

MESTRINGSTREFF

HÅNDBOK FOR ETABLERING AV ET DIAGNOSEUAVHENGIG
LÆRINGS- OG MESTRINGSKURS





Håndbok for etablering av *Mestringstreff*

– et diagnoseuavhengig lærings- og mestringskurs for voksne som lever med helseutfordringer

© Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) 2017

Utgitt første gang: juni 2017

Oppdatert: juni 2018

ISBN: 978-82-92686-31-7

Forfattere: Bente Sandvik, Trondheim kommune (prosjektleder) og Kari Hvinden, spesialrådgiver NK LMH.

Illustrasjoner: Hilde Skjervold

Ansvarlig redaktør: Siw Bratli, leder ved NK LMH

Håndboka kan lastes ned fra www.mestring.no

NK LMH er en nasjonal kompetansetjeneste som bidrar til at lærings- og mestringsvirksomhet i hele landet holder god kvalitet og er kunnskapsbasert, slik at personer som lever med helseutfordringer og deres nærstående opplever økt mestring og bedret livskvalitet

NK LMH er en del av Oslo universitetssykehus HF (OUS). OUS eies av Helse Sør-Øst RHF og består av blant annet Aker sykehus, Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet.

E-post: post@mestring.no **Twitter:** twitter.com/mestringno **Facebook:** facebook.com/mestringno

FORORD

Håndbok for *Mestringstreff* er nå klar, og det er med glede vi i NK LMH tar arbeidet videre i møte med landets kommuner for å støtte deres implementering av tilbudet.

Mestringstreff er resultatet av et prosjektsamarbeid (2015- 2017) mellom Trondheim kommune, Orkdal kommune, FFO Sør-Trøndelag, SAFO region midt, St. Olavs Hospital, Selvhjelp Norge og Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH).

Utgangspunktet for prosjektet har vært å lage ei håndbok til støtte for kommuner som skal etablere lærings- og mestringstilbud som handler om å håndtere helseutfordringer over tid. Mestring av egen livssituasjon og hverdag er hovedtemaer i *Mestringstreff*. Initiativet til prosjektet kommer fra praksisfeltet, og interessen for tilbudet er allerede stor.

For NK LMH er håndboka et viktig ledd i arbeidet med å bidra til:

- kunnskapsbaserte, helhetlige og likeverdige tilbud
- samhandling om læring og mestring mellom kommuner, sykehus og frivillighet
- brukermedvirkning i utvikling og gjennomføring av kommunale tilbud

I løpet av høsten 2016 gjorde flere kommuner seg viktige erfaringer gjennom å teste ut *Mestringstreff* i praksis. Pilotkommunene har bidratt med verdifulle tilbakemeldinger som er tatt til følge i hele prosessen med å utvikle håndboka. Tusen takk til pilotkommunene Orkdal, Trondheim, Klæbu, Åfjord, Molde, Rauma, Fræna, Kristiansund, Narvik, Fredrikstad, Vaksdal, Os, samt Fjell, Sund og Øygarden. Hilde Blindheim Børve fra Helse Bergen og NK LMH bidro med viktig kompetanseformidling til pilotkommunene og skal ha stor takk for det.

Mange takk også til Hilde Skjervold, ved St. Olavs Hospital, som har illustrert håndboka. Illustrasjonene er laget for *Mestringstreff* og skal ikke benyttes utover dette.

Prosjektet er finansiert ved hjelp av midler fra Fylkesmannen i Sør-Trøndelag og NK LMH, samt stor grad av egeninnsats fra alle samarbeidspartnerne.

Styringsgruppa har bestått av Astrid Birkelund, leder for fysio- og ergoterapi- tjenesten, Orkdal kommune, Anne E. Hansen, leder ved Enhet for fysioterapitjenester, Trondheim kommune, Lise L. Støylen, klinikkssjef ved Klinikken for kliniske servicefunksjoner, St. Olavs Hospital, Kirsti Stenersen, SAFO Lise Connelly, FFO og Siw Bratli, leder ved NK LMH.

Prosjektgruppa har bestått av Bente Sandvik, Trondheim kommune (prosjektleder), Åshild Riiber, Orkdal kommune (prosjektleder), Borghild Lomundal, St. Olavs Hospital, Helga Melkeraaen, St. Olavs Hospital, Jorun Aune, SAFO region midt, Jan Helge Midjo Øvrehus, Selvhjelp Norge Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag og Kari Hvinden, NK LMH.

Vi retter en stor takk til alle som har bidratt på ulike vis.

Avslutningsvis retter vi en spesiell takk til initiativtaker og prosjektleder Bente Sandvik og hennes prosjektleder-makker Åshild Riiber. Deres kompetanse og kjennskap til praksisfeltet har vært uvurderlig og bidrar til at håndboka treffer godt. God lesning!

Oslo, juni 2017

Kari Hvinden, spesialrådgiver NK LMH
og Siw Bratli, leder NK LMH



DEL 1

PLANLEGGE, GJENNOMFØRE OG EVALUERE *MESTRINGSTREFF*

1. Bakgrunn og innledning	6
2. Verdigrunnlag	8
3. Samarbeidsmodellen ved etablering	9
4. Planlegge	12
4.1 Å lede grupper	12
4.2 Krav til fagpersoner som skal samarbeide om etablering av tilbud	13
4.3 Brukermedvirkning	13
4.4 Tips for å rekruttere brukerrepresentanter	14
4.5 Tips for å rekruttere deltakere	16
4.6 Sjekkliste for planlegging av Mestringstreff	19
5. Gjennomføre	20
5.1 Målgruppe og mål	20
5.2 Lik oppbygging hver gang	21
5.3 Tilbudets form	22
5.4 Innholdet i samlingene	23
5.5 Refleksjonsoppgaver	23
5.6 Lesetips og nettressurser	24
5.7 Verktøykasse	24
5.8 Presentasjoner til samlingene	24
6. Samlingene i Mestringstreff	26
6.1 Hva er mestring?	26
6.2 Sammenhengen mellom tanker, følelser og handling	28
6.3 Kommunikasjon og samspill	30
6.4 Mestringsstrategier, mestringstro og egne ressurser	32
6.5 Motivasjon og ønsket endring	34
6.6 Muligheter framover	36
7. Evaluere	38

1. BAKGRUNN OG INNLEDNING

Svært mange mennesker lever med helseutfordringer over tid. Når du rammes av skade, sykdom eller nedsatt funksjonsevne dreier mye seg om utredning, diagnose og behandling, men for de fleste handler det også i stor grad om hvordan helseutfordringene påvirker ulike deler av livet og griper inn i hverdagen ([Ambrosio mfl. 2015](#)). Å håndtere livet med helseutfordringer dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv.

I gruppebaserte lærings- og mestringstilbud får brukere, pasienter og pårørende mulighet til å tilegne seg kunnskap og ferdigheter, bli bevisst egne evner og holdninger og får anledning til å reflektere og utveksle erfaringer med andre i liknende situasjon. Forskning viser at lærings- og mestringstilbud gir gevinster både for individ og samfunn ([Stenberg mfl. 2016](#)). I lærings- og mestringsgrupper legges det til rette for læring knyttet til medisinske, praktiske, relasjonelle og følelsesmessige forhold. Delta-kerne blir mer bevisste egne ressurser, får større tro på egen mestringsevne og opplever gjensidighet og sosial støtte. Mange tilbud bidrar til bedre livskvalitet og at flere kan delta i arbeidslivet og på andre sosiale arenaer.

Lærings- og mestringstilbud har vært en lovpålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten siden 2001 ([HOD 2001](#)). I etterkant av samhandlingsreformen er det tydelige helsepolitiske føringer om at gruppebaserte lærings- og mestringstilbud også skal være et vesentlig helsetjenestetilbud i kommunene ([Meld. St. 26 \(2014-2015\)](#), [Veileder om rehab. og hab. 2015](#)). Spesialisthelsetjenesten skal gi diagnosespesifikke lærings- og mestringstilbud mens kommunene i større grad skal gi tilbud med vekt på funksjon, mestring og det å *leve med* helseutfordringer, gjerne på tvers av diagnoser.

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) utførte i 2015 en nasjonal [kartlegging](#) av den kommunal lærings- og mestringsvirksomheten. Kartleggingen synliggjorde at svært få kommuner hadde kommet i gang med gruppebaserte lærings- og mestrings-tilbud. Ansatte i kommuner ga tilbakemeldinger om at de opplevde det utfordrende å komme i gang. Utfordringene var for mange knyttet til brukermedvirkning, det å jobbe med mestring som tema, samt det å drive grupper.

Det å etablere lærings- og mestringstilbud anses som kompetansekrevene virksomhet. Hensikten med denne håndboka er å gi støtte til ansatte i kommuner som skal etablere diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud for voksne som lever med helseutfordringer. Mestringsperspektivet står sentralt, og håndboka vektlegger brukermedvirkning og samarbeid om helhetlige forløp innad i kommunen, mellom forvaltningsnivåene og med frivillige lag og organisasjoner.

Håndboka er en anbefaling og et utgangspunkt for de prosessene og vurderingene som må [gjøres lokalt](#). Den er ikke ment som en «oppskrift» som skal følges strengt. Håndboka beskriver områder der lokale vurderinger knyttet til ressurser, muligheter for samarbeid og organisering, samt befolkningsgrunnlag og geografi er nødvendige. Den inneholder også konkrete anbefalinger og tips for hvordan planlegge og gjennomføre *Mestringstreff*. Tilbudet kan gjerne kombineres med fysisk aktivitet. Håndboka kan således også brukes som støtte ved etablering av andre gruppebaserte lærings- og mestringstilbud.

Håndboka består av tre deler:

- Del 1 er en praktisk veiledning for å planlegge og gjennomføre *Mestringstreff* i kommunen. Her finner du forslag til temaer og innhold for de enkelte samlingene, innspill til nødvendige vurderinger samt konkrete verktøy og smarte tips. Det er laget et sett av presentasjoner knyttet til de enkelte samlingene. Disse finnes på www.mestring.no.
- Del 2 er ei verktøykasse som inneholder pedagogiske verktøy, samt et stort utvalg mestringsverktøy.
- Del 3 inneholder kunnskapsgrunnlag og teori knyttet til det å leve med helseutfordringer og læring og mestring i en helsekontekst. Del 3 har en litteraturliste som ivaretar referanser for hele håndboka.

Anbefalingene i Håndbok for *Mestringstreff* er basert på [forskning](#) og [innhold i andre diagnoseuavhengige tilbud](#), samt erfaringskunnskap fra både brukerrepresentanter og fagpersoner.

Hele håndboka bør leses før arbeidet med etableringen av tilbudet starter.

Gjennomgående i håndboka finner dere tre illustrasjoner som symboliserer ulike ting:



Denne figuren beskriver en **ANBEFALING** knyttet til gjennomføring av Mestringstreff.



Denne figuren beskriver forhold det er lurt å **VURDERE** i forhold til lokale behov.



Denne figuren beskriver **PRAKTISKE TIPS** knyttet til et bestemt tema.

2. VERDIGRUNNLAG

Mestringstreff bygger på noen sentrale verdier. Disse kan fungere som en rettesnor for alle som deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering tilbud.

Sentrale verdier: erkjennelse, anerkjennelse, fleksibilitet og respekt

Erkjennelse: Å erkjenne handler om å ta inn over seg, innrømme og se situasjonen slik den er. I praksis betyr det at jeg ikke legger skylden på andre for mitt problem, men at jeg selv tar et ansvar for situasjonen. Å erkjenne er en viktig og ofte vanskelig prosess, men avgjørende for utvikling og trivsel. Erkjennelse kan medføre at en føler seg lite verd og noen ganger mislykket. Omgivelsen anerkjennelse av vår erkjennelse er ofte avgjørende for det neste skritt. En gruppe som preges av at en våger å erkjenne er ladet med anerkjennelse.

Anerkjennelse: Anerkjennelse kan betraktes som en måte å være sammen med andre på. Å bidra til at personer opplever anerkjennelse, eller det å være «god nok» er grunnleggende for utvikling av god selvfølelse. I gruppene kan anerkjennelse for eksempel handle om å lytte uten å være styrt av fordommer eller forforståelse. Om vi klarer å lytte med anerkjennelse, kan vi fange opp følelser og opplevelser som ligger bak det som formidles, og eventuelt gi støtte og bidra til at det utveksles erfaringer.

Fleksibilitet: En dialog basert på gjensidig respekt og felles refleksjon kan åpne for nye tanker og løsninger og kan vekke nysgjerrighet hos andre. Som kursledere har vi ofte tanker og en plan om hva som skal foregå og hvordan oppnå ønsket resultat. Det er helt i orden. Det er imidlertid ikke så bra om planen gjennomføres over hodet på de andre i gruppa, uten å ivareta mulighet for dialog og medvirkning.

Å være fleksibel betyr her at planer og tanker blir presentert i en samtale med de andre i gruppa. Deltakernes tanker og ønsker møtes. Dette vil ofte føre til nye tanker, planer og løsninger, som i større grad passer deltagernes behov. Som ledere av gruppeprosesser blir vi stadig utfordret på å utvise fleksibilitet, være tilstede, og la prosessen skje uten å overkontrollere.

Respekt: Respekt er et ofte brukt ord. Men hva betyr det? Hvordan leves det ut? De to latinske begrepene *spici* og *spectare* betyr begge å se. Legges forstavelsen *re* til, får vi betydningen å se om igjen eller se tilbake. Det er å vise respekt. Å kunne se tilbake kan betraktes som en godt utviklet evne til å ta et skritt til siden og registrere om igjen hvordan vi selv ser, lytter, aksepterer, forstår og bidrar.

I et lærings- og mestringstilbud tilbud kan det å utvise respekt handle om å:

- ta andre på alvor som likeverdige mennesker
- se alles meninger, erfaringer og spørsmål som like meningsfulle
- forstå at mennesker handler på måter du ikke ville valgt, men som er riktige for dem
- få uttrykke egne meninger og holdninger og oppleve å bli møtt med et åpent sinn
- møte de andre deltakerne med de samme holdninger som du selv ønsker å bli møtt med

3. SAMARBEIDSMODELLEN VED ETABLERING

Betegnelsen lærings- og mestringstilbud refererer til et bredt spekter av ulike pedagogiske tiltak som har mestring som mål. Det inkluderer både individuelle og gruppebaserte tilbud, pasientveiledning, likepersonsarbeid og pasient- og pårørendeopplæring. I denne sammenheng bruker vi heretter betegnelsen lærings- og mestringstilbud om gruppebaserte mestringstøttende tiltak for brukere og pasienter som lever med helseutfordringer og deres pårørende.



