

NK LMH 2/2016

«Erfarne brukere og fagpersoner
må ha tillit til hverandre og ha avklart
rollene de har i dette feltet.
Begge perspektivene trengs for å
skape gode tilbud.»

Fokusgruppeintervju om kurs i helsepedagogikk

André Vågan og Hilde Blindheim Børve

Forord

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) har gjennomført fokusgruppeintervjuer om erfaringer fra kurs i helsepedagogikk.

I dette notatet beskrives gjennomføringen av datainnsamling og sentrale resultater.

Fokusgruppeintervjuene inngår som en del av kunnskapstilfanget for NK LMHs videre arbeid med kunnskapsbaserte faglige anbefalinger for kompetanseheving innen helsepedagogikk.

Vi vil rette en takk til alle de som har vært med og delt sine erfaringer gjennom fokusgruppeintervjuene. Intervjuene ble gjort med deltakere fra en arbeidsgruppe tilknyttet NK LMHs arbeid med helsepedagogikk. Arbeidsgruppen består av representanter fra hver av helseregionene, kommuner, samt Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) og Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO).

Vi vil også takke Liv-Grethe Rajka og Kari Hvinden ved NK LMH for gode innspill underveis.

Oslo, november, 2016

André Vågan
Seniorforsker

Hilde Blindheim Børve
Prosjektleder

Innledning

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) har som målsetting å utarbeide og formidle kunnskapsbaserte faglige anbefalinger for brukerrepresentanter og fagpersoner som bidrar i arbeidet med kompetansehevende kurs innen helsepedagogikk. Formålet med anbefalingene er å understøtte, videreutvikle og kvalitetssikre slike kurs. Anbefalingene omfatter hvordan helsepedagogiske kurs bør utformes, for å støtte opp under den kompetansen fagpersoner og brukerrepresentanter har behov for i planlegging, gjennomføring og evaluering av lærings- og mestringstilbud. Den overordnede hensikten med dette arbeidet er å bidra til lærings- og mestringstilbud av god kvalitet for personer som lever med helseutfordringer, og deres nærstående, samt å bidra til brukermedvirkning i utvikling av tjenestene.

Som et ledd i arbeidet med kunnskapsbaserte faglige anbefalinger har vi gjennomført fokusgruppeintervjuer med deltakere fra arbeidsgruppen knyttet til fagområdet helsepedagogikk ved NK LMH. Formålet med intervjuene var å få arbeidsgruppens synspunkter på evalueringer av kompetansehevende kurs i helsepedagogikk, sentrale temaer i slike kurs og hvordan man best mulig kan legge til rette for kompetanseheving. Temaene i fokusgruppeintervjuene bygget på tidligere innsamlet evalueringsmateriale fra kurs innen helsepedagogikk.

Metode

Fokusgrupper ble valgt som metode av flere grunner. Det som kjennetegner fokusgrupper er kombinasjonen av gruppesamhandling og emnefokus (Morgan 1988). Dette gjør at fokusgrupper er egnet for å kunne produsere rike data om personers oppfatninger og synspunkter om et eller flere tema. Slike data er ikke nødvendigvis like lett tilgjengelige gjennom andre metoder (Halkier 2010). Gjennom at deltakere i fokusgruppeintervjuene, med sine lignende erfaringer og interesser, diskuterer, kommenterer og stiller spørsmål til hverandre, utfra en kontekstuell forståelse som moderatorer og assistenter ikke har i samme grad, kan det produseres innholdsrike data. Fokusgruppeintervju er også mindre tidkrevende, sammenlignet med individuelle intervju, og det gir informasjon fra flere individer samtidig.

Formålet med fokusgruppene var å utdype kunnskap om evalueringene som er gjort av kompetansehevende kurs i helsepedagogikk. I tillegg ønsket vi å få frem informasjon om hva fagpersoner og brukerrepresentanter oppfatter som sentrale aspekt ved kursene, hva de gjør for å forbedre dem, og hvilke utfordringer de står overfor i planlegging, gjennomføring og evaluering. Hva fremhever erfarne fagpersoner og brukere som viktige egenskaper ved kurs i helsepedagogikk? Hvordan har deltakere på slike kurs evaluert kurs – og hva peker de på som viktige egenskaper å ivareta og utvikle ved kursene?

