

# Utvikling og utprøving av en modell for et kommunalt, diagnoseuavhengig lærings- og mestringstilbud

Et samarbeidsprosjekt mellom Trondheim kommune, Orkdal kommune, St. Olavs Hospital, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, FFO og SAFO Sør-Trøndelag og Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH).

## Relevante begreper og teorier

Kari Hvinden, spesialrådgiver  
Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH),  
Januar 2016

## Innhold

Innledning.....	3
Hva er læring? .....	3
Hvordan forstår vi mestring?.....	3
Om brukermedvirkning .....	4
Brukerkompetanse.....	4
Helsepedagogikk (helseveiledning og –kommunikasjon) .....	5
NK LMHs veileder innen helsepedagogikk .....	5
Hvilken kompetanse anses som viktig for å kunne gi gode lærings- og mestringstilbud?.....	6
Endringsteori og motiverende samtale (MI) .....	6
Annen relevant teori.....	7
Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse ( <i>ICF</i> ).....	7
Chronic Care Model .....	7
Modellen om sykdomsforløp, å leve med langvarige helseutfordringer ( <i>illness     trajectory</i> ).....	7
Teori om sykdomsoppfatning ( <i>common sense-modellen</i> ) .....	7
Teorien om mestringstro/-forventning ( <i>self-efficacy</i> ).....	8
Empowerment.....	8
Opplevelse av sammenheng ( <i>OAS</i> ) .....	8

## **Innledning**

Dokumentet gir en kort beskrivelse av relevante begreper og teorier knyttet til prosjektet «Utvikling og utprøving av en modell for et kommunalt, diagnoseuavhengig lærings- og mestringstilbud». Hensikten med dokumentet er primært å formidle kunnskap til pilotkommunene i prosjektet. Dokumentet er på ingen måte uttømmende innen området. Det er gjort et utvalg av *relevante* begreper og teorier. For å gjøre teksten leservennlig er det ikke lagt inn referanser i selve teksten, men de finnes i oppgitte lenker på slutten av hvert avsnitt.

## **Hva er læring?**

Felles for flere definisjoner av læring innen helse og utdanning er at læring forstås som en aktiv prosess som finner sted når personer samhandler med sine sosiale omgivelser og mottar, tolker og knytter informasjon og erfaring til det han eller hun allerede vet eller har erfart. Læring innebærer å endre tanker, følelser og måter å samhandle med andre på. Det gjør en i stand til å tilpasse seg ulike krav og omgivelser.

Læring er et komplekst fenomen, og det finnes ikke én generell definisjon av læring som det er allmenn enighet om. Det finnes en rekke spesifikke og overlappende læringsteorier som utvikles kontinuerlig. Ulike teori- og fagtradisjoner vektlegger forskjellige forhold når de beskriver hvordan læring kan foregå. NK LMH anser kognitive og sosiale læringsteorier som de mest relevante teoriene for å kunne belyse, forstå og bidra til at brukere, pasienter og pårørende som deltar i lærings- og mestringstilbud, kan tilegne seg kunnskaper og ferdigheter som bidrar til styrket mestring. Kognitive og sosiale teorier vektlegger samspillet mellom individuelle og sosiale faktorer for å studere, forklare og legge til rette for læring. De læringsteoriene NK LMH ser på som mest sentrale for fagområdet læring og mestring innen helse har utviklet seg, dels med utgangspunkt i den amerikanske pragmatismen, den sovjetiske kulturhistoriske skolen og konstruktivismen, og kognitivt orientert psykologi.

- Mestring.no <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/laering/>

## **Hvordan forstår vi mestring?**

Det er mange ulike teoretiske perspektiver på mestring, og mange ulike definisjoner. Den «klassiske» definisjonen fra Vifladdt og Hopen (2004) sier at «*Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv*».

