Term
Bokmål: helsepedagogikk
Nynorsk: helsepedagogikk

Forklaring
Begrepet helsepedagogikk forstås av flere som det å anvende pedagogiske prinsipper og verktøy for å fremme læring, mestring og helse hos brukere og pasienter som har helseutfordringer og deres pårørende.

Referanser
Helse Vest RHF (2015), Helse Sør-Øst RHF (2013), Helse Nord RHF (2013), Helse Midt-Norge RHF (2012), Grabowski m.fl (2010)

Merknad
Hvordan helsepedagogikk defineres er ofte knyttet til hvordan begrepene helse og pedagogikk forstås hver for seg og i sammenheng med fagtradisjon og yrkesområde. Begrepet kom opprinnelig fra sykepleiefaget (Christiansen 2013; Tveiten 2001). Da det første lærings- og mestringssenteret ble etablert ved Aker sykehus i 1997, ble det tatt i bruk også innen fagområdet læring og mestring innen helse (Hopen, 1999).

Med utgangspunkt i fagområdet læring og mestring, forstår Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) helsepedagogikk som bruk av pedagogiske virkemidler for å bidra til at personer som har langvarige helseutfordringer og deres pårørende kan få økt kunnskap om egen situasjon og bli styrket i mestring av det å leve med slike utfordringer. Denne forståelsen av helsepedagogikk er basert på et bredt og positivt helsebegrep hvor helse ses på som en ressurs og en evne til å mestre hverdagens krav, og ikke utelukkende som fravær av sykdom og gode levevaner (Langeland 2012; Jensen 2009 Hjort 1995; WHO 1986). Dette helsebegrepet relateres til en deltaker- og handlingsorientert pedagogikk. NK LMH forstår pedagogikk som formidling, undervisning og veiledning som skaper interesse og motivasjon, og som legger til rette for at deltakere, i samarbeid med fagpersoner, kan utvikle ny kunnskap og handlingskompetanse (Jensen 2009; Wistoft 2009; Ekeland & Heggen 2009).

Innen fagområdet læring og mestring anses det likeverdige samarbeidet mellom fagpersoner og brukerrepresentanter i planlegging, gjennomføring og evaluering av gruppebaserte lærings-og mestringstilbud som et sentralt pedagogisk virkemiddel.

Utdypning
Formidling av helseinformasjon mellom helsepersonell og pasient har tradisjonelt lagt vekt på at fagpersoner formidler kunnskaper om effekten av ulike helsemessige forhold til pasienter, brukere og pårørende (Grabowski m.fl 2010; Scherman & Friberg 2009).

Denne forståelsen av helsepedagogikk handler om å overtale eller påvirke individer til å tilpasse seg en bestemt atferd som fører til forebygging av sykdom og til å bruke medisinske ytelser på en hensiktsmessig måte (Tones 2009).

Det finnes omfattende litteratur om pasienters etterlevelse (på engelsk «compliance») som undersøker i hvilken grad pasienters atferd følger medisinske eller helsefaglige råd om å ta medisin, følge dietter eller å gjøre endringer i egen livsstil (Steihaug 2003; Haynes m.fl 1979). Legenes hovedstrategi for å forbedre pasienters etterlevelse har, enkelt sagt, vært pasientopplæring og forbedring av lege-pasientkommunikasjon. Mye av litteraturen om etterlevelse baserer seg på en kvantitativ oppfatning av kunnskap (Säljö 2009), det vil si en oppfatning om at mer og bedre medisinsk informasjon om sykdommen gir pasienten mer kunnskap og fører til bedre etterlevelse. Pasientatferd defineres her hovedsakelig ut fra fagpersoners forventninger og tar lite hensyn til pasienters egne kunnskaper og erfaringer. Selv om litteraturen i senere tid har lagt vekt på viktigheten av likeverdig samhandling, forstås møtet mellom helsepersonell og pasient primært som en klinisk behandlingssituasjon (Steihaug 2003).

Fra behandlingssituasjon til læringssituasjon

Slik NK LMH ser det, krever det å lære å leve med langvarig sykdom en annen forståelse av helsepedagogikk og en annen helsepedagogisk tilnærming. Møtet mellom helsepersonell og bruker, pasient eller pårørende må betraktes som en læringssituasjon som kan fremme helse. Møtet kan ikke bare forstås innenfor en medisinsk behandlingsmodell hvor pedagogiske virkemidler kun skal påvirke pasienter, brukere og pårørende (Ekeland og Heggen 2009). Det må også ses på som en læringssituasjon som kan bidra til at pasienter, brukere og pårørende deltar aktivt i egen læring og dermed tilegner seg kunnskap som bidrar til mestring (Tveiten 2015). En slik helsepedagogisk tilnærming til og forståelse av møtet krever kunnskap om hvordan man lærer (Scherman & Friberg 2009).