Det ble valgt en strukturert tilnærming til intervjuene. Dette innebærer at de samme spesifikke spørsmål ble stilt til begge gruppene. Strukturerte opplegg er egnet når man har en bestemt agenda og har kunnskap om temaet i forkant (Morgan 1988). Intervjuguiden tok utgangspunkt i de viktigste momentene som hadde fremkommet i tidligere møter, angående innholdet i evalueringer av kurs som arbeidsgruppemedlemmene hadde fått eller kjente til. Guiden og gjennomføringen av intervjuene sikret at gruppene holdt seg til temaet og

spørsmålene som skulle belyses. Guiden tok utgangspunkt i følgende momenter fra tidligere evalueringer av kurs i helsepedagogikk gjennomført i lærings- og mestringstjenesten:

- å kunne treffe andre kursdeltakere og dele erfaringer
- å øve seg på samtaleteknikker
- å øve seg i gruppelederrollen
- å få hjemmeoppgaver
- å ha praktiske øvelser på kurs
- å ha varierte undervisningsformer
- å lære om samarbeid med brukere
- å øve på å fortelle en erfaringshistorie (som brukerrepresentant)
- at arrangør/kursleder på kurs i helsepedagogikk er rollemodell
- at arrangør/kursleder på kurs i helsepedagogikk tilpasser språket slik at kursdeltakere forstår

For å strukturere intervjuene best mulig ble momentene nedskrevet på et flip-over-ark og hengt opp på veggen i lokalene hvor intervjuene fant sted. Intervjuene tok sikte på å ta ett moment av gangen og diskutere følgende spørsmål til hvert moment:

- Hva tror dere deltakerne mener med disse tilbakemeldingene?
- Hvorfor tror dere deltakere synes at dette er viktig?
- Hva gjør dere/kan dere gjøre for å imøtekomme disse tilbakemeldingene?
- Hvilke utfordringer kan det å imøtekomme disse tilbakemeldingene ha for de som arrangerer kurs i helsepedagogikk?

Fokusgruppedeltakerne representerte hver sin helseregion, kommune, samt FFO.¹ De ble delt i to grupper, hvorav hver gruppe ble intervjuet i to ganger 45 minutter (tre personer deltok i gruppe en og fire i gruppe to). Hver gruppe ble ledet av en moderator og en assistent, og samtalene ble tatt opp på bånd. Moderatoren styrte intervjuene, mens assistenten noterte, sørget for at flest mulig ble involvert i diskusjonene og at intervjutema og spørsmål ble dekket. Samtlige deltakere fikk informasjon i forkant om hva som kjennetegner fokusgruppeintervju og hva det innebærer, hva som var formålet med intervjuene og hva de skulle brukes til. Det ble understreket at de skulle være aktive og spørre hverandre, dele erfaringer og reflektere. Det ble også minnet om grunnleggende kjøreregler for samtalen, for eksempel at man ikke skulle snakke i munnen på hverandre og at alles synspunkter og erfaringer skulle gis like stor plass.

Intervjuene ble deretter transkribert og analysert ved hjelp av en forenklet kvalitativ innholdsanalyse (Wilkinson 2006). Dette innebar gjentatte lesninger av transkripsjonene og en systematisk gjennomgang av ytringer og samtalesekvenser, hvor det viktigste meningsinnholdet ble skrevet ned i form av stikkord (med andre ord en koding av datamaterialet). Deretter ble stikkordene kategorisert og systematisert i mer overordnede tematiske kategorier, som oppsummerer meningsinnholdet til alle stikkordene eller kodene innenfor hver kategori. Innholdsanalyser er nyttig for å få en relativt systematisk oversikt

¹ Arbeidsgruppens SAFO-representant var ikke til stede på intervjuet.

over dataene som en helhet, det vil si en oversikt over de innholdsmessige temaene i fokusgruppedataene.²

Resultater

Innhold i kompetansehevende kurs

Tre hovedtema utkrystalliserte seg i analysen av materialet, med tilhørende undertema. Det første hovedtema er hva innholdet i kompetansehevende kurs bør være, slik fokusgruppedeltakerne ser det. Dette støttes også av evalueringene av kurs i helsepedagogikk som fokusgruppedeltakerne viser til. Her er det spesielt fem undertema som fremtrer.