Både *individorienterte* og *sosialt orienterte* mestringsteorier er relevante for å forstå og styrke mestring hos personer som har langvarige helseutfordringer, og deres pårørende. Personers mestring og helseatferd kan ikke reduseres til hans eller hennes individuelle strategi, men må forstås i et større samfunnsperspektiv. Det er viktig å synliggjøre de samfunnsmessige rammene og strukturene som kan innvirke på opplevelsen av å mestre det å leve med langvarige helseutfordringer. Tidlige sosiologiske studier peker på at hvordan sykdom oppleves og takles både avhenger av individuelle egenskaper og ressurser og av ens relasjoner til andre. Faktorer som skaper ulike vilkår for mestring hos den enkelte kan være hvordan sykdom innvirker på personens dagligliv; hvilke ressurser hun eller han har tilgang til; hvilke nettverk han eller hun har rundt seg; hvordan familiemedlemmer reagerer; hvordan han eller hun blir møtt av helsepersonell.

- Mestring.no <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/mestring/>

## Om brukermedvirkning

Flere definisjoner av brukermedvirkning knyttet til helsetjenesten vektlegger at brukere, det vil si personer som bruker helsetjenester, inngår i et likestilt samarbeid med fagpersoner i tjenesteapparatet, og er aktive deltakere i planleggings- og beslutningsprosesser. I dette samarbeidet sidestilles brukerkunnskap og fagkunnskap. Dette er et bærende prinsipp innen lærings- og mestringsvirksomheten.

Begrepet brukermedvirkning er mangfoldig og det eksisterer en rekke ulike definisjoner. Det er vanlig å skille mellom brukermedvirkning på tre nivåer, henholdsvis individ-, tjeneste- og systemnivå. Brukermedvirkning på *individnivå* handler om den enkeltes rettigheter og muligheter til å ha innflytelse på sitt individuelle støtte- eller behandlingstilbud. Det betyr at den enkelte skal påvirke forhold som gjelder for vedkommende og hans eller hennes behov. Brukermedvirkning på *tjenestenivå* innebærer at brukerrepresentanter inngår i et likestilt samarbeid med fagpersoner fra tjenesteapparatet, og er aktivt deltakende ved utveksling av kunnskap og erfaringer for å endre behandlingstilbud og tjenester. Brukermedvirkning på *systemnivå* er en arbeidsform hvor brukergrupper og brukerorganisasjoner involveres i planlegging av tiltak og tjenester som har allmenn betydning og deltar i råd eller utvalg på styringsnivå.

Brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå anvendes når lærings- og mestringstilbud skal utvikles og etableres. Brukermedvirkning på individnivå står sentralt når deltakere på lærings- og mestringstilbud bidrar for å tilpasse det enkelte tilbuds innhold til deres ønsker og behov, for eksempel i form av en samtale før deltakelse på tilbudet, eller underveis i gjennomføringen i tilbudet. NK LMHs definisjon av brukermedvirkning innebærer at for å tilby kvalitativt gode lærings- og mestringstilbud, er brukerkunnskap nødvendig. For å gi brukere reell innflytelse på tilbudenes form og innhold, kreves *medvirkning* i prosesser og beslutninger og *likeverd* i relasjonen mellom brukere og fagpersoner. Det bidrar til å utjevne maktasymmetrien i samarbeidet mellom brukere og fagpersoner.

- Mestring.no <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/brukermedvirkning/>

## Brukerkompetanse

Kompetanse er evnen og muligheten til å omsette viten, ferdigheter og holdninger til hensiktsmessige handlinger. I gruppebaserte lærings- og mestringstilbud er brukerrepresentanter deltakere i arbeidsgrupper og eventuelt med-gruppeledere. De har relevant og bearbeidet brukererfaring og formidlingskompetanse. Bearbeidet brukererfaring forstås som at brukerrepresentantene har et relativt avklart forhold til sin situasjon, og har funnet måter å håndtere sin egen situasjon på som fungerer for dem og deres nærstående. Videre, at de kan se ulike sider ved saken, og kan snakke på vegne av flere som er i liknende situasjon som dem selv.