ANBEFALING

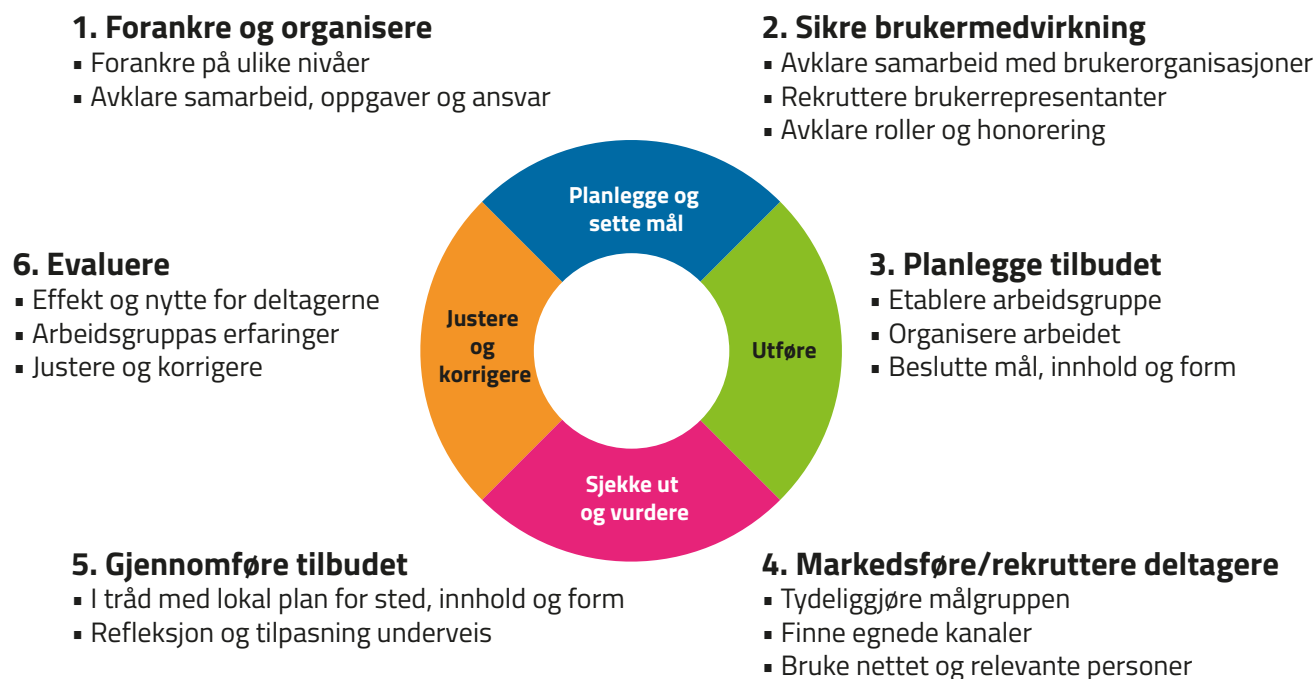
Kriterier for å etablere gruppebaserte lærings- og mestringstilbud etter samarbeidsmodellen *Standard metode*:

- Planlegging, gjennomføring og evaluering skal skje i et sidestilt samarbeid mellom brukerrepresentanter og fagpersoner.
- Tilbudet skal romme undervisning både fra fagpersoner og erfarne brukere.
- Tilbudet skal benytte helsepedagogiske læringsprinsipper for å fremme brukermedvirkning og mestring.
- Tilbudet skal handle om hvordan håndtere det å leve med helseutfordringer/kronisk sykdom på en god måte.

Med utgangspunkt i lærings- og mestringssentrene arbeidsmåte brukes en [samarbeidsmodell](#) for å etablere lærings- og mestringstilbud. Det innebærer at tilbudene planlegges, gjennomføres og evalueres i tråd med bestemte kriterier (samarbeidsmodellen *Standard metode* ble utviklet ved Lærings- og mestringssenteret på Aker Sykehus i 1997).

Det å etablere et nytt gruppebasert lærings- og mestringstilbud er en prosess. Det skal planlegges, gjennomføres og evalueres i et samarbeid mellom fagpersoner og brukerrepresentanter. Nettsiden [mestring.no](#) inneholder en omfattende beskrivelse av hvordan [etablere gruppetilbud med brukermedvirkning](#), og det anbefales å se til denne for utdypende tekster knyttet til de ulike fasene i prosessen. Andre ressurser å se til ved planlegging av tilbud er Anne Katrine Ekills håndbok for fagpersoner [Hvordan få til god planlegging?](#)

Håndboka for *Mestringstreff* kan følges oppskriftsmessig, eller den kan brukes som et rammeverk for de lokale diskusjonene knyttet til etablering av *Mestringstreff* eller andre lærings- og mestringstilbud. Uavhengig av hvordan dere velger å bruke håndboka, må dere ha deres egen arbeidsprosess for å etablere et lærings- og mestringstilbud. Figur 1 synliggjør prosessen og beskriver kort de ulike fasene. Alle fasene beskrives mer omfattende i kapitlene som følger.



Figur 1. Beskrivelse av prosessen og fasene ved etablering av lærings- og mestringstilbud. Fritt etter Demings sirkel for kvalitetsutvikling ([Langley mfl.1996](#)).¹

Forankre og organisere

Det er en fordel om lærings- og mestringstilbudet knyttes opp mot planverket for kommunens helse- og omsorgs-virksomhet og eventuelt andre føringer fra kommunen. Det faglige og koordinerende ansvaret for tilbudet må forankres i en tjeneste eller avdeling, selv om arbeidet skal være tverrfaglig og/eller gjennomføres på tvers av avdelinger. Det må foreligge en beslutning om hvem som skal lede arbeidet. Det er vesentlig å avklare samarbeidet om oppgaver og fordeling av ansvar innad i kommune, med helseforetak, brukerorganisasjoner og andre samarbeidspartnere.

¹ Langley mfl. (1996) *The Improvement Guide*. New York; Jossey Bass.

Sikre brukermedvirkning

Etableringen av tilbudet forutsetter brukermedvirkning i planlegging, gjennomføring og evaluering. Som skissert i figur 1 (s. 10), ta tidlig kontakt med brukerorganisasjonene og inviter til samarbeid om rekruttering av egnede brukerrepresentanter. Det er viktig å ha en samtale om hvilken rolle brukerrepresentantene skal ha og hvordan de skal honoreres for arbeidet i gruppa. Det bør være minimum to brukerrepresentanter med i arbeidet. Se til kapittel 4.3 for råd og film om hvordan rekruttere brukerrepresentanter.

Planlegge tilbudet

Den som leder arbeidet fra kommunens side har ansvar for å samle en tverrfaglig arbeidsgruppe med medlemmer som har relevant kompetanse, både fagpersoner og brukerrepresentanter. Gruppen fordeler oppgaver og lager en møteplan for å diskutere og beslutte mål, innhold og form på lærings- og mestringstilbudet. Både fagpersoner og brukerrepresentanter kan være gruppe-/kursledere. *Mestringstreff* (Håndboka, del 1) presenterer et opplegg på seks møter, med anbefalinger knyttet både til innhold og form. Om arbeidsgruppa velger å følge dette opplegget tett, eller gjøre omfattende endringer, er det uansett viktig å ha en lokal prosess der en diskuterer behov og ønsker, ressurser og kompetanse.

Markedsføre og rekruttere

Det kan være utfordrende å nå fram med tilpasset informasjon om tilbudet til de som tilbudet retter seg mot. Det er nødvendig å finne ut hvem som utgjør målgruppa, hva som karakteriserer den og deretter finne egnede kanaler for å nå disse personene. Her kan både brukerorganisasjoner og ansatte i kommunen bidra med innspill, i tillegg til å være behjelpelige med å sette opp plakater, skrive innlegg eller annonser i lokalaviser, legge ut informasjon på nettsider med mer. I kapittel fire finnes en liste over tips til rekruttering av deltakere.

Gjennomføre tilbudet

God planlegging forenkler gjennomføringen av tilbudet. Håndboka inneholder forslag til innhold og form på selve kurstilbudet. I verktøykassa (del 2) finnes et utvalg verktøy som kan benyttes i gjennomføringen, og gruppa må velge hvilke verktøy som skal benyttes. Lokalet som tilbudet gjennomføres i bør være egnet til formålet. Det innebærer at det må være tilgjengelig for mennesker med bevegelseshemming, og at det er muligheter for samtale både i gruppe og under pauser. Pauser er viktige fordi de gir anledning til uformell samtale og til å bli kjent med hverandre. Tidspunktet må tilpasses deltakerne.

Evaluere

Målet med å evaluere tilbudene er å bidra til kvalitetsforbedring og å sjekke om deltakerne opplever at tilbudet er nyttig. Gjennomføres det på en måte som passer for deltakerne? Det er nyttig å få refleksjoner om tilbudet fra deltakerne underveis, slik at det kan justeres ved behov.

4. PLANLEGGE

4.1 Å lede grupper

Gruppebaserte tilbud har flere fordeler. De kan gjøre hverdagserfaringer til gjenstand for refleksjon, bidra til styrket innsikt i egen situasjon og skape nettverk (Tveiten 2016). En systematisk kunnskapsoversikt utarbeidet av Kunnskapssenteret for helsetjenesten (2011) tyder på at gruppeundervisning har positiv effekt på psykisk helse, mestring og kunnskap om egen sykdom. Forskning viser at sammensetningen av gruppa og det å ha felles mål, er av betydning for å få gode gruppeprosesser. God kommunikasjon er et nøkkelord for å få gruppemedlemmene til å trekke i samme retning. Forskning viser også at tilbud må ha en viss varighet og omfang.

I gruppebaserte lærings- og mestringstilbud legges det til rette for erfaringsutveksling på ulike måter. Det kan skje i dialog mellom to og to, samtale i smågrupper eller gjennom erfaringsutveksling i hele gruppa. Det å legge til rette for ulike måter å samtale om temaene på kan støtte opp under gode gruppeprosesser. Effekten av grupper er ikke alene knyttet til læring, men også til sosial tilhørighet. Evalueringer av gruppebaserte tilbud viser stor tilfredshet med det å treffe andre som forstår akkurat hvordan man har det.

Evnen til å lede grupper er en sentral kompetanse for kursledere. God gruppeledelse og det å skape gode rammer rundt lærings- og mestringstilbud kan bidra til å motivere til deltakelse, skape trygghet, sosial tilhørighet og bidra til læring.



ANBEFALING

- Vær tydelig på hvem som er leder for gruppen. Vedkommende styrer prosesser, inspirerer, anerkjenner deltakelse og innspill og bidrar til at alle deltakerne blir sett og hørt.
- Sørg for at alle ønskes velkommen og del rammene/reglene med gruppen. Tematikk som bør tas opp er blant annet taushetsplikt, møteplikt, servering, lukket versus åpen gruppe og at noen kan trenge hjelp for ikke å utlevere for mye om seg selv, eller til å dele taletiden med andre. Dette avklares på første møte.
- Informer om hva som skal skje i løpet av samlingen, unngå unødige grubling og usikkerhet. Ingen tvinges til å si noe, ingen «henges ut» for det de forteller.
- Gruppelederen oppmuntrer deltagerne i gruppen til å snakke med hverandre, og det er gruppelederen som har ansvar for at kulturen, tonen og samtaleformen i gruppen er i tråd med de grunnleggende verdiene i *Mestringstreff*.
- Bruk gjerne navnelapper i starten, mange har vanskelig for å huske navn

Hvis det er første gangen du gjennomfører et lærings- og mestringstilbud kan det være lurt å ta kontakt med noen som har erfaring og få nyttige tips.

4.2 Krav til fagpersoner som skal samarbeide om etablering av tilbud

Kunnskap om hvordan legge til rette for læring i en helsekontekst er et viktig kompetanseområde for de fagpersonene som skal arbeide med lærings- og mestringstilbud generelt. Det stilles ingen formelle krav til de som skal planlegge og gjennomføre *Mestringstreff* (utover at de har en grunnleggende profesjonskompetanse). Erfaringer fra piloten viste imidlertid at det var svært nyttig med et skreddersydd tre-dagers kompetansehevede kurs. Kurset handlet om hva det innebærer å skulle leve med helseutfordringer, hvordan jobbe med mestring/håndtering av hverdagen (ikke diagnose og behandling), brukermedvirkning, hvordan jobbe med grupper med mer. En annen erfaring fra pilotutprøvingen var at det var nyttig å ha erfaring med gruppeveiledning fra før.

De fleste helseforetak arrangerer i dag kurs innen helsepedagogikk for egne ansatte. Mange tilbyr ansatte i kommunene å delta på disse kursene. Enkelte kommuner har egne kompetansekurs innen helsepedagogikk. Det anbefales at de som skal etablere *Mestringstreff* tar kontakt med eget helseforetak og sjekker muligheter for å delta på kompetansehevede kurs innen helsepedagogikk. Det er lokale variasjoner med hensyn til innhold, form og varighet på kursene.

Les mer i håndbokas del 3 om helsepedagogikk og hva litteraturen sier om hva som er viktige kompetanseområder for å drive lærings- og mestringsevne i gruppe.

4.3 Brukermedvirkning

Samarbeidsmodellen ved lærings- og mestringssentrene betinger aktive brukerrepresentanter i planlegging, gjennomføring og evaluering av tilbud.

Medvirkning i utvikling av tilbudet

For å gi brukere reell innflytelse på tilbudenes utforming, må det være brukermedvirkning i alle faser av samarbeidsprosessen og i alle beslutninger som fattes. Reell innflytelse forutsetter at det legges til rette for en likeverdig samarbeidsrelasjon. En måte å gjøre dette på, er å sikre at arbeidsgruppen har minst to brukerrepresentanter som kan bidra i planlegging, gjennomføring og evaluering av tilbud.

Det forutsettes at brukerrepresentantene som deltar i samarbeidet har relevant og bearbeidet brukererfaring og evne til å formidle den. Bearbeidet brukererfaring innebærer at brukerrepresentantene har et avklart forhold til sin situasjon, har funnet måter å håndtere egen situasjon på som fungerer for dem og deres nærstående, kan se ulike sider ved en sak og kan snakke på vegne av flere som er i liknende situasjon som dem selv.

