om selvbebrejdelser og selverkendelse
- *Hvem svigter jeg – dem eller mig?* – om at balancere sociale relationer.

I patientuddannelsesforløbene har disse temaer samme vægtning og betydning som de mere traditionelle sundhedsbudskaber om kost, rygning, motion og alkohol. Vigtigheden af ovenstående temaer stemmer godt over ens med de baggrundsoplysninger, der er på deltagerne, der viser, at specielt kvinderne føler sig ensomme på trods af, at de har kontakt til familie næsten dagligt.

¹ Evaluering betyder i denne sammenhæng – drøftelse af den enkelte undervisningsgang/kursusforløb med henblik på kvalitetssikring og udvikling.

Håndbog

På baggrund af projektet udarbejdes der en håndbog med beskrivelse af konceptet, en gennemgang af modeller og teorier, samt konkret vejledning i, hvordan man kan gribe de forskellige elementer i uddannelsen an (26).

Deltagere

Langt de fleste deltagere har hyppig kontakt med familie, de ikke bor sammen med, og med venner og bekendte, og et flertal har ligeledes social støtte. Alligevel oplever mange ofte eller en gang imellem at føle sig ensomme. Andelen er for kvinder 43% og for mænd 31%. En af forklaringerne kan være, at mennesker med kronisk sygdom ikke oplever, at omverden forstår eller anerkender deres sygdom, som ikke altid er synlig – en skyggesygdom, og at de derfor føler sig ensomme eller ligefrem i mange situationer undgår samvær. En anden forklaring kan være, at de ikke ønsker at belaste deres nærmeste og dele deres bekymringer og derfor føler sig meget alene med deres kroniske sygdom.

I L&M deltager lidt flere kvinder end mænd sammenlignet med referencegruppen – især på hold på tværs. På KOL hold er kønsfordeling næsten identisk med fordelingen i referencegruppen. Deltagernes uddannelsesniveau er lidt højere, de har lidt færre ressourcer og flere belastninger sammenlignet med referencegruppen. Det har således vist sig muligt at rekruttere både mænd og kvinder, som har få ressourcer og er belastede til L&M-uddannelserne.

8.2 Hvad er der på spil – det særlige

L&M bygger på et sundhedsfremmende sundhedsbegreb og en grundlæggende forståelse af mennesker som kompetente i eget liv. L&M har fokus på deltagernes mulighed for at kunne mestre eget liv og egen livssituation, muligheden for at øge livskvaliteten og kunne deltage mere aktivt i samfundslivet.

Læring ses som et fundamentalt socialt fænomen, som baserer sig både på viden og på erfaring. I L&M-uddannelserne kommer dette til udtryk gennem et ligeværdigt samarbejde mellem en sundhedsprofessionel med faglig viden og en erfaren patient med erfaringsviden.

L&M har været en udfordring for de deltagende sundhedsprofessionelle. De har skullet finde en ny måde at praktisere deres sundhedsfaglige viden på. Gennem L&M-projektet har de sundhedsprofessionelle først 'aflært' deres hidtidige praksis for derefter at uddanne sig og træne i at anvende praksisnære pædagogiske redskaber og en ny tilgang til deres rolle overfor mennesker med kroniske lidelser.

En af de væsentligste konklusioner er, at der skal tre til L&M for at konceptet skal give mening som sundhedspædagogisk metode - deltagere, erfarne patienter og sundhedsprofessionelle. L&M er derfor kompleks og i den konkrete undervisningssituation er samspelet mellem de tre parter af

afgørende betydning for deltagernes udbytte. Den erfarne patient og den sundhedsprofessionelle skal være i stand til sammen at åbne op for deltagernes behov for læring og tilpasse deres undervisning. Det kræver stor fleksibilitet af både den erfarne patient og den sundhedsprofessionelle, og de skal være i stand til at afvige fra den plan, de sammen har lagt for undervisningen.

At arbejde ud fra L&M's sundhedspædagogiske metode er en udfordring for både den sundhedsprofessionelle og den erfarne patient og forudsætter særlige kompetencer. Den sundhedsprofessionelle skal kunne anvende samtaleprincipperne fra den afklarende samtale ind i undervisningen for at sætte gang i deltagernes udviklingsproces. Kompetenceprofilen (tabel 2, side 65) giver et samlet billede af, hvilke kompetencer den sundhedsprofessionelle skal være i besiddelse af.