Med bakgrunn i egen kompetanse skal brukerrepresentantene:

- Dele sine erfaringer med arbeidsgruppen og delta i de beslutninger som ligger til arbeidsgruppen å ta
  - Dele sine erfaringer med deltakerne i læringstilbudet
  - Bidra til åpenhet om vanskelige tema
  - Sikre et hverdagsspråk
  - Bistå med kunnskap om praktisk tilrettelegging for brukere med spesielle behov
- 
- Veileder i brukermedvirkning  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/krd/tema-og-redaksjonelt->

[innhold/kampanjesider/2007/kvalitetskommuneprogrammet/verktøykasse/brukermedvirkning/veileder-i-brukermedvirkning/id561250/](http://innhold/kampanjesider/2007/kvalitetskommuneprogrammet/verktøykasse/brukermedvirkning/veileder-i-brukermedvirkning/id561250/)

- Arbeidsmåten ved lærings- og mestringssentrene: [http://mestring.no/wp-content/uploads/2012/12/Standard\\_metode\\_2011.pdf](http://mestring.no/wp-content/uploads/2012/12/Standard_metode_2011.pdf)

### **Helsepedagogikk (helseveiledning og –kommunikasjon)**

Helsepedagogikk dreier seg om hvordan legge til rette for at personer som har helseutfordringer, og deres pårørende, kan utvikle nye forståelser og ny kunnskap, ta beslutninger og handle på et kvalifisert grunnlag. Et *kvalitativt* kunnskapssyn legges til grunn, noe som innebærer å bidra til at informasjon bearbeides til relevant kunnskap og omsettes til handling i egen hverdag, heller enn å gi mest mulig helseinformasjon.

Pedagogikk kan defineres som «*teknikker som er hensiktsmessige ved overføring av definerte læringsmål til en bestemt målgruppe*». Pedagogikk handler om å legge til rette betingelsene for at målgruppen (her personer med langvarige helseutfordringer), selv blir i stand til å utvikle ideer, ta beslutninger og handle på et kvalifisert grunnlag. I helsetjenesten brukes helsepedagogikk om hvordan helsepersonell bør samspille med pasienter og pårørende, med vekt på helsepersonell som veiledere for egenmestring.

Innenfor feltet læring og mestring knyttes helsepedagogikk til brukermedvirkning, mestrings- og helsefremmende perspektiver, gruppebasert undervisning og erfaringsdeling. Med pedagogikk som utgangspunkt og med mål om å bidra til at brukere, pasienter og pårørende tilegner seg kunnskap for å ivareta sin helse på best mulig måte, kan helsepedagogikk betegnes som «*bruk av pedagogiske virkemidler i helsetjenesten for å fremme læring, mestring og helse*».

- <https://snl.no/pedagogikk>
- mestring.no: <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/helsepedagogikk-2/>

### **NK LMHs veileder innen helsepedagogikk**

NK LMH utarbeidet i 2010, sammen med en ressursgruppe, en veileder for utvikling av helsepedagogiske kompetanseprogrammer for fagpersoner som medvirker i lærings- og mestringsevne. Veilederen anbefaler at kompetansegivende kurs omfatter følgende emner:

1. Samarbeid om lærings- og mestringstilbud/pasient- og pårørendeopplæring i helsefremmende perspektiv
2. Brukererfaring og brukermedvirkning
3. Kommunikasjon og helsefremmende samtaler
4. Læring i gruppe, gruppeprosesser og gruppeledelse: utvikling av læringstilbud
5. Å leve med varige helseforandringer – endring og tap

Veilederen sier også noe om anbefalte læringsaktiviteter/arbeidsformer. Det er av betydning å velge arbeidsformer som er i samsvar med læringssynet som fremholdes;

- Deltakerne skal være involverte og aktive, ikke bare høre på forelesninger
- Ferdigheter må trenes
- Det må skapes rom for refleksjon og egen utvikling.