Medvirkning skjer på ulike måter, og brukerrepresentantene kan ha ulike roller i arbeidet. Det er brukerrepresentantenes oppgave å sikre brukerperspektivet gjennom å dele sin kunnskap og bidra til at tilbudet «treffer» delta-kerne og handler om det som er viktig for dem.

Når tilbudet skal markedsføres, kan brukerrepresentantene bidra med å spre informasjon om tilbudet i eget nettverk og til relevante samarbeidspartnere. I gjennomføringen av tilbudet er det hensiktsmessig at minst én av representantene fungerer som kontaktperson for delta-kerne (sammen med en fagperson). Det kan videre være fint om en eller begge representantene informerer om relevante tilbud fra brukerorganisasjonene eller andre aktuelle enheter.

Brukerrepresentantene har videre ansvar for å delta i oppsummerings- og evalueringsarbeidet for å kvalitets-sikre og videreutvikle både samarbeidet mellom medlem-mene i arbeidsgruppa og tilbudets innhold og form.



ANBEFALING

Med bakgrunn i egen kompetanse skal brukerrepresentantene:

- Dele sine erfaringer med arbeidsgruppa og delta i de beslutninger som ligger til arbeidsgruppa å ta
- Dele sine erfaringer med deltakerne i læringstilbudet (egen historie og/eller erfaringsutveksling)
- Bidra til åpenhet om vanskelige tema
- Sikre et hverdagsspråk
- Bistå med kunnskap om praktisk tilrettelegging for brukere med spesielle behov
- Bistå i rekruttering av deltakere

Medvirkning i gjennomføring av tilbud

Det å formidle *sin egen historie* som et innlegg i lærings- og mestringstilbudet er også en form for medvirkning. Her forteller brukeren om utfordringer, erfaringer og mestring ut fra eget liv. Fortellingene kan med fordel brukes som innledning til diskusjoner om ulike temaer.

Det er viktig at gruppelederne prater med den som holder innlegg og at de er enige om hvordan historien skal fortelles (gjelder også fagpersoners innlegg). Hensikten er både å ivareta den som skal dele sine erfaringer og opplevelser med mange, og at innlegget handler om det som er tema i lærings- og mestringstilbudet.

Du kan lese mer om bruk av fortellinger som metode (kapittel 4 og 8) i den [Danske håndboken](#) for lærings- og mestringsarbeid.

Se også filmer om brukermedvirkning, rekruttering og honorering av brukerrepresentanter. Du finner filmene her: <https://mestring.no/informasjonsmaterieell/filmer/>

4.4 Tips for å rekruttere brukerrepresentanter

Det er ønskelig at brukerrepresentantene har relevant, bearbeidet brukererfaring og formidlingskompetanse.

Det kan være utfordrende å rekruttere brukerrepresentanter. Årsaker kan være liten tilgang til brukerrepresentanter i fylkeslag, lav aktivitet i lokallag og/eller utfordrende geografiske forhold. Uansett årsak er brukerorganisasjonene sentrale samarbeidspartnere i denne prosessen. Paraplyorganisasjonene Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) og Samarbeidsforumet for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) har oppdatert kontaktinformasjon til sine medlemsorganisasjoner. For øvrig har brukerorganisasjonene i varierende grad etablert lokallag rundt omkring i landet.

Personer som har en helseutfordring, men som ikke er tilknyttet en organisasjon, kan være gode samarbeidspartnere dersom det ikke lar seg gjøre å få med brukerrepresentanter som er tilknyttet en organisasjon. [Den lokale frivillighetssentralen](#) kan være en god medspiller for å finne voksne brukerrepresentanter. Det kan være hensiktsmessig å kontakte noen av disse organisasjonene for

å rekruttere brukerrepresentanter til arbeidsgruppa (listen er ikke uttømmende):

- Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon www.ffo.no med kontaktinformasjon til deres medlemsorganisasjoner

- Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner www.safo.no med kontaktinformasjon til deres medlemsorganisasjoner
- Andre: [Selvhjelp Norges distriktskontorer](#), [Helsenorge.no](#), [Nasjonalforeningen for folkehelsen](#), [Norske Kvinners Sanitetsforening](#),



ANBEFALING

Ved diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud:

- Etterspør minimum to brukerrepresentanter ved å sende forespørsel til FFOs fylkeslag og SAFOs regionlag om å utpeke medlemmer til arbeidsgruppa (hvis dette ikke er mulig kan man ha to brukerrepresentanter henholdsvis fra FFO eller SAFO).
- Henvendelsens innhold:
 - o kort beskrivelse av tilbudet som skal etableres
 - o estimert omfang (angi cirka antall møter til planlegging, gjennomføring og evaluering)
 - o dekking av utgifter og brukerhonorering (det er ulik kommunal praksis, vi anbefaler minimum å dekke reiseutgifter)

Ved diagnosespesifikke lærings- og mestringstilbud:

- Etterspør minimum to brukerrepresentanter ved å sende en forespørsel direkte til den relevante lokale brukerorganisasjonen, om den finnes. Hvis ikke, rett forespørselen til fylkeslaget.
- For henvendelsens innhold, se ovenfor.
- Hvis den aktuelle brukerorganisasjonen oppnevner brukerrepresentanter skal kommunen informere FFOs fylkeslag eller SAFOs regionskontor om følgende:
 - o hvilket tilbud skal etableres (kort beskrivelse)
 - o kontaktinformasjon til brukerrepresentant(er)

Fylkeslaget/regionskontoret kan slik bidra til å kvalitetssikre medvirkerrollen ved å ha kontakt med brukerrepresentantene

Dersom ikke anbefalt fremgangsmåte gir resultater, prøv ett av følgende:

- Spør [likepersoner](#) om å ta rollen som brukerrepresentanter. Rolleavklaring anbefales.
- Etterspør brukerrepresentanter i kommunens lovpålagte brukermedvirkningsorgan, [Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne](#).
- Kommunen retter en forespørsel til en person som man oppfatter som egnet til rollen som brukerrepresentant

4.5 Tips for å rekruttere deltakere

I en rekrutteringsprosess er det sjelden informasjon i seg selv som er målet med kommunikasjonsaktivitetene. Hovedformålet er en handling, som i dette tilfellet er påmelding til kurs. Dette krever at kommunikasjonsaktivitetene er tilpasset slik at de klarer å ta mottakeren igjennom flere steg:



... SOM KAN HJELPE DEG
PÅ VEIEN

Finn målgruppen din

Hvem er dette kurset egnet for? Det er vanskelig å nå ut med én melding til et generelt publikum. Jo mer du kan skreddersy både innhold, språkbruk og valg av kanaler, desto større sjanse har du for å treffe riktige mennesker. Forsøk å finne noen karakteristikk ved hovedmålgruppen din.

Tilpass budskapet til målgruppen din

Tilpass språkbruk til målgruppen din og vær hele tiden bevisst hva du ønsker å oppnå. Unngå å bruke forkortelser eller fremmedord. Forsøk å skrive kort og presist og skrell vekk unødvendig informasjon.

Følgebrev, e-post, telefonsamtaler og introduksjonstekst på nettet eller i sosiale medier vil være med på å avgjøre hvorvidt du treffer målgruppen din med innhold og budskap. Forsøk å «ta på deg skoene» til noen i målgruppen din. Hva vet vedkommende om lærings- og mestrings-tilbud fra før av? Hva tror du vedkommende legger i å ha langvarige helseutfordringer? Ved å tilpasse budskapet til målgruppen kan du på en mer troverdig måte selge deg inn hos flere målgrupper (et altfor sprikende budskap vil imidlertid redusere troverdigheten din).

Finn egnede kanaler

Budskap og språkbruk bør tilpasses den kanalen det gjøres tilgjengelig i. Det er eksempelvis mer passelig med et muntlig språk i sosiale medier enn på en formell nettside eller på en plakat på et venterom.

Det vil være mange ulike kanaler å velge i for å nå ut til din målgruppe, men dette vil også variere fra kommune til kommune. Forsøk å tenke etter hvordan din målgruppe vil lete etter informasjon. Under er en liste med forslag.

Alternative informasjonskanaler:

- Oppslag og brosjyrer hos ulike kommunale enheter, for eksempel helsestasjoner, legekontorer, rehabiliteringsenheter, psykisk helse, frisklivssentraler, fysioterapi og ergoterapi
- Det er viktig at koordinerende enhet i kommunen har informasjon om tilbudet; bestiller-, søker- eller tjenestekontor i kommunen (ulike navn i ulike kommuner)
- Oppslag hos NAV
- Oppslag og brosjyrer på legekontor: Hvis legekontoret har TV med rullerende informasjon, kan man sjekke mulighetene for å annonsere her
- Kommunens nettsider og sosiale medier
- Via ulike lokale bedriftshelsetjenester
- Annonse i lokalavis og/eller invitere lokale aviser til å skrive en sak om tilbudet
- Sjekk med lokalt helseforetak om de kan annonsere tilbudet på sine aktuelle avdelinger
- Send plakat og/eller brosjyre til FFO og SAFOs fylkeslag og be dem distribuere ut til aktuelle målgrupper. Send direkte til aktuelle brukerorganisasjoner

Bruk nettet

Stadig flere søker informasjon via internett. Dersom dere ikke har noe eget nettsted, har de fleste kommuner et servicetorg eller lignende på sine hjemmesider som det kan være naturlig å legge ut slik informasjon. Det kan være lurt å kontakte kommunikasjonsavdelingen i kommunen, som sikkert har flere gode tips tilpasset deres lokale behov. I tillegg vet vi at lesevanene på internett innebærer mye søk i google eller andre søkemotorer. Dette betyr at hvilke ord du velger å bruke for å introdusere tilbudet kan være med på å avgjøre hvorvidt din målgruppe klarer å finne frem til informasjonen eller ikke. Unngå å legge ut en brosjyre på nett uten å skrive en omtale eller introduksjonstekst. I verste fall kan dette medføre at informasjonen ikke dukker opp i søk i det hele tatt. Dette gjelder også hvis du velger å lenke til en artikkel om kurset i sosiale medier som for eksempel Facebook. Skriv alltid en følgetekst.

Bruk relevante mellomledd

Å skape troverdighet og tillit er viktig for å kunne overbevise noen om å gjøre en handling de før ikke hadde tenkt på. Man kan gjøre mye med innholdet i en tekst for å skape tillit (for eksempel ved å informere om at opplysninger som kommer frem under kurset er taushetsbelagt), men det vil ha vel så stor betydning for resultatet om kilden til informasjonen er troverdig eller ikke. Kanskje er det derfor sosiale medier fungerer så effektivt i forhold til spredning av informasjon. Dersom man ser at mennesker man stoler på går god for noe, er det mye lettere å la seg selv overbevise.

Tenk igjennom om det er noen viktige mellomledd du kan bruke i formidlingsarbeidet. De kan enten fungere som ambassadører; folk som har vært i samme situasjon selv og som kan overbevise om deltakelse gjennom å fortelle om egen erfaring for eksempel formulert som et sitat, en Facebook-tekst eller i en introduksjonstekst på nettet, eller de kan rett og slett fungere som en informasjonskanal; som for eksempel en fastlege eller en NAV-ansatt som kjenner en potensiell deltaker godt. Dette vil i så fall kreve at dere gjør en innsats også overfor enkelte yrkesgruppe når det gjelder informasjon om tilbudet.

Mål effekt av rekrutteringstiltakene

Ettersom det overordnede målet er rekruttering til et spesifikt tilbud, er det enkelt å måle effekt ved å telle antall totale påmeldinger. Likevel er det mer evalueringsverdi i å forsøke se en sammenheng mellom de ulike tiltakene og antall påmeldinger. Sørg for å legge inn spørsmål om hvordan deltakerne fikk høre om kurset (altså kanal, informasjonsressurs) og hva som gjorde at de besluttet å melde seg på. Dette vil forenkle rekrutteringsarbeidet i neste runde.

For å rekruttere oss til et kurs må du:



4.6 Sjekkliste for planlegging av Mestringstreff



VURDERING

Det kan være nyttig med en sjekkliste dersom det er første gang du skal arrange-re et lærings- og mestringstilbud. Under finner du et forslag til sjekkliste som er basert på ulike erfaringer med oppstart av tilbud. Den omfatter viktige spørsmål i dialog med ledelse og samarbeidspartnere og er et verktøy for å støtte i prosessen. Du finner en utskriftsversjon i verktøykassa, del 2.

Område	Nyttige spørsmål å avklare
Forankring	Hvem har tatt initiativet? Hvor er det forankret (samarbeidsavtale, enhetsavtale/virksomhets-avtale, administrativ ledelse, hos fagpersoner)? Hva er den økonomiske rammen (ordinært budsjett, øremerkede midler, prosjektmidler)?
Oppdrag og dokumentasjon	Er målgruppe avklart? Hva er målet med tilbudet? Hvordan skal tilbudet rapporteres (journalføring, opptelling av antall deltagere/kurs, for- og etter-samtale, evalueringsverktøy)?
Organisering og samhandling	Samhandling internt i kommunen/bydelen: (se del 3) Hvor og hvordan skal tilbudet organiseres i kommunen? Hvilke tjenester skal samarbeide? Hvem skal delta i arbeidsgruppa?
	Interkommunalt samarbeid/samarbeid mellom bydel: (se del 3) Foreligger det noen formelle avtaler for samarbeidet (beskrivelse av forankring, samarbeid, og fordeling av kostnader)?
	Samhandling med spesialisthelsetjenesten: (se del 3) Er det etablert kontakt med lokalt helseforetak? Foreligger skriftlige, formelle avtaler? Skal tilbudet inn i et forløp? Er det behov for kompetansedeling og/eller – heving?
	Samhandling med brukerorganisasjoner og frivillighet: (se del 3) Har kommunen egne samarbeidsavtaler med brukerorganisasjoner (utover Eldreråd og Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne) som kan være aktuell i denne sammenheng? Hvis ikke, kontakt lokal FFO og/eller SAFO. Ta kontakt med brukerrepresentanter og snakk om roller og forventninger (begge veier) før første arbeidsmøte. Er det avtalt brukerhonorering (sjekk kommunens retningslinjer)?
Arbeids-møter	Invitere til første arbeidsmøte for lokal planlegging. Det varierer hvor mange arbeidsmøter man trenger før kursstart. Viktige ting som må tydeliggjøres og avklares er: • mål og målgruppe • samarbeidsprosess/gjensidige forventninger • Innhold: – Skal mestringstreff gjennomføres som beskrevet, eller skal noen tema byttes ut/legges til? – Behov for mer tid på noen av temaene? – Hvordan skal refleksjonsoppgavene brukes? – Avklare hvordan benytte brukerkompetansen (brukerhistorie, erfaringsdeling på bestemte tema, annet) – Hvilke pedagogiske verktøy/mestringsverktøy skal brukes? – Se gjennom presentasjonen for samlingene; brukes som de er eller endres? – Hvilke evalueringsverktøy skal brukes og hvordan innhente evalueringen? • Avklare om det skal gjennomføres forsamtaler og hvem som har ansvar for dem • Praktiske forhold: – Avtale tid, sted, maks antall deltagere, servering osv. – Legge en plan for markedsføring og rekruttering – NB! Husk hensyn til allergier, samt tilgjengelighet i lokaler

5. GJENNOMFØRE

5.1 Målgruppe og mål

Å leve med helseutfordringer og kronisk sykdom kan medføre store forandringer i den enkeltes liv. Mennesker reagerer forskjellig på situasjonen og har ulike måter å håndtere hverdagen på. Det å styrke egen mestringsevne kan bidra til en bedre hverdag. I dette ligger blant annet å akseptere egen situasjon, se nye muligheter, samt oppdage og ha tro på egne ressurser. Dette kan oppnås gjennom å få informasjon, kunnskap og verktøy som gir bedre ferdigheter til å håndtere situasjonen, og ikke minst, ved å få råd, tips og støtte gjennom å utveksle erfaringer med andre i liknende situasjon.