De erfarne patienters kompetencer centrerer sig om at kunne bidrage med fortællinger og erfaringer fra livet med kronisk sygdom og kunne formidle fortællingerne, så de lægger op til at deltagerne bringer egne erfaringer ind i undervisningen. Deltagerne skal reflektere over egen situation med henblik på at tage skridt frem mod en øget mestring.

8.3 Hvad har Lærings- og mestringsprojektet givet af resultater

L&M er en ny måde at tænke viden, erfaringer, organisation og inddragelse på. Læring finder sted i praksisfællesskabet mellem deltageren, den erfarne patient og den sundhedsprofessionelle og bygger på deltagernes behov, interesser og opmærksomhedspunkter i livet med en kronisk sygdom, erfaringsbaseret viden og sundhedsprofessionel viden.

L&M er et bud på et patientuddannelsesforløb, som tager udgangspunkt i helt centrale hverdags erfaringer, og som forsøger at gøre dem forståelige, håndterbare og meningsfulde i både den enkeltes og i gruppens sammenhæng.

Anerkendelse af patienterfaringer, som er en af byggestenene i L&M-uddannelsen, giver deltagerne en tro på egne ressourcer og større selvværd.

Hele uddannelseskonceptet har en sundhedsfremmeforståelse og tilgang til arbejdet med mennesker med kroniske sygdomme, som er stærkt inspireret af Antonovskys Sence of Coherence. Samtidigt er det et bærende element i et flertal af de deltagende kommuners arbejdsgrundlag, og det er skrevet ind i deres sundhedspolitikker.

Dette understøttes i den kvantitative evaluering, som har undersøgt udviklingen af Antonovskys Sence of Coherence (SOC), som netop indeholder elementerne forståelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Ved L&M-forløbets start vurderer 73% af deltagerne, at deres SOC er høj, 14% at deres SOC er middel og 12% at deres SOC er lav. Efter både 6 og 12 måneder er det 97%, der vurderer deres SOC som høj og 3% som middel.

Deltagelse i L&M støtter mennesker i at finde og aktivere deres ressourcer, styrke deres selvværd og understøtte deres tro på, at det nok skal lykkes at praktisere øget livskvalitet. På den måde tilbyder L&M rammer og vilkår for bedre mental sundhed, forstået som trivsel, mulighed for udfoldelse af evner, håndtering af dagligdagens udfordringer samt at indgå i menneskelige fællesskaber. Ved de opfølgende samtaler afholdt efter endt uddannelsesforløb giver deltagerne udtryk for øget mestring og øget livskvalitet. For de fleste bliver sundhedsbudskaberne lettere at håndtere og finde mening i, når de bliver involveret, anerkendt og motiveret.

Den kvantitative evaluering har også undersøgt mestring af dagligdagen gennem otte forskellige domæner, som på hver deres måde beskriver forskellige elementer af det at kunne mestre livet med en kronisk sygdom. Generelt ses der en forbedring på alle områder, men de domæner, hvor der ses den største positive forandring for deltagerne på L&M er 'sundhedsrelateret adfærd', 'positivt og aktivt engagement i livet', 'konstruktive holdninger og tilgange', 'færdigheder og hjælpemidler' og 'social integration og støtte'. Det vedrører alt sammen i høj grad områder, som knytter sig til det at leve med og håndtere livet med en kronisk sygdom, og i mindre udstrækning den mere konkrete håndtering af selve sygdommen. Hvilket svarer helt til, hvad der er lagt vægt på, og hvad der er det centrale omdrejningspunkt i L&M.

Der er også effekt på helbred og i mindre omfang på ændring af sundhedsadfærd. Deltagernes selvvalgte helbred målt som "Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?" bliver markant bedre efter et L&M-forløb. Andelen der svarer, at de har et dårligt helbred er ved starten af forløbet 64%, hvilket falder til 47% seks måneder efter endt L&M-forløb og fortsat er 47% tolv måneder efter.

Andelen i svargruppen, der er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen, ændres i positiv retning fra baseline til 1. opfølgning og til 2. opfølgning på '2-3 dage' og '6-7 dage'. Der er ligeledes en stigning af andelen, der dyrker idræt eller regelmæssig motion, fra baseline til 1. opfølgning. Der er således sket en klar forbedring af deltagernes fysiske aktivitetsniveau. Fysisk aktivitet har været en aktivitet på alle diagnosespecifikke hold, men ikke på hold på tværs, men også her genfindes de positive forandringer for fysisk aktiv mere end 30 minutter om dagen, men ikke for idræt og regelmæssig motion. En tilsvarende forbedring af sundhedsadfærd kan ikke genfindes for rygning, kostmønster eller alkoholvaner. Disse områder har været emner på uddannelsen, men der har ikke i samme omfang som ved fysisk aktivitet og motion været specielle træningsaktiviteter knyttet til.