Det kan bety gruppearbeid, øvelser under veiledning, ulike former for refleksjon, arbeidsinnsats mellom kursdagene, erfaringsdeling med mer – i tillegg til faglige forelesninger.

- NK LMHs veileder innen helsepedagogikk 2010 [http://mestring.no/wp-content/uploads/2012/12/veileder\\_nklms-og-strom\\_2010\\_revidert-aug-2011.pdf](http://mestring.no/wp-content/uploads/2012/12/veileder_nklms-og-strom_2010_revidert-aug-2011.pdf)

## Hvilken kompetanse anses som viktig for å kunne gi gode lærings- og mestringstilbud?

NK LMH har gjort et systematisk litteratursøk av hva som finnes av studier knyttet til betydningen av helsepedagogisk kompetanse for læring og mestring. Teoretiske, kvantitative og kvalitative studier er inkludert. Hovedkonklusjonen er at helsepedagogisk kompetanse fremheves som avgjørende for å kunne gi utbytterike lærings- og mestringstilbud. Det er imidlertid behov for ytterligere forskning.

Gjennomgangen av litteraturen resulterte i funn av seks viktighetsområder:

*Gruppededelse* – å skape trygge og støttende omgivelser og evne til å stimulere til aktiv gruppedeltagelse (blant annet erfaringsdeling)

*Fagkunnskap* – å ha oppdatert kunnskap knyttet til diagnoser, behandling, egenbehandling.

*Kunnskap om kommunikasjon* – ha generelle kommunikasjonsferdigheter, pluss gruppededelse.

Skape atmosfære for god kommunikasjon.

*Kunnskap om mestring* – mestringsstrategier, praktisk kunnskap; hvordan løse praktiske ting, anerkjenne mestringsressurser

*Pedagogiske kunnskaper* – om læring som fenomen, tilpasning av læringsaktiviteter, gjennomføring av læringstilbud.

*Personlig kunnskap* – personlige egenskaper og holdninger, evne til å vise omsorg, empati, interesse, respekt, ikke-dømmende holdning. Forutsetning for å skape gode relasjoner, som igjen er viktig for læring og mestring.

- Litteraturoversikt <http://mestring.no/wp-content/uploads/2015/12/Vågan.pdf>  
(presentasjon nasjonal konferanse *Friskliv, læring, mestring – med brukeren i sentrum*)

## Endringsteori og motiverende samtale (MI)

Prochaska og DiClemente foreslår på bakgrunn av en rekke studier av hvordan folk endres, at endring kan ses som en prosess inndelt i seks faser. Prosessen er den samme uavhengig av hva som skal endres, og om endringen er en del av et behandlingsopplegg eller noe man tar hånd om alene. I praksis gjennomgås fasene som en spiralbevegelse der tilbakeskritt og nye forsøk er en del av veien mot endring. Deres modell for endring kalles ofte *den transteoretiske modellen for endring*, fordi den henter teori fra flere modeller (Transtheoretical Model of Behavioral Change/Stages of Change).

Motiverende samtale (Motivational Interviewing/MI) er en samtaleteknikk som brukes for å hjelpe personer å endre atferd. Motiverende samtale baserer seg på kunnskap om hvordan en persons motivasjon for å endre seg kan økes gjennom samtale med en hjelper, selv når personen har motstridende tanker og følelser i forhold til å endre egen atferd. Motivasjonen for endring kan formes og bli påvirket av relasjonen mellom hjelper og pasient og måten en hjelper snakker med klienten om hans helse på, kan virke inn på klientens personlige motivasjon for endring. Det er klientens tanker og følelser som står i sentrum, og klienten kan dermed bestemme sin egen fremtid.