Målgruppa for *Mestringstreff* er brukere og pasienter (over 18 år) som lever med helseutfordringer og deres pårørende. Helseutfordringer inkluderer her kronisk sykdom, nedsatt funksjonsevne og lettere psykiske belastninger. Målgruppa kan spesifiseres nærmere i tilknytning til lokale behov.

Tilbudet er for de som evner å delta i en erfaringsutveksling i gruppe, og som kan ha nytte av kunnskapen og verktøyene i kurset. Kurset er ikke beregnet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser eller kognitiv svikt.

Mestringstreff skal bidra til at mennesker som lever med helseutfordringer har tro på egen mestringsevne og ferdigheter til å håndtere egen livssituasjon.

Holdningsmål

Deltakerne har tro på egne ressurser og har reflektert over hva som kan bidra til en god hverdag.

Kunnskapsmål

Deltakerne har kunnskap om mestringsprosessen og ulike mestringsstrategier.

Ferdighetsmål

Deltakerne har prøvd ut og kan benytte ulike mestringsverktøy til hjelp i hverdagen.



VURDERING

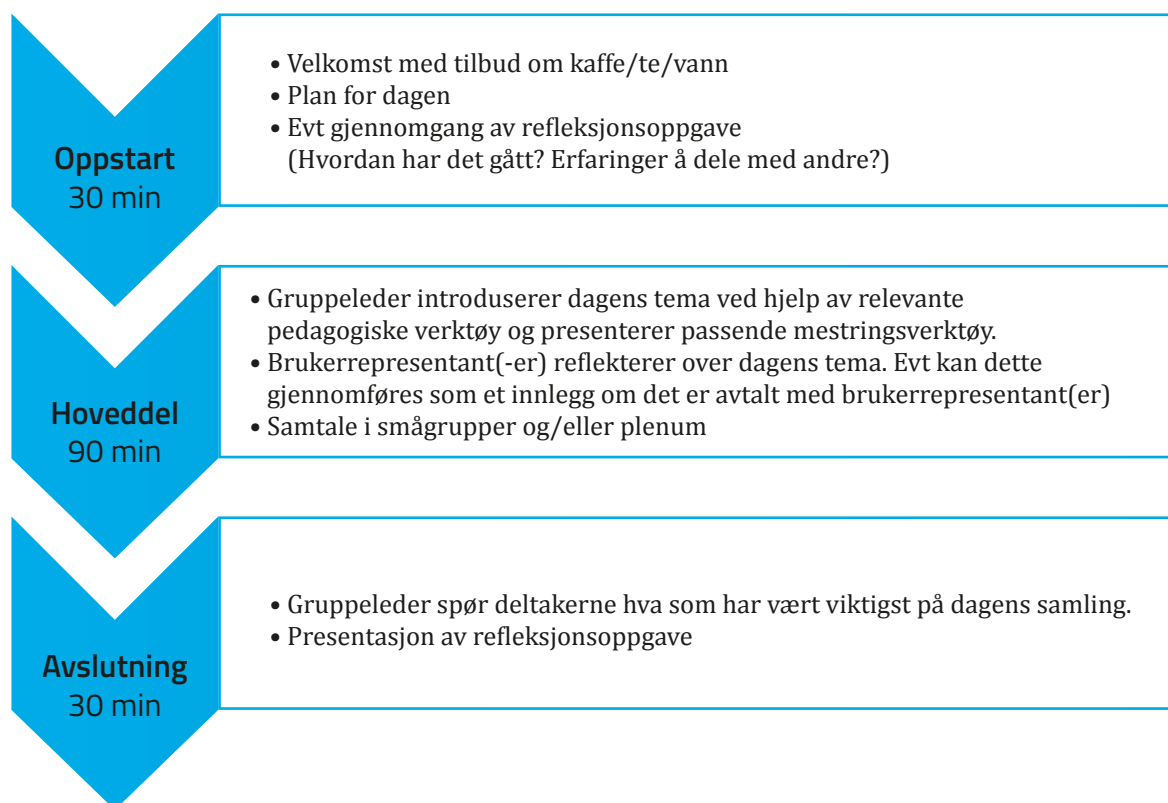
I en del diagnoseuavhengige tilbud gjennomføres *forsamtaler* for å avdekke eventuelle hensyn som må ivaretas, skape trygghet, avklare hva kurset handler om og så videre ([se dansk håndbok](#)). Dette kan gjøres over telefon eller i et møte. Et tips kan være å bruke Før-skjema (kartleggingsskjema i verktøykassa) i forsamtalen. Forsamtaler er mer tidkrevende. Dere må avgjøre hva som er hensiktsmessig hos dere.

Målgruppa for kurset kan spesifiseres nærmere i tilknytning til lokale behov.

Pårørende kan både være viktige støttespillere samt selv ha nytte av kunnskapen og verktøyene i kurset. Samtidig kan det være enkelte tema som kan være utfordrende å ta opp når ektefelle/samboer/ annen pårørende er tilstede. Dere må avgjøre om pårørende også skal inviteres på tilbudet eller om pårørende skal få egne lærings- og mestringstilbud.

5.2 Lik oppbygging hver gang

Det anbefales at samlingene har lik oppbygging hver gang.
Pauser er også viktig.





PRAKTISKE TIPS

Skriv en enkel logg fra hver samling om:
GJORT – dagsplan og eventuell avvik fra dagsplan

LÆRT – læringsresultat i stikkordsform

LURT – stikkord om hva som var bra og refleksjon over hva som kan gjøres annerledes

Gjør klar og del ut en kursperm eller -mappe der deltakerne kan samle:

- Materiale som deles ut i kurset (f.eks vedlegg i verktøykassa)
- Egne notater og refleksjoner
- Refleksjonsoppgaver
- Informasjon om andre lokale tilbud
- Annet dere finner relevant å dele ut

5.3 Tilbudets form

Lærings- og mestringstilbud skapes med utgangspunkt i brukere, pasienter eller pårørendes behov, og i et samarbeid mellom brukerrepresentanter og fagpersoner. Tilbudets form og innhold tilpasses deretter. Det medfører at tilbudene får ulik lengde og antall samlinger. Med bakgrunn i [kartlegging](#) av andre diagnoseuavhengige tilbud, forskning og erfaringskunnskap gjelder følgende anbefalinger for *Mestringstreff*:



ANBEFALING

Antall deltakere: 6 - 12

Antall samlinger: 6 samlinger på
2,5 – 3 timer

Ukentlig samling



VURDERING

Det er mulig å ha med flere kursdeltakere enn det som er anbefalt. Hvis det er flere enn 12 kursdeltakere er det behov for flere gruppeledere for å ivareta gruppeprosessene. Dere må avklare lokalt hva som er maks antall deltakere.

De fleste kurstilbud i regi av offentlig helsevesen foregår på dagtid. Avhengig av målgruppe og brukerrepresentantens tilgjengelig tid kan det være hensiktsmessig at noen tilbud foregår på ettermiddag/kveld. Dere må avklare tidspunkter for kurstilbudet.

5.4 Innholdet i samlingene

Det finnes mange aktuelle temaer å ta inn i et diagnoseuavhengig lærings- og mestringstilbud. Basert på innspill fra brukerrepresentanter, fagpersoner, tilgjengelig forskning og innholdet i andre relevante tilbud, anbefales det at *Mestringstreff* inneholder følgende temaer:

1. Hva er mestring?
2. Tanker, følelser og handling
3. Kommunikasjon og samspill
4. Mestringsstrategier, mestringstro og egne ressurser
5. Motivasjon og endring
6. Muligheter framover



VURDERING

- Andre relevante temaer kan være ernæring, fysisk aktivitet, søvn, aksept, selvbilde/selvfølelse, stressmestring og avspenning. Dere må lokalt avklare om det er ønskelig å utvide tilbudet med flere tema og eventuelt øke antall samlinger.
- Erfaringer viser at temaet om sammenhengen mellom tanker, følelser og handling kan kreve mer tid enn andre tema. Vurder om det er nødvendig å sette av mer tid til denne samlingen.
- Det finnes mange pedagogiske innfallsvinkler til de ulike samlingene og ulike mestringsstrategier som kan være aktuelle for de ulike temaene. Det er lurt å ta en gjennomgang av vektøykassa for å velge verktøy og virkemidler i tilknytning til samlingene.

5.5 Refleksjonsoppgaver

Det er et mål at deltagerne skal bruke mestringsverktøyene de tilegner seg på *Mestringstreff*, både underveis i tilbudet og på egen hånd. Dette for å øke deltagerne bevissthet og refleksjon knyttet til hvordan bruke mestringsverktøy i ulike situasjoner. For *Mestringstreff* er det utviklet spørsmål knyttet til de forskjellige temaene, samt forslag til hvordan disse kan brukes til individuell refleksjon eller i samtaler mellom to og to.

Refleksjonsoppgaver kan bidra til å synliggjøre at mestringsverktøy som introduseres i kurset kan brukes på andre områder i hverdagen.



VURDERING

Det er foreslått refleksjonsoppgaver til hver samling i *Mestringstreff*. Det er lurt å gå gjennom refleksjonsoppgavene for å avgjøre om forslagene skal brukes eller endres. Lag gjerne egne refleksjonsoppgaver.

Refleksjonsoppgaver bør være konkrete og ha relasjon til temaer og mestringsverktøy som gjennomgås på hver samling.

5.6 Lesetips og nettressurser

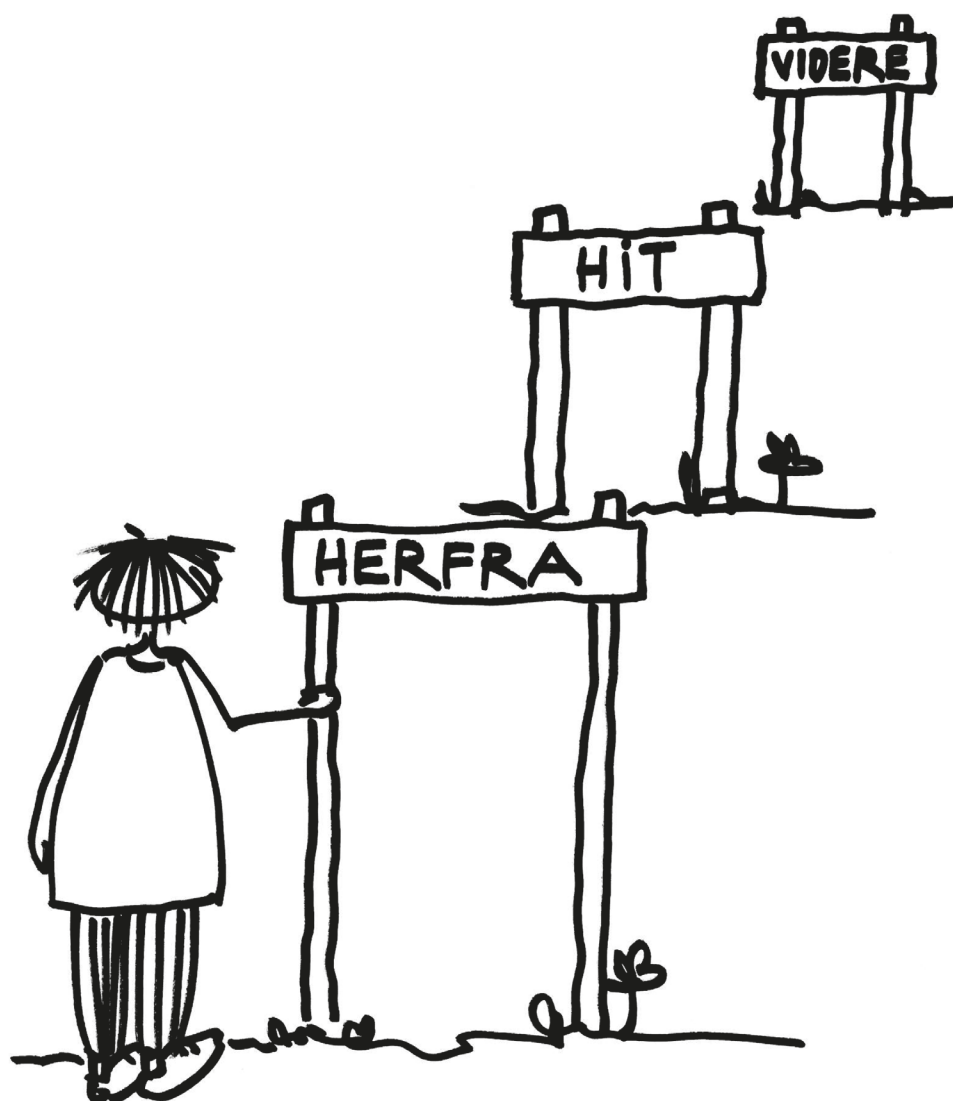
Det ligger ved lesetips knyttet til de ulike samlingene. Det finnes et stort antall mulige referanser knyttet til de ulike temaene. Vi har valgt å lage en begrenset liste i denne omgang, hovedsakelig bestående av norske referanser. Dette er artikler vi mener er nyttige, selv om de ikke nødvendigvis er primærkilder.