Motivationen for at ændre vaner er høj, dog undtaget alkoholvaner. Hvis motivationen kobles med deltagernes tro på egne ressourcer og større selvværd og deres udbytte at være fysisk aktive i et socialt fællesskab, som det er dokumenteret i den kvalitative evaluering, kan det være et godt afsæt for at gå mere målrettet ind i et samarbejde om ændring af sundhedsadfærd.

L&M er et godt bidrag til en fortsat bevægelse i retning af et mere menneskeliggjort sundhedsvæsen, hvor menneskers egen erfaringer og fortællinger herom bliver omdrejningspunkt for et fremadrettet og livsbekræftende samarbejde om den store udfordring, livet med en kronisk sygdom er både for de sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet og for de enkelte mennesker i deres hverdagsliv.

8.4 Anbefalinger

At arbejde med Lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske sygdomme er komplekst og forudsætter et samspil mellem tre; den erfarne patient, den sundhedsprofessionelle og deltageren i uddannelsen. Målet er at skabe den rigtige ramme om uddannelsen, så deltageren styrker sine muligheder for at acceptere og leve godt med sin kroniske sygdom herunder også et meningsfuldt hverdagsliv.

Følgende anbefalinger fremhæves som væsentlige:

At den sundhedsprofessionelle:

- har en bred sundhedsfaglig viden inden for området
- har de nødvendige sundhedspædagogiske kompetencer
 - o mestre dialogen
 - o indgå i og skabe sociale sammenhænge
 - o skabe gode lærerprocesser
 - o styre gruppeprocesser
- kan indgå i et samspil med den erfarne patient om brug af fortællinger i undervisningen.

At den erfarne patient:

- har accepteret livet med sin kroniske sygdom
- kan fortælle nuanceret om sine erfaringer
- inddrages i den konkrete planlægning, gennemførelse og evaluering af uddannelsesforløbet og de enkelte undervisningsgange.

At deltageren:

- har en individuel afklarende samtale med en sundhedsprofessionel forud for et L&M-forløb
- afslutter et L&M-forløb med en opfølgende samtale med en sundhedsprofessionel. I samtalen undersøges, om deltageren har behov for og ønsker at ændre sundhedsvaner, og hvad der skal til.

At det er nødvendigt med en formaliseret uddannelse af såvel sundhedsprofessionelle som erfarne patienter. De skal sammen deltage på et fælles uddannelsesforløb.

At L&M i kommunen forankres i en organisatorisk enhed, hvor der arbejdes med sundhedsfremme og forebyggelse fx et sundhedscenter.

At styrke L&M i hospitalsregi som en vej til at øge patienternes kompetencer, så de bliver mere aktive i egen behandling. Lærings- og mestringsprojektet i Hjerterehabiliteringen i Hospitalsenheden Vest er en god platform for at arbejde videre med konceptets udviklingsmuligheder i hospitalsregi.

At der er ledelsesmæssig forståelse for L&M og opbakning til en fortsat udvikling gennem etablering af et internt fagligt udviklingsmiljø og mulighed for supervision, mentorordninger mm.

At der fortsat på tværs af kommuner og hospital er mulighed for ekstern uddannelse af sundhedsprofessionelle og erfarne patienter og deltagelse i temadage og netværk.

At der fortsat er behov for dokumentation og for at udvikle og afprøve forskellige kvalitative og kvantitative evalueringsmetoder til undersøgelse af forskellige deltageres udbytte og effekt, forskellige sundhedspædagogiske metoder og forskellige organiseringer.

At der fortsat er behov for at undersøge, hvilke borgere der særligt har udbytte af at deltage i en L&M-uddannelse.