Det første gjelder gruppeprosesser og det å kunne lære om og tilegne seg kunnskaper og ferdigheter knyttet til det å drive grupper med pasienter, brukere og pårørende. Deltakere på kurs i helsepedagogikk har i evalueringer sagt at det er viktig å tilegne seg slike kunnskaper og ferdigheter. Fokusgruppedeltakere som har arrangert kurs i helsepedagogikk ser ofte at de som tar kurs trenger kunnskap og trening. Kursdeltakere har ofte mye faglig kompetanse, men mangler erfaring med å lede grupper. Som en av deltakerne i fokusgruppeintervjuene formulerte seg:

«Når det er nye kursledere; de kan godt stå godt i faget sitt, men det her med å være uvant med å få gruppa (med pasienter) til å jobbe. Det er mye lettere å komme inn og holde et foredrag med PowerPoint, og så kan man ta noen spørsmål. Det med å skulle ha dem (pasienter) til å jobbe med ting, og selv være litt mer passiv, det er vanskelig.»

Det andre temaet handler om kommunikasjon og kommunikasjonsferdigheter. Deltakere på kurs, det vil si fagpersoner og brukerrepresentanter, peker på at slike ferdigheter er viktige i møte med personer som har langvarige helseutfordringer. Det pekes på at dette krever ekstra trening og refleksjon rundt ens egen måte å kommunisere og samhandle på.

Et tredje tema er mestring og mestringsstøtte. Deltakere på kurs i helsepedagogikk har gitt tilbakemeldinger om at det er behov for mer kunnskap og ferdigheter som understøtter mestringsprosesser blant pasienter, brukere og pårørende. Planleggings- og mestringsverktøy, samt kunnskaper om hvordan verktøy kan fremlegges og formidles, er etterspurt. Som en sa under fokusgruppeintervjuet:

«Men allikevel så opplever jeg at de (kursdeltakere) savner mer definering på hva mestring er, og hvordan man skal legge det inn i kurset (her: et lærings- og mestringsstilbud) ... ja, hvordan gjør vi det egentlig, så folk skal gå ut derfra og føle at de mestrer bedre det de lever med?»

Det fjerde undertemaet gjelder ønsket og behovet for å tilegne seg pedagogiske kunnskaper og ferdigheter. Både arrangører av kurs i helsepedagogikk og kursdeltakere gir uttrykk for

² En ulempe med kvalitative innholdsanalyser er blant annet at man ikke får frem samhandlingen mellom fokusgruppedeltakerne, og hvordan samhandlingen påvirker hva som ble sagt, og hvordan (Wilkinson 2006). Dette er imidlertid utenfor notatets problemstilling.

dette. Det uttrykkes et ønske om å få undervisning og veiledning i hvordan man kan legge til rette for læring, dialog og refleksjon, som et alternativ eller supplement til Power Point-forelesninger. Det er også behov for å lære hvordan man kombinerer ulike undervisningsmetoder på en god måte.

Fokusgruppedeltakerne legger også vekt på at de som tar kompetansehevende kurs i helsepedagogikk må bli bevisste på at individer tilegner seg kunnskap på ulike måter. Undervisningen bør derfor være variert og legge til rette for at flere sanser blir aktivert hos den enkelte. Det er viktig å få i stand refleksjoner og diskusjoner om sammenhenger mellom hva som ønskes oppnådd i enhver undervisningssituasjon og måten stoffet formidles på, for å optimalisere læring. Flere kurs i helsepedagogikk tar opp den didaktiske relasjonsmodell som en modell som klargjør disse spørsmålene og ivaretar ulike pedagogiske hensyn.

Et femte tema handler om brukermedvirkning. Fokusgruppedeltakerne fremhever viktigheten av at deltakere på kurs lærer hvordan de kan samarbeide med brukerne, og hvordan de kan løfte frem deres erfaringskunnskap. Som en av dem sa:

«Erfarne brukere og fagpersoner må ha tillit til hverandre og ha avklart rollene de har i dette feltet. Begge perspektivene trengs for å skape gode tilbud. Vi skal supplere hverandre, ikke konkurrere.»