- Forskningsartikler knyttet til den transteoretiske endringsmodellen  
[https://scholar.google.no/scholar?q=prochaska+and+diclemente+transteoretical+model&hl=no&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0ahUKEwiEsNSZqNvJAhUDDiWkHWT9BiYQgQMIGTAA](https://scholar.google.no/scholar?q=prochaska+and+diclemente+transteoretical+model&hl=no&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0ahUKEwiEsNSZqNvJAhUDDiWkHWT9BiYQgQMIGTAA)
- Om endringsfokusert rådgivning/motiverende samtale/Motivational Interviewing (MI)  
<https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju>  
[https://no.wikipedia.org/wiki/Motiverende\\_samtale#Referanser](https://no.wikipedia.org/wiki/Motiverende_samtale#Referanser)

## **Annen relevant teori**

### **Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)**

ICF kan være en god begrepsmodell ved utvikling av lærings- og mestringstilbud. Den anlegger et bredt perspektiv og integrerer biologiske, individorienterte og sosiale perspektiver i en helhetlig forståelse av funksjon, funksjonshemming og helse. Den bygger på en bio-psyko-sosial forståelse av mennesket, noe som innebærer at både personens indre og ytre ressurser blir sentrale komponenter i helse.

- Om ICF Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (2004) ISBN 82-7846-213-5 <http://www.kith.no/upload/1855/NorskBrukerveiledning-v1.pdf>

### **Chronic Care Model**

Dette er et teoretisk rammeverk for helhetlig, pasientsentrert omsorg for personer med langvarige helseutfordringer.

- Wagner, Austin, Von Korff, 1996. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q; 74:511-544. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8941260>
- Wagner, 1998. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract.; 1:64-78. <http://ecp.acponline.org/augsep98/cdm.pdf>

### **Modellen om sykdomsforløp, å leve med langvarige helseutfordringer (*illness trajectory*)**

Corbin og Strauss avdekket en rekke problemområder i dagliglivet som personer med langvarige helseutfordringer må lære seg å håndtere. Modellen gir et godt bilde av hva som kreves av læring og mestring for å takle en livssituasjon med langvarige helseutfordringer, både for den som er syk og for familie og pårørende. Det dreier seg om å mestre medisinske ferdigheter, omstilling av roller og håndtering av følelsesmessige utfordringer knyttet til det å leve med langvarige helseutfordringer.

- Strauss A og Corbin J (2001) A Nursing Model for Chronic Illness Management Based Upon the Trajectory Framework <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/rtnp/1991/00000005/00000003/art00002>
- Lerdal A og Fagermoen S (2011). <http://www.gyldendal.no/Faglitteratur/Sykepleie/Sykepleiefaget/Laering-og-mestring>

### **Teori om sykdomsoppfatning (*common sense-modellen*)**

For de som er i kontakt med mennesker som lever med langvarige helseutfordringer, er det viktig å forstå hvordan oppfatninger, erfaringer og sykdommens innvirkning på dagliglivet påvirker deres tolkninger og adferd, slik at en møter dem på en best mulig måte. Teorien om sykdomsoppfatning bidrar til innsikt i hva som virker inn på hvordan vi tenker om og forstår sykdom og sykdommens konsekvenser. Modellens grunnleggende forståelse er at for å skape mening av plager og symptomer slik at en kan hanskkes med sykdom, danner vi oss mentale «bilder» av sykdommen. Modellen innehar en antagelse om at oppfatningen skapes og omskapes i den grad spesifikke mestringsstrategier bidrar til å mildne og/eller helbrede sykdomsprosesser.

Det finnes instrumenter for å måle sykdomsoppfatning, også på norsk.