5.7 Verktøykasse

I *Mestringstreff* anbefales det å benytte ulike pedagogiske virkemidler og mestringsverktøy for å støtte opp under gruppe- og læringsprosessen i hver samling. Verktøyene er nærmere beskrevet og ligger samlet i håndbokas del 2 Verktøykasse. Verktøykasse inneholder mange ulike verktøy, og det er nødvendig å gjøre valg, avhengig av egen kompetanse og erfaring.

5.8 Presentasjoner til samlingene

Det er laget en samling PowerPoint-presentasjoner som kan benyttes i samlingene. Presentasjonen er i hovedsak illustrert med tegninger som er laget spesielt for *Mestringstreff*. I teksten til bildene ligger det en del fagstoff og tips for de som skal innlede om temaene. Her er det imidlertid rom for å legge egne bilder, med egne illustrasjoner og eget innhold.



6. SAMLINGENE I MESTRINGSTREFF

6.1 Hva er mestring?

Anbefalt lesing før samlingen er kapittel 14 og 17.2 i håndboka del 3 Teori- og kunnskapsgrunnlag, samt lesetips på side 27. Sjekk også presentasjonen til samlingen.

Mål for samlingen

Deltakerne:

- uttrykker forventninger og opplever en trygg start i gruppa
- reflekterer over hva mestring innebærer i egen hverdag
- møter andre som har lignende erfaringer og helseutfordringer
- har kunnskap om mestring og mestringsprosessen

Oversikt over samlingen:

Oppstart:

- Velkommen
- Presentasjon av kurset
- Presentasjonsrunde
- Avklare forventninger
- Avklare grupperegler
- Dagens tema

Hoveddel:

- Om mestring
- Hva innebærer det å leve med helseutfordringer?
- Å akseptere det som ikke kan endres
- Hva er viktig for meg å mestre?
- Hva vil det si å mestre en hverdag?

Avslutning:

- Presentasjon av refleksjonsoppgave
- Hva har vært viktigst på denne samlingen?

Forslag til gruppespørsmål:

Hva ligger i ordet mestring?

Hva betyr det å mestre noe?

Hva vil det si å mestre noe i hverdagen?

Forslag til individuell refleksjon/snakke to og to:

Mestring er for meg.....

Jeg mestrer når.....

Dette er viktig for meg å mestre....

Mulig verktøy for denne øvelsen er pedagogisk sol.



PRAKTISKE TIPS

Det er hensiktsmessig at kurslederne presenterer seg først, da dette legger føringer for hvordan de andre presenterer seg og forteller om seg selv. Her kan du velge å bruke verktøyet presentasjonsblomst eller hånda som er beskrevet i Verktøykassa i del 2.

Synliggjør fellesnevnerne knyttet til forventninger i gruppa – det er alltid noe felles selv om deltakerne er ulike personer med forskjellige helseutfordringer.

Lesetips til samling 1

Litteratur

- Gjengedal E og Hanestad BR (red) (2007). *Å leve med kronisk sykdom, en varig kursendring*. Cappelen akademisk forl.
- Dager T, Fjerstad E og Zangi H (2010). *Om mestring*. En artikkelsamling til nytte og glede.

Forskning

- Ambrosio mfl (2015). Living with chronic illness in adults: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing* Volume 24, Issue 17-18 September 2015 Pages 2357-2367

Omtale på NK LMHs nettside mestring.no:

Nettressurser

- Hinrichsen EK (2012). Håndbog til lærings- og mestringsuddannelser. Erfaringsviden og faglig viden hånd i hånd. Århus: Region Midtjylland, CFK. Folkesundhet og Kvalitetsudvikling
- NAPHA [Samtalegrupper for mestring](#)
- [Selvhjelp Norge](#)
- Fugelsnes E (2012). [Mestrer kronisk sykdom bedre med opplæring](#).

Forslag til refleksjonsoppgave

Velg deg et område det er viktig for deg å mestre bedre:

- Hvorfor er mestring på dette området viktig?
- Hva må til for å oppnå dette?

Mulige verktøy er helsekoppen og skoa. Se verktøykassa.

6.2 Sammenhengen mellom tanker, følelser og handling

Anbefalt lesing før samlingen er kapittel 17 i håndbokas del 3 Teori- og kunnskapsgrunnlag, samt lesetips side 29. Sjekk også presentasjonen til samlingen.

Mål for samlingen

Deltakerne:

- er kjent med at det er en sammenheng mellom hva en tenker, føler, kjenner på kroppen og gjør
- er oppmerksomme på egne tolkninger og alternative tanker og handlinger
- gjenkjenner og har kunnskap om negative og uhensikts-messige tanker og handlingsmønstre
- er introdusert til verktøy som fremmer mestring

Oversikt over samlingen:

Oppstart:

- Velkommen
- Gjennomgang av refleksjons-oppgave
- Tanker, erfaringer å dele med gruppa?
- Dagens tema

Hoveddel:

- Presentasjon av kognitiv modell
- Negative automatiske tanker (NAT) og alternative tankemønstre
- Verktøy for endring og mestring

Avslutning:

- Presentasjon av refleksjons-oppgave
- Hva har vært viktigst på denne samlingen?

Forslag til gruppespørsmål:

Hva innebærer det å være bevisst på tanker og følelser?

Hvilken nytte kan det ha å sette ord på det som er vanskelig?

Flere spørsmål, se presentasjonen til samlingen.

Forslag til individuell refleksjon/snakke to og to:

Slik snakker jeg positivt om meg selv/ til meg selv....

Situasjoner som gir meg negative tanker og følelser er....

Når jeg setter ord på noe som er vanskelig merker jeg at....

Mulig verktøy for denne øvelsen er pedagogisk sol.



PRAKTISKE TIPS

Den kognitive modellen kan være utfordrende å forstå. Bruk derfor god tid på eksempler slik at det blir lettere for deltakerne å gjennomføre refleksjonsoppgaven.

Lesetips til samling 2

Litteratur

- Wilhelmsen I (2004). *Sjef i eget liv*. En bok om kognitiv terapi. Hertevig forlag.
- Berge T, Repål A (2010). *Den indre samtale*. Lær deg kognitiv terapi. Gyldendal.

Forskning

- Ambrosio mfl (2015). Living with chronic illness in adults: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing* Volume 24, Issue 17-18 September 2015 Pages 2357-2367

Omtale på NK LMHs nettside mestring.no:

Nettressurser

- Norsk forening for kognitiv terapi www.kognitiv.no
- Berge T, Dehli L, Fjerstad E (2014). *Energityvene*. Utmattelse i sykdom og hverdag. Aschehoug. Oslo.
- Om [ABC-modellen](#) på Youtube
- <http://psychologytools.com/>

Forslag til refleksjonsoppgave

Ta utgangspunkt i en aktuell, utfordrende situasjon i din egen hverdag. Bruk skjemaet (sammenhengen mellom tanker, følelser og handling) i verktøykassa og fyll ut. Bruk støttespørsmål for å se om det endrer dine følelser, tanker, kroppslige reaksjoner og handlinger.

Mulige verktøy er kognitiv modell, førstehjelpshånda, sommerfugl-modellen og SOAL. Se verktøykassa.

6.3 Kommunikasjon og samspill

Anbefalt lesing før samlingen er lesetips side 31. Sjekk også presentasjonen for samlingen.

Mål for samlingen

Deltakerne:

- er bevisst på egen kommunikasjon i samspill med andre
- ser betydningen av å sette grenser for seg selv i forhold til egne omgivelser

Oversikt over samlingen:

Oppstart:

- Velkommen
- Gjennomgang av refleksjonsoppgave
- Tanker, erfaringer å dele med gruppa?
- Dagens tema

Hoveddel:

- God kommunikasjon
- Tydelig kommunikasjon
- Kommunikasjon i nettverk

Avslutning:

- Presentasjon av refleksjonsoppgave
- Hva har vært viktigst på denne samlingen?

Forslag til gruppespørsmål:

Hva gjør at du føler deg lyttet til og sett?

Kan våre grupperegler for kommunikasjon være relevant i andre sammenhenger?

Hva er et godt nettverk?

Forslag til individuell refleksjon/snakke to og to:

Dette gjør at jeg føler meg sett og hørt....

Dette gjør jeg for å ta vare på personer som er viktig for meg....



PRAKTISKE TIPS

Prinsipper for samtale i grupper (som ligger i presentasjonen til samling 1), kan også tas opp her.

Gruppedeltakerne kan reflektere over om noen av disse prinsippene kan brukes i hverdagen, i kommunikasjon med egne nettverk.

Lesetips til samling 3

Litteratur

- Spurkeland J (2012). [Relasjonskompetanse](#). Resultater gjennom samhandling. Universitetsforlaget.
- Fyrand L (2016). [Sosialt nettverk og helse](#). Universitetsforlaget.

Forskning

- Helsedirektoratet (2015). [Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet](#) (IS 2387)

Nettressurser

- Om [kommunikasjon](#) i Store norske leksikon
- Folkehelseinstituttets [faktaark](#)

Forslag til refleksjonsoppgave

Kartlegg nettverk som utgangspunkt for å avdekke relasjoner du ønsker å opprettholde og å endre. Velg ut en relasjon og bruk BUSK for å bli tydeligere i egen kommunikasjon.

Velg en konkret relasjon og øv på selvhevdende tale.
Se verktøykassa.

6.4 Mestringsstrategier, mestringstro og egne ressurser

Anbefalt lesing før samlingen er kapittel 14.2 og 17.2 i håndbokas del 3, samt lesetips side 33. Sjekk også presentasjonen for samlingen.

Mål for samlingen

Deltakerne:

- har tro på at det er mulig å håndtere ulike situasjoner ut fra egne ressurser
- er bevisste på egne mestringsstrategier
- kjenner til verktøy og teknikker for å sortere bekymringer

Oversikt over samlingen:

Oppstart:

- Velkommen
- Gjennomgang av refleksjonsoppgave
- Tanker, erfaringer å dele med gruppa?
- Dagens tema

Hoveddel:

- Mestring og mestringstro
- Subjektiv velvære
- Aksept og sortering
- Energibalanse og søvn

Avslutning:

- Presentasjon av refleksjonsoppgave
- Hva har vært viktigst på denne samlingen?

Forslag til gruppespørsmål:

Hvilken betydning kan mestringstro ha for hverdagen?

Hvilke strategier kan være gode for å fremme mestring?

Forslag til individuell refleksjon/snakke to og to:

For meg betyr mestringstro at....

Gi eksempel på situasjoner hvor man opplevde mestringstro....

Disse stragiene bruker jeg for å løse uhensiktsmessige tanker i hverdagen....

Mulig verktøy for denne øvelsen er bruk av gule lapper.



PRAKTISKE TIPS

I løpet av en dag dukker det opp mange tanker som ikke nødvendigvis er bekymringer, men som likevel kan være greit å sortere. Oppfordre deltakerne til å øve seg på å bruke bekymringsskuffemodellen også i hverdagen.

Lesetips til samling 4

Litteratur

- Fagermoen MS og Lerdal A (2011). *Teoretiske modeller for læring og mestring*. I Lerdal A Fagermoen MS (Eds.), *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 17-37). Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Vifladt E og Hopen L (2013). *Pasientopplæring - kompetanse, veivalg, lederskap*: Kolofon forlag AS.
- Heggen K (2007). *Rammer for meistring*. I Ekeland TJ og Heggen K (Eds.), *Meistring og myndiggjøring - Reform eller retorikk?* (s. 64-82). Oslo. Gyldendal Akademisk.

Forskning

- Ambrosio mfl (2015). Living with chronic illness in adults: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing* Volume 24, Issue 17-18 September 2015 Pages 2357-2367

Omtale på NK LMHs nettside mestring.no

- Oppsummert forskning mestringskurset, *the Chronic Disease Self-Management Program* (*Å leve et friskere liv*)

Nettressurser

- Dansk [håndbok](#) i lærings- og mestringsarbeid

Forslag til refleksjonsoppgave

Fyll ut en ukeplan med vanlige aktiviteter. Merk det som gir energi og det som tapper deg for energi.

Mulige verktøy er bekymringsskuffene, sorteringssirkelen, aktivitetskartlegging, ressurskartlegging. Se verktøykassa.

6.5 Motivasjon og ønsket endring

Anbefalt lesing før samlingen er kapittel 17 i håndbokas del 3, samt lesetips side 35. Sjekk også presentasjonen for samlingen.

Mål for samlingen

Deltakerne:

- forstår at det er skille mellom det man må lære seg å leve med og muligheter for endring på områder man kan påvirke
- arbeider med å finne frem til hva som kan motivere til endring
- har kunnskap om hvilke verktøy som kan bidra til å fremme endring

Oversikt over samlingen:

Oppstart:

- Velkommen
- Gjennomgang av refleksjonsoppgave
- Tanker, erfaringer å dele med gruppa?
- Dagens tema

Hoveddel:

- Om motivasjon
- Om endring
- Ambivalensutforskning – fordeler og ulemper
- Om å sette seg mål

Avslutning:

- Presentasjon av refleksjonsoppgave
- Hva har vært viktigst på denne samlingen?

Forslag til gruppespørsmål:

Hva betyr det å være motivert for noe?

Hvilken betydning tenker dere at motivasjon har for å mestre noe i hverdagen?

Hva gjør dere for å opprettholde motivasjon?

Hva gjør endring vanskelig?

Hvordan kan vi akseptere at endring tar tid?

Forslag til individuell refleksjon/snakke to og to:

Dette motiverer meg i min hverdag.....

Når jeg er motivert, da.....

Endring er vanskelig fordi.....

Mulig verktøy for denne øvelsen er pedagogisk sol.



PRAKTISKE TIPS

Mange setter opp egne handlingsplaner for å nå ønsket mål om endring. Vurder hvorvidt det er tid til å snakke om bruk av handlingsplan som hjelp og støtte når man vil endre noe.