Framveksten av denne sistnevnte helsepedagogiske tilnærmingen må ses i lys av store endringer i helsesektoren og i forståelsen av helse, læring og deltakelse, en endring som har blitt beskrevet som et helsepedagogisk paradigmeskifte (Jensen 1997; Wistoft 2009). Dette skiftet innebærer en dreining fra å fokusere på helseopplysning, atferdsendring og etterlevelse, til å innta et mer demokratisk perspektiv som legger økt vekt på pasienters deltakelse, ressurser og medvirkning i helsetjenesten (Tones 2009; Wistoft 2009) og på økt kontroll over egen helse (WHO 1986). Innen helsefremmende arbeid og i norsk lovgivning er medvirkning og synet på brukeren som ekspert på seg selv sentrale prinsipper (WHO 1986; Syse 2004; Tveiten 2007). Demokratitanken og denne helsepedagogiske tilnærmingen har slik sett noen overordnede felles mål, nemlig å utvikle aktive, handlekraftige og ansvarlige samfunnsborgere (Gabrielsen 1997).

Helsepedagogikkens målsetning endres altså fra å handle om overtalelse til handle om å gi individer kompetanse til å ta egne beslutninger. Begrepet egenkraftmobilisering eller

empowerment, som er et kjernebegrep for folkehelse og helsefremmende arbeid, blir som følge også gjeldende for denne nye helsepedagogiske tilnærmingen. WHO (1998) definerer empowerment *«som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse»* (Tveiten 2007: 24).

Endringen i den helsepedagogiske forståelsen baserer seg videre på et kvalitativt og ikke et kvantitativt kunnskapssyn. Tilnærmingen innen det som på engelsk betegnes som «patient education» og lærings- og mestringstilbud handler ikke om å gi mest mulig helseinformasjon, men om å bidra til at pasienter, brukere og pårørende tilegner seg kunnskaper, ferdigheter og holdninger som kan omsettes til handling og egen livssituasjon (Oyetunde & Akinmeye 2015; Scherman & Friberg 2009, Säljö 2009). Denne nye helsepedagogiske tilnærmingen legger derfor til rette for at personer som har helseutfordringer og deres pårørende, i samspill med fagpersoner og brukerrepresentanter, kan utvikle nye forståelser og ny kunnskap, ta beslutninger og handle på et kvalifisert grunnlag (Grabowski m.fl 2010).

Hvordan tilrettelegge for ønsket læring

Et sentralt helsepedagogisk virkemiddel og en verdi i tilknytning til lærings- og mestringstjenester og -tilbud, er brukermedvirkning på tjenestenivå. Arbeidsmåten som ligger til grunn for planlegging, gjennomføring og evaluering av lærings- og mestringstilbud er kjent som Standard metode (NK LMH 2011). Den beskriver en samarbeidsprosess hvor fag- og brukerkunnskap sidestilles og hvor brukerrepresentanter inngår i et likeverdig og aktivt samarbeid med fagpersoner. Det er NK LMHs oppfatning at brukeres, pasienters og pårørendes erfaringskunnskap om å leve med langvarige helseutfordringer er avgjørende for å kunne tilby kvalitativt gode lærings- og mestringstilbud. *Hva* man ønsker å oppnå med lærings- og mestringstilbud, og *hvordan*, er derfor tett sammenvevd (Bowden & Marton 2004).

Virkemidler utviklet innen veiledning i utdannings- og yrkeskontekster anvendes også i læring- og mestringstilbud (Tveiten 2007). Sentrale teoretiske perspektiv på veiledning hentes fra ulike fag- og yrkestradisjoner, som for eksempel sykepleie og sosialt arbeid og fra pedagogikk og psykologi (Tveiten 2008; Pettersen og Løkke 2011).

Helseveiledning retter seg mot det å bistå pasienter og pårørende til å mestre en helse- og sykdomsrelatert situasjon hvor den profesjonelle samtalen og dialogen er helt vesentlig (Christiansen 2013). Med utgangspunkt i ulike pedagogiske perspektiv gis det helseveiledning i forebyggende og helsefremmende sammenhenger som er tilpasset målgrupper, hensikter og situasjoner. Helseveiledning retter seg både mot individer og grupper og spiller en avgjørende rolle for pasient- og pårørendeopplæring, en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte oppgaver. Helsemessige utfordringer knyttet til livsstil og levevaner, som i stor grad skal løses i kommunal regi, utgjør en sentral arena for individuell og gruppebasert helseveiledning.

Fagfeltet helsekommunikasjon inneholder også virkemidler og strategier som er relevante for fagområdet læring og mestring innen helse. Helsekommunikasjon handler blant annet om hvordan bruke ulike kommunikasjonsstrategier for å informere og påvirke enkeltpersoner, grupper og samfunnsborgere til å ta beslutninger som fremmer helse (Garnweidner-Holme 2013). Helsekommunikasjon er et tverrfaglig område som spenner vidt tematisk (Thompson m.fl 2011). Noen sentrale problemstillinger er hvordan helsepersonell kan tilpasse kommunikasjonen til personers forutsetninger for å lære om helse, og hvordan helsekommunikasjon kan bidra til å fremme brukeres såkalte «health literacy». Norske oversettelser på «health literacy» er helsefremmende allmenndannelse, helseinformasjonsforståelse (Tveiten 2015; Pettersen 2003).