At udvikle MoEva så det fortsat opfylder kravet om validerede spørgsmål, der kan give viden om effekt, samtidigt med at det skal tilpasses en lokal praksis herunder respektere det lokale ressourceforbrug. MoEva har vist sig som et nyttigt evalueringsredskab til beskrivelse af deltagernes profil og deltagernes udbytte af L&M-uddannelsen. Uanset en fremtidig udformning skal den lokale indsamling af data systematiseres og registreringspraksis ensartes. Den regionale pædagogiske introduktion til og uddannelse i brug af værktøjet skal styrkes, og en systematisk opfølgning skal sikre kvaliteten.

9 Referencer

- (1) Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode patientforløb. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for planlægning, 2005.
- (2) Timmreck TC. Dictionary of Health Services management, 2nd ed. Owing Mills: National Health Pub., 1987.
- (3) Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2007.
- (4) Larsen FB, Ankersen PV, Poulsen S. Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Voksne. Aarhus: Center for Folkesundhed, 2011.
- (5) Larsen FB, Nordvig L. Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner. Aarhus: Center for Folkesundhed, 2006.
- (6) Maunsbach ME. Patientundervisning og patientskoler - idégrundlag og praksis. Ugeskr Læger 2002;164(45):5269-73.
- (7) Sundhedsstyrelsen. Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning - en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter. København: Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden, 2005.
- (8) Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
- (9) Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, 2009.
- (10) Patienten med kronisk sygdom - selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idékatalog. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
- (11) Sundhedsloven. Lov nr. 546 af 24. juni 2005. København, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005.
- (12) Mølsted S, Tribler J, Snorgaard O. Effekten af gruppebaseret uddannelse af patienter med type 2-diabetes. Ugeskr Læger 2007;169:3479-80.
- (13) Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - Generisk model og Forløbsprogram for diabetes. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
- (14) Kronisk sygdom - Vision og strategi for en bedre indsats. Viborg: Region Midtjylland, 2007.
- (15) Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Viborg: Region Midtjylland, Forløbsprogramgruppen for KOL, 2009.
- (16) Etablering af Lærings- og mestringskonceptet. Viborg: Region Midtjylland, 2007.
- (17) Center for Folkesundhed. Lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske lidelser. www.mestring.dk (5. januar 2011).
- (18) Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, BEK nr. 414 af 05/05/2006. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006.
- (19) Ringkøbing Amt og kommunerne i Ringkøbing Amt. Sundhedsplanlægning 2002-2005. Livet med kronisk sygdom. Ringkøbing, Ringkøbing Amt, 2005.
- (20) Hinrichsen EK. Hold liv i lysten - og lyst i livet. In: Kissow A, Therkildsen B, eds. Kroppen som deltager - idræt og bevægelse i rehabiliteringen. Roskilde: Handicapidrættens Videnscenter, 2006.
- (21) Vedsted P, Olsen PR. Evaluering af Livsstilscaféer og andre forebyggelsestilbud i Ringkøbing Amt. Delrapport II: Afklarende samtaler hos Livsstilscaféerne. Ringkøbing: Sundhedsfremmeafdelingen, Ringkøbing Amt, 2004.
- (22) Steihaug S, Hatting T. Evaluering av Nationalt kompetansesenter for læring og mestring ved kroniske sygdomme (Sintef-rapport A6). Oslo: Nationalt kompetansesenter for læring og mestring, 2006.
- (23) Wittrup I. Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser - kvalitativ evaluering. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2011.
- (24) Vinther-Jensen K. Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser - kvantitativ evaluering. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2012.
- (25) Knudsen BT. Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser - evaluering af kompetencer, organisering og implementering. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2012.
- (26) Hinrichsen EK, Knudsen BT, Nørgård D. Håndbog i Læring og mestring. Region Midtjylland, 2012 (igangværende arbejde).
- (27) Ottawa Charter om sundhedsfremme. København: Komiteen for Sundhedsoplysning, 1988.
- (28) Antonovsky A. Helbredets mysterium - at tåle stress og forblive rask. København: Hans Reitzels Forlag, 2000.
- (29) Jensen TK, Johnsen TJ. Sundhedsfremme i teori og praksis. Aarhus: Philosophia, 2006.
- (30) Hopen L, Vifladdt EH. Helsepedagogik - samhandling om læring og mestring. Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sygdom, 2004.
- (31) Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P. Medicinsk sociologi: samfund, sundhed og sygdom. København: Munksgaard Danmark, 2005.
- (32) Schnack K. Handlekompetence. In: Bisgaard JN, Rasmussen J, eds. Pædagogiske teorier. Værløse: Billesø & Baltzer, 2005.
- (33) Illeris K. Læring. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag, 2006.