Lesetips til samling 5

Litteratur

- Rollnick S., Miller W.R og Butler C.C (2009): *Motivasjonssamtalen i sundhetssektoren* (Dansk oversettelse). Hans Reitzels Forlag. ISBN 978-87-412-522-3
- Barth T, Näsholm C (2007). *Motiverende samtale – Endring på egne vilkår*. Fagbokforlaget.

Forskning

- Barth T (2012). Motiverende Intervju: [hvorfor og hvordan benytte denne samtaleteknikken?](#)
Artikkel om MI på [forebygging.no](#)

Nettressurser

- Helsedirektoratet om [MI](#)
- Helsedirektoratet. Filmer om [MI](#)
- [MINT](#) excellence in motivational interviewing.
- [MINT Nordic](#)

Forslag til refleksjonsoppgave

Beskriv noe du ønsker å endre på.

Bruk ambivalensskjemaet for å tydeliggjøre fordelene med å endre det du ønsker.
Prøv deretter å sette opp målet ditt etter SMARTmodellen.

Mulige verktøy er SØT-modellen og ambivalensutforskning. Se verktøykassa.

6.6 Muligheter framover

Anbefalt lesing før samlingen er lesetips side 37. Sjekk også presentasjonen for samlingen.

Mål for samlingen

Deltakerne:

- ser muligheter framover
- har kunnskap om lokale tilbud de kan delta på i fortsettelsen

Oversikt over samlingen:

Oppstart:

- Velkommen
- Gjennomgang av refleksjonsoppgave
- Tanker, erfaringer å dele med gruppa?
- Dagens tema

Hoveddel:

- Hva har vi jobbet med?
- Hva har vært nyttig for dere underveis og hva kan dere ta med dere videre?
- Hvilke muligheter finnes for å jobbe videre? Informere om det som står i permen.
- Besøk av kommunale aktører og/eller organisasjoner som gir informasjon om lokale tilbud som kan benyttes i etterkant av kurs.

Avslutning:

- Hva har vært viktigst på denne samlingen?



PRAKTISKE TIPS

Sett av litt tid til å forklare og fylle ut evalueringsskjemaene, samt til å få dem inn samme dag (her er det helst en av deltakerne som skal samle inn, av hensyn til krav om anonymitet).

Her finnes det mange gode spørsmål i presentasjonen for samlingen som kan brukes. I tillegg kan du spørre deltakerne om hvilke muligheter ser du/dere framover?

Lesetips til samling 6

Litteratur

- Gjengedal E og Hanestad BR (red) (2007). *Å leve med kronisk sykdom, en varig kursendring*. Cappelen

Forskning

- Stenberg U m.fl (2016). *Nytte og effekt av lærings- og mestringstilbud*

Nettressurser

- [Livsstyrketrening](#)
- Kurset *Mestring med Funkis*
- www.selvhjelp.no
- [KID](#) - kurs i depresjonsmestring

7. EVALUERE

Evaluering er en viktig forutsetning for kontinuerlig kvalitetsforbedring av lærings- og mestringstilbud. Det er ønskelig å få fram erfaringer knyttet til deltakelse, utbytte, samarbeid, organisering og gjennomføring. Innsikt i deltakernes opplevelser og oppfatninger er avgjørende for å videreutvikle og justere tilbudet. Det er også viktig å få med erfaringene fra de involverte brukerrepresentantene og fagpersonene.

Evaluering av tilbudet kan gjennomføres ved å be deltakerne fylle ut spørreskjemaer og/eller å få muntlige tilbakemeldinger. Arbeidsgruppas erfaringer med planlegging og gjennomføring av tilbudet er også viktig å få fram. Dette gjøres gjerne i et siste arbeidsgruppemøte i etterkant av gjennomført kurs. Til sammen brukes resultatene fra evalueringen til å justere innholdet, formen og arbeidsprosessen på tilbudet i neste omgang. Håndbokas del 2 (Verktøykassa), inneholder utkast til evaluerings-skjemaer som kan benyttes.

Evalueringen kan bestå av

- **Deltakerkartlegging ved oppstart.** Deltakerne vil bli bedt om å formidle forventninger knyttet til *Mestringstreff* gjennom dialogen i det første møtet. Om ønskelig kan dette også gjøres skriftlig. Se vedlegg i del 2, Verktøykassa.
- **Deltakerevaluering etter gjennomført tilbud.** Når tilbudet er gjennomført er det viktig å få deltakernes tilbakemeldinger. Deltakerne blir spurt om de vil svare på et spørreskjema på siste samling. Se vedlegg i del 2, Verktøykassa.
- **Evalueringsmøte med de som er ansvarlige for gjennomføringen** av *Mestringstreff*. I etterkant av kurset samles arbeidsgruppa for å gå gjennom tilbakemeldingene. Kurslederne sier noe om hvordan de opplevde kurset. Tilbakemeldingene brukes som innspill til eventuelle justeringer av kurset før neste gjennomføring.





DEL 2

VERKTØYKASSE

8. Innledning	42
9. Pedagogiske metoder og verktøy	43
9.1 Den didaktiske relasjonsmodellen	43
9.2 Motiverende intervju/samtale	43
9.3 Oversikt over ulike pedagogiske metoder og verktøy	44
9.4 Støtteark til samlingene	45
9.5 Første møte – presentasjonsverktøy	45
10. Mestringsverktøy	47
10.1 Oversikt over aktuelle mestringsverktøy	47
10.2 Mestringsprosessen	48
10.3 Kognitiv modell; tanker, følelser og handling.	49
10.4 Hjelpemåter - sortering av følelser	50
10.5 Pedagogisk sol	51
10.6 Hvor trykker skoen?	52
10.7 SØT-modellen	53
10.8 Oppmerksomhetsøvelser (mindfulness) – pusteanke og SOAL	54
10.9 Helsekoppen	55
10.10 Ressurskartlegging	56
10.11 Aktivitetskartlegging	57
10.12 Nettverkskartlegging	58
10.13 Sommerfugl-modellen	59
10.14 Sortering av bekymringer	60
10.15 BUSK	62
10.16 Selvhevdende tale	63
10.17 Ambivalensutforskning	64
10.18 Verktøy i endringsprosessen	65
10.19 Når det diagnoseuavhengige tilbudet er ferdig – tips til veien videre	67
11. Evalueringsverktøy	68
12. Vedlegg	69

8. INNLEDNING DEL 2

Håndbok for etablering av *Mestringstreff* består av tre deler og bygger på kunnskap som er hentet fra teori og [forskning](#) og [innhold i andre diagnoseuavhengige tilbud](#), samt erfaringskunnskap fra både brukerrepresentanter og fagpersoner.

Dette er håndbokas del 2, ei verktøykasse som inneholder ulike verktøy til bruk i gjennomføringen av tilbudet. Her finner du praktiske verktøy til støtte i prosessen med å planlegge, gjennomføre og evaluere det gruppebaserte lærings- og mestringstilbudet *Mestringstreff*. Verktøy til utdeling til kursdeltakerne ligger som vedlegg i kapittel 12.

Del 1 av håndboka er en veiledning for å planlegge, gjennomføre og evaluere et diagnoseuavhengig lærings- og mestringstilbud. Del 3 inneholder kunnskaps- og teorigrunnlaget for lærings- og mestringstilbudet.

9. PEDAGOGISKE METODER OG VERKTØY

9.1 Den didaktiske relasjonsmodellen

For planlegging, gjennomføring og evaluering av lokale lærings- og mestringstilbud anbefales det å bruke didaktisk relasjonsmodell. Modellen vektlegger ulike faktorer som har betydning for formidling av kunnskap og relasjonen mellom de gjensidig avhengige faktorene. Didaktikk handler om overveielser rundt pedagogisk virksomhet, og er knyttet til undervisningens hva (mål og innhold), hvordan (overveielser, begrunnelser) og hvorfor (metodikken) (Christiansen 2013). Det anbefales at didaktisk relasjonsmodell utformes i et likeverdig samarbeid mellom fagpersoner og brukerrepresentanter.

Deltakerforutsetninger: Deltakernes forutsetninger er ofte ulike; forventninger, kunnskap og helseutfordringer kan variere. Noen av forutsetningene kan kartlegges på forhånd gjennom å spørre om deltakerne har funksjonsnedsettelse (syn, hørsel, bevegelse), allergier, behov for tolk eller lignende. Likevel vil ulikheter også komme fram under kurset, for eksempel grad av kunnskap og motivasjon. Det er likevel viktig å legge til rette i forhold til deltakerforutsetningene i den grad det er mulig.

Mål: Her beskrives mål for kurset. Målene i *Mestringstreff* er tydeliggjort gjennom å definere kunnskapsmål, ferdighetsmål og holdningsmål, til støtte for kurslederne (Del 1, kapittel 5.1, side 20).

Innhold: Her beskrives temaene i kurset, sett i lys av målbeskrivelsen (Del 1, kapittel 6, side 26-37).

Arbeidsmåter: Her beskrives hvordan kurslederne legger til rette for læring gjennom formidling av innhold, altså hvilke metoder som brukes i formidlingen.

Rammefaktorer: Her beskrives forhold som påvirker kurset, for eksempel tidsperspektiv, tilgjengelige ressurser i form av personer og økonomi og rom/areal. Det er sannsynlig at rammefaktorene vil variere en del mellom de kommunene som etablerer *Mestringstreff*.

Evaluering: Her beskrives hva som skal evalueres, når og hvordan. Velg evalueringsskjema (se vedlegg), når det skal brukes og hvordan det skal fylles ut. Det kan også være nyttig å ha en evalueringsrunde i gruppa mot slutten av hver

samling (hva var viktig i dag og hva bør eventuelt endres til neste gang?).

9.2 Motiverende intervju/samtale

Motiverende intervju/samtale (MI) baserer seg på erfaring og forskning om hvordan en persons motivasjon for å gjøre endringer i eget liv kan økes gjennom samtale. MI er utviklet og beskrevet av psykologene Miller og Rollnick (2013). God bruk av MI kan bidra til å skape et samarbeidende partnerskap mellom de som skal endre noe og de som er hjelpere i slike prosesser. MI kan brukes av personer med ulik faglig bakgrunn, i ethvert møte hvor en endring er et ønsket utfall. Det er et velkjent verktøy og du kan lese utfyllende om det på [Helsedirektoratets nettsider](#). For å lykkes med Motiverende samtale bør en beherske fire grunnleggende ferdigheter. De fire ferdighetene er evnen til å: stille åpne spørsmål, gi bekreftelse, lytte aktivt og oppsummere samtalen for klienten underveis. Disse ferdighetene brukes strategisk mens man fokuserer på en rekke emner som å se seg tilbake, en typisk dag, viktigheten av endring, å se seg selv i framtiden, forpliktelse om å endre atferd og så videre.

De viktigste målene ved bruk av MI er å engasjere, lokke fram endringssnakk og fremkalle motivasjon for å gjøre positive endringer. For eksempel kan endringssnakk lokkes frem ved å stille spørsmål som «Hvordan hadde det vært om ting var annerledes?» eller «Hvordan påvirker (problematferden man vil endre) det du liker å gjøre?» Endring kan forekomme hurtig eller ta lang tid, og endringstiden vil variere fra person til person. Kunnskap alene er vanligvis ikke tilstrekkelig til å motivere for atferdsendring, og utfordringer med å opprettholde endring bør anses som en regel snarere enn som et unntak. Motiverende samtaler handler om samarbeid og ikke konfrontasjon, å få fram endring og ikke undervisning, autonomi og ikke autoritet, og utforskning i stedet for forklaring. Effektive prosesser for positive endringer fokuserer på mål som er små, viktige for personene, spesifikke, realistiske, og som handler om nåtid og/eller framtid.

Motiverende samtalegrupper

Motiverende samtalegrupper fokuserer på samhandling og positive endringer. Gode gruppeprosesser fremmer og støtter endring. Motiverende samtalegrupper kan deles i fire faser:

1. Engasjering i gruppa
2. Fremme gruppemedlemmenes perspektiver
3. Utvide perspektivene og ta sats for endring
4. Ta steget til handling

Du kan lese mer om hvorfor og hvordan benytte samtaleteknikken Motiverende Intervju på Forebygging.no ([Barth T 2014](#)).

9.3 Oversikt over ulike pedagogiske metoder og verktøy

Det finnes uendelig mange pedagogiske metoder og innfallsvinkler. Valg av metoder vil være avhengig av kompetanse, erfaringer og nysgjerrighet på å prøve ut nye metoder. Her er en oversikt over noen metoder og verktøy:

Metode	Formål	Viktig å tenke på for kursleder
Intervjue hverandre, snakke sammen to og to	Bli kjent, sette den andre i fokus, få mulighet til å formidle egne tanker, meninger	Beveg deg rundt i gruppa og hjelp i gang hvis noen synes det er vanskelig
Post-it lapper	Gir tid og rom for at den enkelte skal fokusere på egne tanker	Alle lapper er like viktige, men den enkelte må selv få velge om man vil dele det man har skrevet
PowerPoint-presentasjoner	Et virkemiddel for å synliggjøre og støtte opp under den muntlige formidlingen.	Må begrenses, teksttype og -størrelse må tilpasses målgruppa. Illustrasjoner, filmer og musikk kan forsterke budskapet.
Plenumsrefleksjoner, assosiasjonstenkning	Ideer, meninger, tanker, refleksjoner får myldre fritt	Gruppemedlemmene er ulike når det gjelder å snakke i forsamlinger. Ivareta alle.
Fortellinger, narrativer	Illustrere viktige temaer og mestringsopplevelser gjennom å bruke fortellinger.	Ivareta den som forteller sin historie. Forberedelse og samtale i etterkant.
Åpne spørsmål	Formuleres i den hensikt at det finnes mange svar.	Gi tilstrekkelig tid til å reflektere over spørsmålet.
Pedagogisk sol	Øv opp selvinnsikt og bevissthet	Finn gjerne felles utsagn for gruppa og diskutér rundt dette.
Bruk av filmer	Et virkemiddel for å sette i gang refleksjon, gi forklaringer og eksempler tilknyttet tema. Kan være et fint virkemiddel for å gi variasjon i kurset.	Velg korte filmer, sjekk kilden til filmen og vær bevisst på tidspunktet og hensikten med bruk av film.