Det er behov for å tydeliggjøre for deltakere på kurs i helsepedagogikk hva brukermedvirkning er på ulike nivå, og hvordan man kan praktisere brukermedvirkning i lærings- og mestringstilbud; hvordan man gjennom rolleavklaring og erfaringsutveksling kan bruke hverandres kunnskap og kompetanse. Brukerrepresentanter som deltar på kompetansehevende kurs for bare brukere, peker dessuten på betydningen av å få konkret trening i, og tilbakemeldinger på det å holde et brukerinlegg. En fokusgruppedeltaker med erfaring fra planlegging, gjennomføring av evaluering av kurs for brukere uttrykte seg slik:

«Det stilles krav til den personen som skal holde et brukerinlegg. Brukerne har behov for trening i å legge frem og få tilbakemelding. Å øve på å fortelle en erfaringshistorie er viktig. Det er vesentlig å skille mellom det private og det personlige i fortellingen, og en må evne å se seg selv litt utenfra.»

En annen fokusgruppedeltaker peker dessuten på at:

«Det er viktig å trekke frem Standard metode³. Det er den som gjør disse kursene. Denne måten å tenke på er annerledes enn de her manualbaserte kursene som det tidligere har vært mest av. Brukermedvirkning er ikke en selvfølge og det er viktig å stadig minne på det.»

Form, metoder og tilnærming

Det andre hovedtemaet som tydeliggjøres i analysen av datamaterialet er helsepedagogikk-kursenes form, det vil si undervisningsmetoder og pedagogiske tilnærming. Temaet løftes frem som sentralt for utbyttet man får ved å delta i kursene, noe forskningslitteratur også

³ https://mestring.no/wp-content/uploads/2012/12/Standard_metode_2011.pdf

peker på (se nedenfor). For det første understrekes betydningen av at de som tilbyr eller gir kurs i helsepedagogikk selv fremtrer som rollemodeller for deltakerne. Kursleder på kurs i helsepedagogikk er en viktig rollemodell, sies det. De bør ha et bevisst forhold til egne handlinger både før, under og etter undervisning. Dette handler spesielt om hvordan man starter opp kurset, legger til rette for trygghet i gruppen, avklarer forventninger og enes om kjøreregler for hvordan gruppen kan samarbeide. Det handler også om at man ser og bekrefter alle deltakerne, slik at de opplever seg inkludert. Som en av dem sa:

«Kursleder må sette agendaen.»

For det andre har deltakere på kurs i helsepedagogikk gitt tilbakemeldinger om at undervisnings- og læringsaktiviteter må være praksisorientert, det vil si at de må relatere seg til de konkrete oppgavene som skal løses ved lærings- og mestringstilbud til pasienter, brukere og pårørende. Dels handler det om at formidling av sentrale teoretiske perspektiver i kompetansehevende kurs i helsepedagogikk (om for eksempel mestring) må relatere seg til yrkespraksis og erfaringskunnskap, slik at deltakerne opplever gjenkjennelse og innsikt. Det handler også om at det må gis muligheter til konkrete øvelser i hva det vil si å være kursleder for pasienter, brukere og pårørende, i praksis. Dette kan for eksempel være øvelser i hvordan man anvender den didaktiske relasjonsmodellen eller hvordan man legger til rette for brukermedvirkning og gode gruppeprosesser. Å engasjere deltakere på helsepedagogiske kurs i øvelser og hjemmeoppgaver gir dem mulighet til å praktisere og anvende det man har lært på kurset, og dermed gjøre lærestoffet til sitt eget. Som en av deltakerne sa under intervjuet:

«Slik (praktisk) kompetanse får man ikke på et teoretisk studie.»

For det tredje pekes det på at læringsaktiviteter og undervisningsformer på kurs i helsepedagogikk må være varierte, det vil si at man må kombinere foredrag/forelesning med gruppearbeid, dialog, erfaringsdeling og refleksjon. Kursene må også være tilpasset deltakernes egenskaper, væremåter, behov og måter å lære på. Som en formulerte seg:

«Det tror jeg er viktig for å klare å fange opp alle, for det er ulik dynamikk og ulike personer og ulike måter å ta ting på.»

Ifølge fokusgruppedeltakerne har tilbakemeldinger fra kursdeltakere om slike tema også medført endringer i kurs, noe som fremkommer i følgende sitat:

«Evalueringer har ført til større vektning av praktiske øvelser (for eksempel rollespill) på kurs og mindre teoriundervisning enn tidligere. Det er mer fokus på refleksjonsoppgaver og samarbeid enn før. Tilbakemeldingene på dette har vært gode.»