-
- (34) Hiim H, Hippe E. Læring gennem oplevelse, forståelse og handling. En studiebog i didaktik. København: Gyldendal, 2007.
- (35) Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior. New York: The Guilford Press, 1991.
- (36) Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005; 55(513):305-12.
- (37) Tomm K. Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions? *Fam Process* 1988; 27:1-15.
- (38) Dalsgaard C, Meisner T, Voetmann K, eds. Forvandling: værdsættende samtale i teori og praksis. København: Dansk Psykologisk Forlag, 2002.
- (39) Hinrichsen EK, Knudsen BT. Håndbog. Afklarende samtaler. www.mestring.dk (6. maj 2012).
- (40) Hinrichsen EK, Knudsen BT. Håndbog. Planlægning og gennemførelse af undervisning. www.mestring.dk (6. maj 2012).
- (41) Jørgensen PS. Hvad er kompetence? - Og hvorfor er det nødvendigt med et nyt begreb? *Uddannelse* 1999; 9:4-13.
- (42) Ingold T. *The Perception of the Environment: Essays in livelihood, dwelling and skill*. London: Routledge, 2000.
- (43) Larsen FB. Hvad ved vi om sociale netværk og sundhed. *Liv* 2004(3):4-14.
- (44) Nolte S, Elsworth GR, Sinclair AJ, Osborne RH. The extent and breadth of benefits from participating in chronic disease self-management courses: A national patient-reported outcomes survey. *Patient Educ Couns* 2007; 65(3):351-60. Epub 2006 Oct 5.
- (45) Osborne RH, Elsworth GR, Whitfield K. The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Educ Couns* 2007; 66(2):192-201. Epub 2007 Feb 22.
- (46) Nielsen AJ. *Travelling technologies and transformations in health care*. København: Copenhagen Business School, 2010.
- (47) Marthedal AB, Johansen KS, Nielsen A, Hansen AR, Jensen MB. *Lær at leve med kronisk sygdom. Evaluering af udbytte, selvvurderet effekt og rekruttering*. København: DSI, Dansk Sundhedsinstitut, 2011.
- (48) Larsen FB. *Hvordan har du det? Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed*. Rapport nr. 2. Aarhus: Århus Amt, 2003.
- (49) Vinther-Jensen K, Larsen FB, Lou S. Patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse - et nationalt bidrag. In: Jørgensen P, Nordentoft M, Videbech P, eds. *Forebyggelse af psykiske sygdomme*. København: Munksgaard Danmark, 2010.
- (50) Jakobsen IH. *Sundhed blandt etniske minoriteter i Danmark - en kvantitativ analyse med fokus på socioøkonomisk og social position*. Speciale. Aarhus: Aarhus Universitet, Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse, 2010.
- (51) Elsworth GR. *Warrejo Community Health - heiQ Results*. (Ikke publiceret udkast til beretning, 11/04/2011).
- (52) Lundberg O. Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: exploring their theoretical and empirical relations. *Soc Sci Med* 1997; 44(6):821-31.
-

Bilag 1. Projektgruppernes opgaver og medlemmer



Bilag 1.

Styregruppen for Lærings- og mestringskonceptet

Styregruppens opgaver:

- At sikre at projektet er i overensstemmelse med lokale mål og strategier og at lokale mål og strategier er i overensstemmelse med projektet
- At sikre sammenhæng mellem pilotprojektet og andre udviklingsarbejder i kommuner og regionen
- At vurdere faktorer af væsentlig betydning for projektets proces og resultat
- At tage stilling til konsekvenser af projektet
- At medvirke ved gennemførelse af ændringer, der er en konsekvens af projektet
- At pilotprojektet holder sig indenfor de vedtagne økonomiske rammer
- Sikre ledelsesmæssig involvering og inddragelse i arbejdet
- Sikre et højt informationsniveau

Medlemmer:

Vivi Altenburg (til foråret 2011), afdelingsleder, Herning Kommune
Ellen Greve, sundhedschef, Holstebro Kommune
Aase Nielsen, afdelingsleder, Struer Kommune
Dorthe Jepsen, ældrechef, Ikast-Brande Kommune
Ulla Svendsen, sundhedscenterleder, Ringkøbing-Skjern Kommune
Grete Bækgaard Thomsen, sundhedschef, Lemvig Kommune
Ulla Rasmussen, specialkonsulent, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland
Ida Gøtke, chefsygeplejerske, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland
Gurli Hansen, kontorchef (til efteråret 2009), Primær Sundhed, Region Midtjylland
Jørgen Ulrik Jensen, Patientinformation, PI-Vest, Herning
Birgitte Holm Andersen (til foråret 2009), kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde
Birgitte Haahr (fra foråret 2009) kontorchef, Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland
Anne Ramsgaard (fra foråret 2011), afdelingsleder, Herning Kommune