9.4 Støtteark til samlingene

Det er laget en samling PowerPoint-presentasjoner som kan benyttes som støtteark til de ulike samlingene. Bildene er ment som et virkemiddel for å tydeliggjøre og støtte opp under den muntlige formidlingen. Det anbefales at kurslederne går gjennom støttearkene og velger ut de som er aktuelle å bruke. Ved hver samling er det oppgitt hvilke støtteark som er laget for de enkelte temaene. Kurslederne kan gjerne lage egne støtteark, eventuelt kombinere egne med de som er ferdig laget for samlingene. Du finner disse på www.mestring.no.

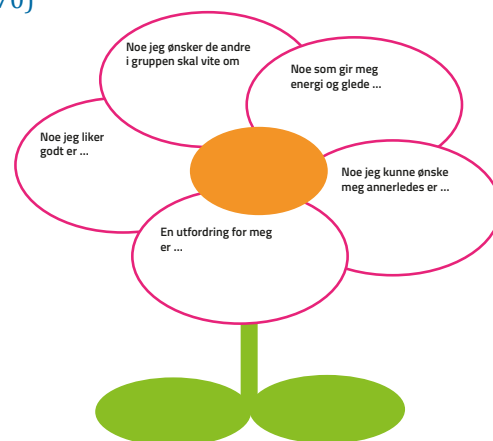
9.5 Første møte – presentasjonsverktøy

Å presentere seg selv kan være en sammensatt og utfordrende oppgave. Tenk derfor gjennom hva deltakerne trygt kan dele, hva som vekker interesse og hva som fremmer gjenkjennelse og samhold i gruppa. Presentasjoner må oppleves spennende og gi den enkelte en riktig utfordring.

Formålet her er å innlede bekjentskap med, og engasjement for, de andre deltakerne. Konkrete oppgaver for hva som skal deles, gjør presentasjonen enklere og mer forutsigbar. Overordnede temaer gir deltakerne frihet til å velge selv hva de ønsker å dele.

Her vil vi presentere to mulige pedagogiske virkemidler, presentasjonsblomsten og -hånden, som kan brukes på første samling i det diagnoseuavhengige tilbudet.

Presentasjonsblomst (vedlegg side 70)



Dette er et verktøy hvor deltakerne presenterer seg selv i gruppe gjennom å fylle ut ufullstendige setninger i kronbladene i en blomst:

- kronblad nr. 1: Noe jeg liker godt er ...
- kronblad nr. 2: Noe som gir meg energi og glede er ...
- kronblad nr. 3: En utfordring for meg er ...
- kronblad nr. 4: Noe jeg kunne ønske meg annerledes er ...
- kronblad nr. 5: Noe jeg ønsker de andre skal vite om meg er...

Slik gjennomføres øvelsen:

Deltakerne får 5 – 10 minutter til å fylle ut de ufullstendige setningene

Deltakerne deler setningene med en annen deltaker i første omgang.

Deretter deler de noen av punktene i plenum. Ta runder der alle leser en eller flere av sine setninger fra kronbladene.

Kilde:

- Utviklet i prosjektet Ung medvirkning og mestring (UMM), Ahus (2014), Akershus universitetssykehus HF. Les mer på mestring.no

Presentasjonshånden (vedlegg side 71)

Hånden er et hjelpemiddel for å bli kjent med andre i gruppa og fokusere på mestring og utfordringer. Hånden kan brukes med ulik vinkling. Her foreslår vi en variant hvor deltakerne sier noe om «her-og-nå»-situasjon og som peker framover.

Slik gjennomføres øvelsen:

Deltakerne tegner omriss av hånden sin på et ark og skriver noe om seg selv på hver finger. For denne første utforskningen av ressurser og utfordringer, foreslår vi å bruke tre fingre til å løfte fram ressurser og to fingre til å ha fokus på utfordringer.

- lillefinger – noe jeg håper på og drømmer om
- ringfinger – en viktig person
- langfinger – hva kunne jeg ønske meg at var annerledes?
- pekefinger – en utfordring for meg
- tommelfinger – tre ting som gir meg glede og energi

Når alle er ferdige, samtaler deltakerne om resultatene to og to. Partnerne presenterer så hverandre i plenum. Understrek for gruppa hvor viktig det er å dele det positive med hverandre ellers i livet. Gruppelederne veileder deltakerne og går rundt til hver enkelt deltaker mens de arbeider individuelt. Ved presentasjon i plenum, kan gruppelederne stille oppfølgende spørsmål om noen trenger støtte i sin presentasjon av partneren.



Kilde:

- Eide G og Nordenhof I (2014). *Fellesskap og ferdigheter*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Börjesson M (2009). *Motivasjon og medkänsla*. Varberg, Argument Forlag.
- Les mer på mestring.no

10. MESTRINGSVERKTØY

Her finner du verktøy som er tilpasset temaene i *Mestringstreff*. Det finnes uendelig mange verktøy og modeller når man skal jobbe med mestring, og det finnes ulike varianter av samme verktøy. Her i verktøykassa presenteres verktøyene kort med påfølgende lesetips om du vil

lese mer. Enkelte verktøy mangler teoretiske referanser, men er likevel inkludert etter innspill fra praksisfeltet. Du kan velge å bruke verktøy du kjenner eller du kan velge å prøve ut nye.

10.1 Oversikt over aktuelle mestringsverktøy

Hensikt \ Verktøy	Utforskning av: ressurser utfordringer mestringsomr.	Øke mestring Bevisstgjøring Finne balanse	Hvordan håndtere tanker og følelser	Bedre samspill med andre	Motivasjon og endring
Mestringsprosessen		•			
Kognitiv tankemodell	•	•	•	•	•
Hjelpehånda			•		
Pedagogisk sol	•	•			
Skoa	•	•			
SØT-modellen	•				•
OT-øvelser, Pusteanke, SOAL		•	•		
Helsekoppen		•			
Ressurskartlegging	•	•			
Aktivitetskartlegging	•	•			
Nettverkskartlegging		•		•	
Sommerfuglmodellen		•	•		
Bekymrings-skuffene			•		
Sortering av problemer			•		
BUSK				•	
Selvhevdende tale				•	
Ambivalensutforskning					•
SMART-mål					•
Handlingsplan					•

10.2 Mestringsprosessen

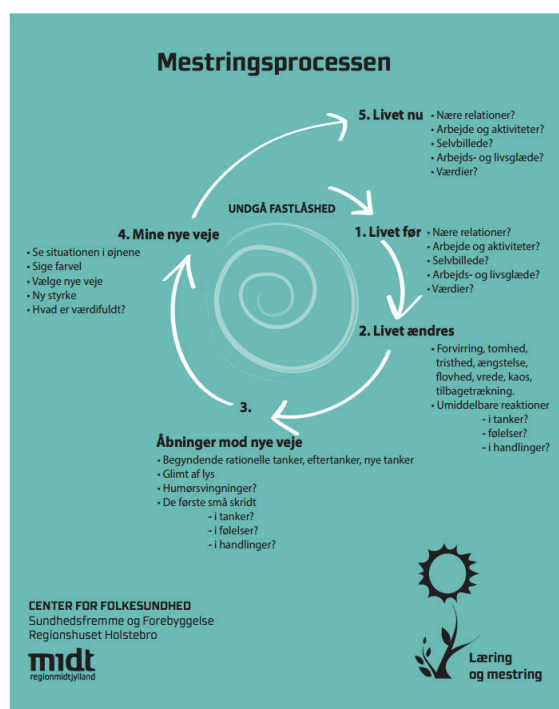
Intensjonen med mestringsprosessen er å vise den trinnvise prosessen som mennesker med langvarige helseutfordringer ofte opplever. Prosessen synliggjør naturlige faser og viser muligheter for å komme videre i egen prosess når det gjelder mestring av hverdagen med helseutfordringer.

I et kurs er det viktig å anerkjenne at deltakerne har kommet ulikt i sin prosess og dermed har ulike utgangspunkt for å jobbe med sin mestringsprosess.

Slik kan mestringsprosessen presenteres/brukes:

1. Forklar modellen (vedlegg, side 72) og de ulike fasene
2. Hvis det er mulig, kan en brukerrepresentant fortelle sin brukerhistorie med utgangspunkt i de ulike trinnene. Bruk vendepunktet i historien som utgangspunkt for diskusjon i plenum; hva ble viktig for at det åpnet seg nye muligheter? Har noen av deltakerne erfaringer med hva som åpnet for nye muligheter?
3. Hvis det er ønskelig, la deltakerne få noen minutter for å reflektere over egen situasjon og hvor de er i sin mestringsprosess. Deretter kan man ta en kort plenumsdiskusjon

Figur 1. Mestringsprosessen.
(Videreutviklet etter Vifladd og Hopen, 2002).



Kilde:

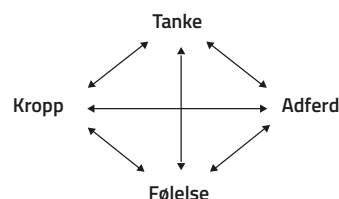
- Hinrichsen EK (2012). *Håndbog til lærings- og mestringsuddannelser. Erfaringsviden og faglig viden hånd i hånd*. Århus: Region Midtjylland, CFK. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

10.3 Kognitiv modell; tanker, følelser og handling.

Å leve med langvarige helseutfordringer kan påvirke både tanker, følelser og handlinger. Uavhengig av hvilket tema, mestringsverktøy og pedagogiske virkemidler du bruker i det diagnoseuavhengige tilbudet, vil kursdeltakernes tanker, følelser og refleksjon rundt egne handlinger, være vesentlig. Elementer fra kognitiv atferdsteori vil derfor være grunnleggende for hele kurset. En viktig faktor er at kursdeltakerne blir bevisst sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger, samt mulighetsrommet som ligger i tolkninger av bestemte situasjoner.

Kognitiv atferdsteori er et stort fagområde. Forenkling, bruk av illustrasjoner og eksempler blir viktig for at kursdeltagerne skal kunne nyttiggjøre seg dette som et verktøy. På denne nettsiden finner dere mye informasjon og verktøy som kan oversettes til norsk: <http://psychologytools.com/>

Intensjonen er bevisstgjøring av hvordan tanker, følelser og handlinger henger sammen. Enkelt sagt fokuseres det på utforskning og refleksjon rundt oppfatninger av tankers sannhetsinnhold. Sentrale mål er omstrukturering av tanker og forestillinger og endring i atferd gjennom uttesting av innholdet i forestillingene våre.



Slik kan modellen presenteres:

1. Presenter modellen (vedlegg, side 73) og forklar prinsippene og sammenhengene mellom tanker, følelser og handlinger
2. Presenter modellen med eksempler

Tanke (Hva tenkte du da?)	Kroppslig reaksjon (Hva merket du i kroppen?)
Dette klarer jeg ikke	Utmattelser/ Økte smerter
Følelse (Hva følte du?)	Situasjon/hendelse (Hvem, hva, hvor, når?) Familieselskap
Skuffet/trist	(Hva gjorde du?) Unngår å delta på selskap

3. Bruk et eksempel og reflekter over:

Er disse tankene hensiktsmessige? Hva er det verste som kan skje? Hva er det beste som kan skje? Kan situasjonen forstås på andre måter? Hva er begrunnelsen for å tenke slik?

Hva er konsekvensene av å tenke slik? Er tankene om situasjonen rimelige?

Hvis en venn var i samme situasjon – hva ville du ha sagt til vennen?

Vil refleksjon rundt disse spørsmålene påvirke hvordan du tenker, føler og handler?

Les mer her: www.kognitiv.no

For eksempler på bruk av modellen, [se denne nettsiden](#).

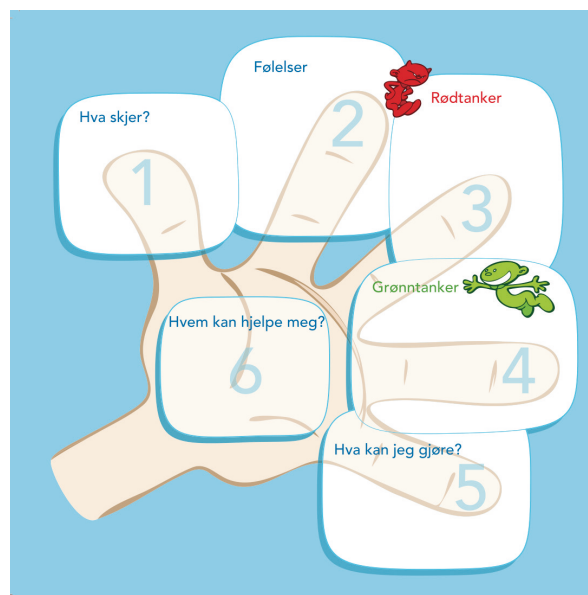
10.4 Hjelpehånda - sortering av følelser

Hjelpehånda (vedlegg, side 74) er et verktøy til hjelp for å mestre egne følelser. Dette er et selvhjelpsverktøy som i utgangspunktet er laget for barn og unge, men som også har overføringsverdi til voksne.

Verktøyet bygger på grunnprinsippene i kognitiv atferdsteori. Her anvendes en hjelpehånd som fungerer som et ryddesystem.

Slik gjennomføres øvelsen:

1. Presenter og forklar modellen. Gi et eksempel.
 - a. Velg en situasjon og prøv å beskrive den nøytralt. Velg gjerne en situasjon med bestemt tid og sted (tommel)
 - b. Identifiser følelse (pekefinger)
 - c. Identifiser røde tanker, det vil si negative automatiske tanker (langfinger)
 - d. Identifiser grønne tanker, det vil si alternative tanker (ringfinger)
 - e. Prøv å handle med utgangspunkt i de grønne tankene (lillefinger)
 - f. Er det noen i ditt nettverk som kan være til støtte (inni hånda)?
7. Be den enkelte kursdeltaker prøve modellen ut fra et eksempel i sin hverdag (cirka 10 minutter)
8. Hvis ønskelig, del deltakerne opp i grupper hvor de diskuterer hvordan modellen fungerer som et ryddesystem – eller ta en refleksjonsrunde i plenum.



Kilde:

- Raknes S og Haugland BSM (2013). *Psykologisk førstehjelp – veiledning for bruk i førstelinjen*. Gyldendal Norsk Forlag..

10.5 Pedagogisk sol

Pedagogisk sol (vedlegg, side 75) er et verktøy hvor hensikten er å øve opp selvinnsikt og bevissthet på hva som er viktig for en selv.