- Leventhal mfl 1996. <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01173486#page-1>

- [https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=vNI0wYAj5WUC&oi=fnd&pg=PA42&dq=leventhal+common+sense+model&ots=EV-sgzw3AN&sig=wZEce09WxCrIM3aIaYvvjwi\\_KzQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q=leventhal%20common%20sense%20model&f=false](https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=vNI0wYAj5WUC&oi=fnd&pg=PA42&dq=leventhal+common+sense+model&ots=EV-sgzw3AN&sig=wZEce09WxCrIM3aIaYvvjwi_KzQ&redir_esc=y#v=onepage&q=leventhal%20common%20sense%20model&f=false)
- Meta-analyse Haggen og Orball 2003. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/088704403100081321?journalCode=gps20>
- Lerdal A og Fagermoen S (2011). <http://www.gyldendal.no/Faglitteratur/Sykepleie/Sykepleiefaget/Laering-og-mestring>

### **Teorien om mestringstro/-forventning (*self-efficacy*)**

Mestringstro er egen tro på å mestre en bestemt oppgave eller situasjon. Mestringstro innvirker på handlekraft og opplevelse av kontroll. Studier har vist at en sterk opplevelse av mestringstro er knyttet til bedre helse, bedre sosial integrasjon og bedre resultatmål i intervensjonsstudier. Fire kilder som bidrar til å utvikle og styrke mestringstro er:

- Egne tidligere erfaringer av mestring
- Andres mestring – fortalt eller observert (modellering)
- Å få bekreftelse og anerkjennelse for at en mestrer/kan mestre
- Å styrke fysiologisk og emosjonell tilstand

Det finnes instrumenter for å måle mestringstro, også på norsk. Det er gjort mye intervensjonsforskning når det gjelder å styrke mestringstro.

- Bandura [https://scholar.google.no/scholar?q=bandura+self+efficacy&hl=no&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar&sa=X&ved=0ahUKEwi0q90sxtvJAhULjywKHSXoA28QgQMIGTAA](https://scholar.google.no/scholar?q=bandura+self+efficacy&hl=no&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ved=0ahUKEwi0q90sxtvJAhULjywKHSXoA28QgQMIGTAA)
- Marks mfl 2005 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15855284> og <http://hnp.sagepub.com/content/6/2/148.short>
- Kunnskapscenteret: <http://kunnskapscenteret.com/mestringstro/>
- Lerdal A og Fagermoen S (2011). <http://www.gyldendal.no/Faglitteratur/Sykepleie/Sykepleiefaget/Laering-og-mestring>

### **Empowerment**

Det engelske begrepet *empowerment* oversettes ofte med bemyndigelse eller myndiggjøring. Empowerment innebærer at personer i en avmaktssposisjon opparbeider styrke, kraft og makt til å komme seg ut av avmakten. Det handler om å få i gang prosesser og aktiviteter som kan styrke folks selvkontroll, selvfølelse, kunnskaper og ferdigheter. Dette har vært et perspektiv innen læring og mestring, noe en kan se i Vifladt og Hopens definisjon av helsepedagogikk; «- å utløse handlinger som styrker folks egne krefter og motvirker forhold som kan føre til passivitet og uheldig avhengighet».

- Mestring.no <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/egenkraftmobilisering/>
- Askheim og Starrin (2007). <http://www.gyldendal.no/Faglitteratur/Helse-og-sosialfag/Sosialt-arbeid/Empowerment>
- Sidsel Tveiten på Helsefilm.no: <http://www.helsefilm.no/v1/film/details.aspx?filmid=90216>

### **Opplevelse av sammenheng (OAS)**

Sosiologen Aaron Antonovsky har undersøkt menneskets evne til å mestre hverdagslivets spenninger og stress, og bruker begrepet «generelle motstandsressurser». Disse positive indre og ytre beskyttelsesfaktorene motvirker stress og ulike former for belastning.



Antonovsky utforsker faktorer som fremmer god helse («salutogenese»). Dette knytter han til opplevelser av sammenheng uttrykt ved begrepene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

- Antonovskys bok Helsens mysterium: <http://www.gyldendal.no/Faglitteratur/Helse-og-sosialfag/Tverrfaglige-emner/Helsens-mysterium>
- Eva Langeland om salutogenese og Antonovsky på Helsefilm.no: <http://www.helsefilm.no/v1/film/details.aspx?filmid=90219>