Skrevet av

Andrè Vågan, seniorforsker ved NK LMH og
Ann Britt Sandvin Olsson, spesialrådgiver ved NK LMH

Referanser

Bowden, J., & Marton, F. (2004). *The University of Learning: Beyond Quality and Competence in Higher Education*. London: Routledge.

Christiansen, B. (2013). Helseveiledning - hva menes? In B. Christiansen (Ed.), *Helseveiledning* (pp. 13-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeland, T. J., & Heggen, K. (2007). Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk? In T. J. Ekeland & K. Heggen (Eds.), *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* (pp. 13-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gabrielsen, T. (1997). Sundhedspædagogiske overvejelser. In T. Gabrielsen & R. Mach-Zagal (Eds.), *Sundhedspædagogik for praktikere* (pp. 13-24). København: Munksgaard.

Garnweidner-Holme, L. (2013). *Promoting a healty diet in antenatal care. Qualitative studies of barriers to nutrition communication among women with different ethnic backgrounds in the Oslo Area.* (PhD), University of Oslo, Oslo.

Grabowski, D., Brun Jensen, B., Willaing, I., Zoffmann, V., & Schiøtz, M. (2010). Sundhedspædagogik i patientutddannelse. En litteraturbaseret gennemgang af udvalgte sundhedspædagogiske begrebers anvendelse i patientuddannelse. *Steno Center for sundhedsfremme*.

Haynes, R. (1979). Introduction. In R. Haynes, D. Sackett, & D. Taylor (Eds.), *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Helse Sør-Øst - Regional strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2013-2016. (2013).

Hjort, P. (1995). *Society, community and marginalisation: the countermeasures and health*. Paper presented at the Culture and health. Report international UNESCO-conference, Oslo.

Hopen, L. (1999). Sluttrapport. Prosjekt: Lærings- og mestringssenteret. Oslo: Aker Sykehus.

Jensen, B. (1997). A case of two paradigms within health eduation. Health education research - theory & practice. *Health Education Research, 12*(4), 419-428.

Jensen, B. (2009). Et sundhedspædagogisk perspektiv på sundhedsfremme og forebyggelse. In M. Carlsson, V. Simovska, & B. Jensen (Eds.), *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Teori, forskning og praksis* (pp. 11-29). Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Langeland, E. (2012). Salutogene samtalegrupper - en arena for økt mestring og velvære. In A. Lerdal & M. Fagermoen (Eds.), *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (pp. 208-235). Oslo: Gyldendal Akademisk.

NKLMH. (2011). Arbeidsmåten i lærings- og mestringssentrene: Standard metode 2011-versjon. NK LMS, Oslo universitetssykehus HF, Aker.

Oyetunde, M., & Akinmeye, A. (2015). Factors influencing practice of patient education among nurses at the University College Hospital, Ilbadam. *Open Journal Nursing, 5*, 500-507.

Pettersen, R., & Løkke, J. (2011). *Veiledning i praksis - grunnleggende ferdigheter* (4 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

Pettersen, S. (2003). Er også naturfagdidaktikk godt for helsen? In D. Jorde & B. Bergum (Eds.), *Naturfagdidaktikk, perspektiver, forskning og utvikling* (pp. 373-388). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Säljö, R. (2009). Institutionella språk och samtal om hälsa - information, kommunikation och samarbete i vården. In M. Scherman & U. Runesson (Eds.), *Den lärande patienten* (pp. 39-61). Lund Studentlitteratur.
Scherman, M., & Friberg, F. (2009). Patienten gör inte som vi vill - en kritisk diskussion om följsamhetsbegreppet och dess använding inom hälso- och sjukvård. In M. Scherman & U. Runesson (Eds.), *Den lärande patienten* (pp. 15-38). Lund: Studentlitteratur.
Steihaug, S. (2003). Bør pasienten gjøre som doktoren sier? *Tidsskrift for Den norske legeforening, 123*, 3604-3606.
Syse, A. (2004). *Pasientrettighetsloven med kommentarer* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
Thompson, T., Parrott, R., & Nussbaum, N. (2011). *Routledge handbook of health communication*. New York: Taylor & Francis Publishing Group.
Tones, K. (2009). Værdier, ideologi og sundhedsfremme. In M. Carlsson, V. Simovska, & B. Jensen (Eds.), *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Teori, forskning og praksis* (pp. 31-46). Århus: Aarhus Universitetsforlag.
Tveiten, S. (2001). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker ... Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
Tveiten, S. (2008). *Veiledning - mer enn ord ...* (3 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
Tveiten, S. (2015). *Helsepedagogikk. Flere veier til mestring, hvordan kan vi bidra?* Paper presented at the Nasjonal konferanse for Friskliv Læring Mestring - med brukerne i sentrum, Holmenkollen park hotell.
WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. *Genéve: World Health Organization*.
WHO. (1998). Health promotion glossary. *Genéve: World Health Organization*.
Wistoft, K. (2009). *Sundhedspædagogik. Viden og værdier*. København: Hans Reitzels Forlag.