Rammer, organisering og forutsetninger

I tillegg til de to hovedtemaene, diskuterte deltakerne i fokusgruppene en rekke utfordringer knyttet til rammer, organisering og ressurser. Dette utgjorde ikke hovedfokuset i intervjuene og ble ikke viet mye tid, men er likevel sentralt.

Noen av spørsmålene og synspunktene omhandlet varighet på kurs og mulighetene de gir for veiledning, oppfølging og videre utvikling etter avsluttet kurs:

- Kompetansehevende kurs i helsepedagogikk må være av en viss varighet for at deltakere på kurs skal få tilstrekkelig tid til å dele og utveksle erfaringer og ideer. Det må avsettes tilstrekkelig tid til erfaringsdeling.
- Noen deltakere ønsker ytterligere støtte når de selv skal lede egne kurs i ettertid. Det kan være behov for å ha oppfølgingskurs i helsepedagogikk, gjerne knyttet til ulike tema, en hjelpetelefon eller mentor for oppstarthjelp når man starter egne kurs
- Flere deltakere fra samme arbeidsplass bør delta på samme kurs, slik at man støtter hverandre i videre gjennomføring.

Andre synspunkter relaterte seg til økonomi og ledelse:

- Å gi kompetansehevende kurs i helsepedagogikk til fagpersoner, brukere og andre må ha god forankring i ledelsen.
- Ledere i helsetjenesten kan med fordel delta i kurs for å få mer kunnskap og dermed oppfordre flere personer til å delta på kurs.
- Det må foreligge avklarte føringer vedrørende økonomi og andre rammebetingelser.

Til slutt delte deltakerne synspunkter relatert til antall gruppeledere som gjennomfører kurs, kompetanse og oppfølging av brukerrepresentanter og dagens ressursituasjon:

- Det er fordelaktig med to gruppeledere eller kursledere som gjennomfører kompetanseheving innen helsepedagogikk, med tydelige og avklarte roller. Det å dele lederskap og ansvar for kursene kan redusere utrygghet hos den enkelte, samt gi mulighet for å bearbeide erfaringer og opplevelser etter gjennomført kurs, og eventuelt da endre på enkelte sider ved kurset i kjølevannet av dette. Det er også viktig at kursledere bygger nettverk med andre kursansvarlige slik at man har faglig støtte.
- Det er fordelaktig at brukere som bidrar på kurs er skolert i egen brukerorganisasjon og i helsepedagogikk.
- Det er viktig at kursleder, sammen med brukerorganisasjonen følger opp brukerrepresentantene i etterkant av deres bidrag. Det må gjøres klare avtaler rundt dette.

Flere trakk også frem at det ikke er tilstrekkelige ressurser for å dekke behovene for kompetansehevende kurs i helsepedagogikk. En av fokusgruppedeltakerne påpekte at hele fagområdet læring og mestring er et sårbart område: Som hun uttrykte seg:

«Det snakkes varmt om at spesialisthelsetjenesten og LMS skal bidra sånn at lærings- og mestringstilbud kan etableres i kommunene. Vi har ikke ressurser nok til å nå ut i kommunene. Det er vår situasjon, det knappes ned på ressurser som ikke bringer inntekt. Så det er et veldig sårbart område, veldig sårbart fagområde.»

Oppsummering

Analysen av fokusgruppeintervjuene viser at mestring, kommunikasjon, pedagogikk, gruppeledelse og brukermedvirkning løftes frem som sentrale tema i helsepedagogiske kurs. I tillegg peker intervjuene på betydningen av å ha varierte, praksisnære og deltakersentrerte undervisningsformer i kursene, samt praktisk ferdighetstrening og oppfølging og veiledning, både underveis og etter endt kurs. Til sist delte deltakerne synspunkter på utfordringer knyttet til rammer, organisering og ressurser.