Arbejdsgruppen for Lærings- og mestringskonceptet

Arbejdsgruppens opgaver:

- At medvirke til at projektet gennemføres ud fra projektets rammer og formål
- At sikre en ensartet men lokal præget udviklingsproces
- At sikre en koordinering af lærings- og mestringsaktiviteterne på tværs af sektorer og kommuner
- Er ansvarlig for koordinering i relation til øvrige aktiviteter på området
- At sikre at princippet med ligeværdighed mellem erfarne patienters bidrag og fagpersoners bidrag følges
- At medvirke i udviklingen lærings- og mestringsforløbene
- At medvirke i dokumentation og evaluering af projektet
- At sikre et højt informationsniveau om projektet på lokalt plan
- Er ansvarlige for informationsstrategien
- At medvirke til, at hjemmesiden er opdateret med information om, hvad der sker lokalt

Medlemmer:

Rikke Gormsen (til foråret 2009), sundhedsfremmekonsulent, Herning Kommune

Inga Bøge, sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulent, Holstebro Kommune

Susanne Rystok, sundhedskonsulent, Ringkøbing-Skjern Kommune

Henriette Fischer, sundhedskonsulent, Struer Kommune

Margit Andersen, udviklingskonsulent, Ikast-Brande Kommune

Pia Møller, sundhedsfremme- og forebyggelseskoordinator, Lemvig Kommune

Henny Færge, afdelingssygeplejerske, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland

Deidre Maguire Toft (til foråret 2008), ledende terapeut, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland

Ulla Rasmussen, specialkonsulent, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland

Bente Vig, afdelingssygeplejerske, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland

Birgit Møller (fra foråret 2008) ledende terapeut, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland

Eva Klose Jensen (til efteråret 2011) ledende terapeut, Herning Kommune

Louise Theilgaard Nikolajsen (fra efteråret 2011), sundhedskonsulent, Herning Kommune

Eva Spelling, diabetespatient

Helle Nykjær, hjertepatient

Karen Jepsen, praktiserende læge, Herning

Ole Klitgaard, praktiserende læge, Klovborg

Else Hjortbak, kvalitetskonsulent, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland

Kristine Lindeneg Drejøl, fuldmægtig, Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland

Inge Wittrup, programleder, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Lærings- og mestringsuddannelsen er patientuddannelse på deltagernes præmisser, hvor erfarne patienter sammen med sundhedsprofessionelle underviser "nye" patienter med kroniske sygdomme.

Med i udviklingen af Lærings- og mestringsuddannelserne har været følgende seks kommuner: Holstebro, Herning, Ringkøbing-Skjern, Lemvig, Struer og Ikast-Brande i den vestlige del af Region Midtjylland i et samarbejde med Hospitalsenheden Vest og Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland.

Lærings- og mestringsuddannelsen styrker menneskers selvværd og fremmer deres tro på, at de selv kan skabe forandringer i hverdagen. De erfarne patienters input spiller en central rolle, fordi de hjælper med til at få sat ord på nogle af de svære emner, som fylder meget hos mennesker med kronisk sygdom, fx selvbebrejdelser og den manglende forståelse fra omverdenen.

Samarbejdet med de erfarne patienter flytter grænser hos de sundhedsprofessionelle, som bliver bedre til at tage udgangspunkt i deltagernes ressourcer og se dem som hele mennesker.

Samtidig er de erfarne patienter med deres åbenhed om personlige oplevelser med kronisk sygdom med til at lukke op for nye patienters fortællinger. Netop samspillet mellem deres erfaringsbaserede viden og de sundhedsprofessionelles viden hjælper de enkelte deltagere til at mestre deres hverdagsliv med en kronisk sygdom på en mere tilfredsstillende måde.

I Lærings- og mestringsuddannelserne arbejdes der med bestemte sundhedspædagogiske principper med høj grad af deltagerinvolvering, erfaringsudveksling lokal tilpasning kombineret med den nødvendige sundhedsfaglige viden.