Resultatene er langt på vei i samsvar med tidligere undersøkelser gjennomført av NK LMH, skriftlige evalueringer av kompetansehevende kurs i helsepedagogikk fra ulike helseregioner og forskningsresultater. For eksempel viser en systematisk gjennomgang av forskning på helsepedagogisk kompetanse (NK LMH 2015b) at kompetanse innen gruppeledelse, kommunikasjon, mestring og pedagogikk fremheves som de mest sentrale kompetanseområdene for å kunne gi gode lærings- og mestringstilbud. Disse temaene harmonerer også med NK LMHs veileder for helsepedagogiske kompetanseutvikling (NK LMH 2011). Veilederen beskriver både arbeids- og undervisningsformer, innhold/emner og ønsket læringsutbytte. Annen forskning understøtter dette bildet (Pomery mfl. 2016; Svavarsdottir mfl. 2014).

En kartlegging av kompetansehevende kurs i helsepedagogikk (NK LMH 2015a) viste også at flesteparten av lærings- og mestringstjenestene i helseforetakene som arrangerer kurs i helsepedagogikk kombinerer tradisjonell undervisning/forelesning med praksisnære og studentsentrerte arbeids- og undervisningsformer. Internasjonal forskning på opplæringstiltak støtter opp under dette bildet. En vanlig konklusjon i denne forskningslitteraturen er at en kombinasjon av teori og praksis, og av studentsentrert (eller deltakersentrert), interaktiv og foredragsbasert undervisning, oftere gir bedre resultat enn tradisjonell teoriundervisning eller «kateterundervisning» (se for eksempel Forsetlund mfl. 2009 og Khan & Coomarasamy 2006).

Avslutning

I dette notatet har vi presentert resultater fra fokusgruppeintervjuer knyttet til arbeidet med helsepedagogikk ved NK LMH. Fokusgruppedeltakerne besto av representanter fra alle helseregionene, kommune, samt Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO). Formålet med intervjuene var å utdype evalueringer av kurs i helsepedagogikk, sentrale temaer i slike kurs og hvordan man best mulig kan legge til rette for kompetanseutvikling innen helsepedagogikk. Resultatene fra fokusgruppeintervjuene er langt på vei i samsvar med tidligere forskning og undersøkelser gjennomført av NK LMH.

Resultatene fra fokusgruppeintervjuene inngår som en del av kunnskapstilfanget i NK LMHs videre arbeid med faglige anbefalinger. Målgruppen for de faglige anbefalingene er fagpersoner og brukerrepresentanter som bidrar i arbeidet med kompetansehevende kurs innen helsepedagogikk.

Litteraturliste

- Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brian, MA., Wolf, F., Oxman, AD. (2009). Continuing education meetings and workshops. Effects on professional practice and patient outcomes. Review. *The Cochrane Library*, 3.
- Halkier, B. (2008). *Fokusgrupper: Samfundslitteratur*.
- Khan, KS., & Coomarasamy, A. (2006). A hierarchy of effective teaching and learning to acquire competence in evidenced-based medicine. *BMC Medical Education*, 6.
- McNabb, WL., Cook, S., Fischer, B., Quinn, MT., & Haas, L. (1994). Dissemination of a continuing education program in diabetes to health care professionals. *The Diabetes Educator*, 20(1), 35-40.
- Morgan, D. (1988). *Focus groups as qualitative research*: Sage publications.
- NKLMH. (2015a). En kartlegging av helsepedagogiske tilbud i spesialisthelsetjenesten. *Notat 1*.
- NKLMH. (2015b). *En systematisk litteraturoversikt over forskning på helsepedagogisk kompetanse*. Paper presented at the Nasjonal konferanse Friskliv Læring Mestring - med brukerne i sentrum. Av Vågan, A, Eika, K & Skirbekk, H, Holmenkollen park hotell.
- NKLMS. (2010). *Pasient -og pårørendeopplæring - etter modell av arbeidsmåten i lærings- og mestringssentrene. En veileder til utvikling av helsepedagogiske kompetanseutviklingsprogram i spesialisert- eller kommunehelsetjeneste*.
- Pomery, A., Schofield, P., Xhilaraga, M., & Gough, G. (2016). Skills, knowledge and attributes of support group leaders: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 99, 672-688.
- Svavarsdottir, M. H., Sigurethardottir, A. K., & Steinsbekk, A. (2014). Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. *Eur J Cardiovasc Nurs*. doi:10.1177/1474515114551123
- Wilkinson, S. (2006). Focus group research. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative research. Theory, method and practice* (Second edition ed., pp. 177-199). London: Sage.