Øvelsen går ut på å fullføre ufullstendige setninger som for eksempel kan handle om forventninger, behov, verdier eller interesser. Øvelsen skal lede oppmerksomheten til å oppdage det som har betydning for den enkelte. I følge [Tveiten \(2013\)](#) kan det skje en bevisstgjøring gjennom assosiasjoner, følelser og holdninger som igjen kan lede til valg, for eksempel til å endre noe.

I øvelsen spørres det etter 5-7 endelser på setningen, dette fordi man da virkelig må jobbe med egen selvinnsikt. De 2-3 første er man godt kjent med og de kommer gjerne automatisk.

Slik gjennomføres øvelsen:

1. Ut fra aktuell tematikk, skriv en ufullstendig setning i sirkelen, eksempelvis *mestring for meg er...* Deltakerne skal fullføre den ufullstendige setningen i sola, slik at det blir 5 til 7 meningsfulle setninger. Bruk cirka 10 minutter på dette.
2. Deretter ber du 2-3 personer fortelle hverandre hva de har skrevet ned. Deltakerne skal ikke kommentere hverandres fortelling. Bruk cirka 2-3 minutter på dette. Deltakerne skal så snakke om:
 - Hvordan var det å dele det du hadde skrevet?
 - Hvordan var det å dele uten å forklare eller kommentere?
 - Hvordan var det å ikke kommentere når den/de andre leste opp sitt?
 - Hvilke tanker (assosiasjoner/refleksjoner) gjorde du deg når du lyttet til den/de andre?
 - Hva har du lært/oppdaget gjennom denne øvelsen?
3. Etter at gruppene er ferdige, leder du en plenumsdialog basert på deres opplevelser og refleksjoner. Dialog og refleksjon om oppgaven:
 - Hvordan var det å fullføre setningene? Meningsfullt? Oppdaget noe nytt?
 - Del noe av dialogen som har vært i smågruppene rundt spørsmålene 1-5
 - På hvilken måte kan dette være en hjelp?

Kilde:

- Tveiten S (2008). *Veiledning – mer enn ord*. Fagbokforlaget.
- Grendstad NM (2010). *Å lære er å oppdage*. Didakta norsk forlag.

10.6 Hvor trykker skoen?

Skoa (vedlegg, side 76) er et verktøy som gir en visuell oversikt over livssituasjonen her og nå. Gjennom fargelegging med bestemte farger må deltakerne tenke gjennom de ulike områdene.

Det visuelle resultatet etter fargelegging vil kunne tydeliggjøre hvilke områder som er ok, som skurrer litt og hvilke områder det er hensiktsmessig å jobbe videre med.

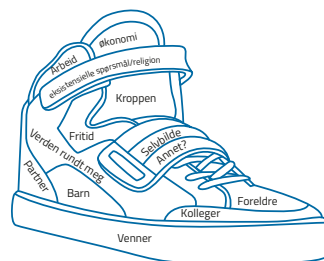
Slik gjennomføres øvelsen:

1. Be den enkelte deltaker om å fargelegge de ulike områdene i skoen ut fra nåsituasjonen. Skoen skal fargelegges med tre farger:
 - grønt (fungerer bra)
 - gult (skurrer litt)
 - rødt (problemer/utfordringer).

Når skoen er fargelagt, blir det tydelig hvilke områder det er viktig å gjøre noe med og hvilke områder det ikke er behov å bruke tid på.

2. Den enkelte deltaker kan deretter reflektere over spørsmålene:
 - Hvilke/hvilket område skal jeg ta tak i?
 - Konkretiser
 - Hva kan jeg gjøre selv?
 - Hva må jeg søke hjelp til?

3. Dialog og refleksjon rundt oppgaven kan først gjøres i grupper på 2-3 personer hvor den enkelte deler fargeleggingen med gruppen, samt noen av tankene/refleksjonene knyttet til dette:
 - Hvordan var det å gjøre oppgaven?
 - Hva fant du ut som du ikke har tenkt på før?
 - På hvilken måte kan dette være en hjelp?
4. Deretter leder du en dialog i plenum basert på gruppenes opplevelse



Kilde:

- Skoen som verktøy er tatt inn på grunnlag av erfaring fra praksis. Den mangler så langt teoretiske referanser.
- Illustrasjonen er hentet fra mestringforalle.no. Her kan du også lese mer om verktøyet.

10.7 SØT-modellen

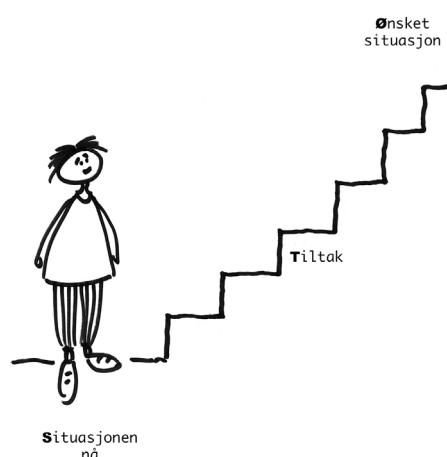
SØT-modellen (vedlegg, side 77) er et verktøy som har til hensikt å bygge bro mellom nåsituasjonen og ønsket situasjon. I avstanden mellom situasjonen nå og ønskene finnes mulighetene. Det er ingen avgrunn, men en synliggjøring og konkretisering av muligheter.

Slik gjennomføres øvelsen:

1. Be deltakerne fylle ut følgende punkter:

- **Situasjonen nå:**
Beskriv situasjonen din slik du opplever den nå.
Skriv ned momentene.
- **Ønsket situasjon:**
Hva ønsker du å skape eller oppnå?
Tenk igjennom hva som er viktig for deg.
Nå kan du tillate deg å drømme.
Er det noe du ønsker å endre på?
Let etter alle dine muligheter.
- **Tiltak:**
Hvordan skal ønskene dine bli virkelighet?
Hva er mulig å realisere fra nå - situasjonen til ønsket situasjon?
Hva kan jeg faktisk tenke meg å gjøre?
Tiltakene dine skal være konkrete, gjennomførbare og en frivillig forpliktelse

2. Dialog og refleksjon rundt oppgaven kan først gjøres i grupper på 2-3 personer (15-20 min)
- Hva har de skrevet ned?
 - Hvor var det størst sprik mellom nå - situasjon og ønsket situasjon?
 - Hva kan gjøres konkret?
3. Deretter leder du en dialog i plenum basert på gruppenes opplevelse og refleksjoner.



Kilde:

- Hartviksen M og Kversøy KS (2009). *Samarbeid og konflikt- to sider av samme sak*. Fagbokforlaget.
- For mer informasjon om SØT-modellen, se mestringforalle.no

10.8 Oppmerksomhetsøvelser (mindfulness) – pusteanke og SOAL

Dette fagfeltet er omfattende, både teoretisk og når det gjelder muligheter for verktøy og øvelser. Bruk av oppmerksomhetsøvelser vil være avhengig av kunnskap, kompetanse og erfaring. I denne sammenheng velger vi å trekke fram to hovedverktøy: Pusteankeret og SOAL. Disse kan brukes uavhengig av hverandre eller i sammenheng.

Intensjonen er å styrke evnen til nærvær, ta kontroll over støyende, automatiske tanker og mestre gjennom å gi oppmerksomhet til nuet.

Pusteankeret (vedlegg, side 78) samler din energi i nuet gjennom observasjon av dine naturlige pustebevegelser i kroppen, fra øyeblikk til øyeblikk.

SOAL (vedlegg, side 78) er et verktøy hvor du gir tanker og hendelser oppmerksomhet og aksept på at ting er som de er og lar det gå. Gjennom å bruke SOAL kan du gjøre refleksjoner før du bestemmer hva du skal gjøre.

Slik gjennomføres Pusteankeret:

Gi deltakerne følgende instruksjoner:

Sitt avslappet og trekk pusten dypt ett par ganger, og fortsett å puste rolig

- Ikke styr pusten, bare aksepter respirasjonen din som den er
- Kjenn at pusten går ut og inn av kroppen, enten gjennom munn eller nesebor
- Gjør dette som en åpen opplevelse. Observer og aksepter det som skjer, ikke press deg selv og ikke fordøm eller kritisér

Slik gjennomføres SOAL:

Gi deltakerne følgende instruksjoner:

- Sitt avslappet og trekk pusten dypt et par ganger (gjern ha etablert pusteanke først)
- Registrer tanker, følelser eller fysiske fornemmelser som dukker opp gjennom å si bokstavene SOAL inni seg.
- Stopp opp
- **Observer** nøytralt og åpent
- **Aksepter** det som er her og nå (erkjenne at ting er som de er)
- **La gå** (gi slipp på spenninger, følelser)

Etter øvelsen kan dere diskutere hvorvidt S-O-A-L kan være en fin huskeregel i hverdagen til hjelp for å forholde seg til vanskelige tanker, følelser og hendelser. For eksempel dersom man kjenner en vond følelse dukke opp. Da kan man stoppe opp ved hjelp av pusten, observere og beskrive at det er en vond følelse, aksepterer gjennom å reflektere rundt at dette kun er en følelse som allerede har dukket opp og valget om man vil handle på den eller ei, og så la den fare videre når man er klar for det.

Kilde:

- Egeland RT (2010). *Mindfulness i hverdagen; lev livet nå*. Pantagurel Forlag.
- Kroese A (2005). *Oppnå mer med mindre stress*. Hegnar Media.
- Vibe M, de (2008). [Oppmerksomhetstrening \(OT\) og stressmestring](#) (Kompendium).

10.9 Helsekoppen

Det finnes mange varianter og modeller som brukes for å illustrere hva som gir energi og hva som tapper energi. Helsekoppen (vedlegg, side 79) er et verktøy som kan brukes til å øke bevisstheten om kroppens energiregnskap.

KROPPEN = KOPPEN

Visuelt brukes helsekoppen til å tenke gjennom hva som gir energi og hva som tapper en for krefter. Dette kan lede fokuset til hvordan man prioriterer, bevisst eller ubevisst og hvilke ressurser en har å spille på, egne eller andres.

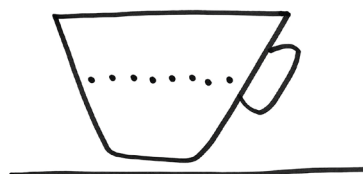
Slik gjennomføres øvelsen:

Be deltakerne bruke 10 minutter på å tenke gjennom hva som gir energi i hverdagen, hva som tapper energi og hva som kan gjøres for å hindre lekkasjer.

Deretter kan du enten lede en dialog i plenum basert på opplevelser og refleksjoner, eller deltakerne kan først gjøre det i grupper på 2 – 3 personer basert på følgende spørsmål:

- Del noe av det som ble skrevet ned
- Hvordan var det å konkretisere hva som gir og hva som lekker energi?
- Hva oppdaget du?
- Hvilke idèer fikk du til å tette lekkasjene?
- På hvilken måte kan dette være en hjelp?

• HVA FYLLER MIN KOPP?



Kilde:

- Helsekoppen som verktøy er tatt inn på grunnlag av erfaring fra praksis. Den mangler så langt teoretiske referanser.
- For mer informasjon om helsekoppen, mestringforalle.no

10.10 Ressurskartlegging

Ressurskartlegging er et verktøy som hjelper deltakerne til å finne fram ressursene, mulighetene og de positive egenskapene.

Slik gjennomføres øvelsen:

Del inn i grupper med tre personer per gruppe.
Del ut post-it-lapper og penner.

Tid: 3 x 5 minutter

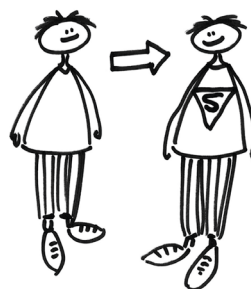
Alle i gruppen skal fortelle en liten historie – en opplevelse/hendelse i livet de er stolte av

Alle skal hver sin gang ha én av tre roller:

- **Forteller** skal fortelle sin historie så detaljert som mulig
- **Intervjuer** skal stille spørsmål underveis og passe på at fortelleren får fortalt hele historien
- **Ressurskartlegger** skal lete etter verdier, ressurser og positive egenskaper fortelleren har og skrive dette ned fortløpende, ett stikkord pr lapp.

Etter historien skal ressurskartlegger gi sine lapper til fortelleren.

Bytt roller og gjenta så alle får prøve alle roller.



Kilde:

- Bøge I (2013). Foredrag 21.06.2013 Regional nettverkssamling, læring og mestring, Helse Sør-Øst RHF. Holstebro Sundhedscenter Danmark, holstebro.dk.
- [Pedagogiske verktøy; ressurskartlegging](#), prosjektet Ung medvirkning og mestring (UMM).

10.11 Aktivitetskartlegging

Systematisk kartlegging (vedlegg, side 80) over hverdagen kan brukes som et verktøy for å få økt balanse, forutsigbarhet og kontroll. Det kan også brukes som utgangspunkt for å gjøre prioriteringer og endringer. Hensikten er å prioritere gjøremål i hverdagen ut fra egne behov, forpliktelser og verdier, fordele gjøremålene og balansere energikrevende aktiviteter med energigivende.

Slikgjennomføres øvelsen:

Dette skjemaet er oversikt over én dag som er delt inn i to-timers bolker. Den kan gjerne deles inn i enkelttimer. For å få oversikt over aktivitetene, er det best om man fører oversikt over en helt vanlig uke.

Dato: Tid	Aktivitet (hva gjorde jeg?)	Grad av utmattelse 0 ————— 10	F-forfriskende fornyet energi
6-8			
8-10			
10-12			
12-14			
14-16			
16-18			
18-20			
20-22			

Aktivitetene beskrives i stikkordsform; hva man gjør og når (hvile skal også registreres). I kolonnen *grad av utmattelse* skal det settes tall på hvor sliten man blir av aktiviteten. I *F-kolonnen* skal det skrives F hvis aktiviteten oppleves å gi fornyet energi.

Deltakerne kan bruke ukas kartlegging og stille spørsmål som:

- Hvilke aktiviteter bruker du tid på?
- Er det aktiviteter som konsekvent tapper deg for energi?
- Hvilke aktiviteter er energigivende?
- Er det spesielle tider på dagen som er spesielt tunge?
- Hvilke vaner tenker du at du er tjent med, og hvilke er du ikke tjent med?

Kartleggingen er best egnet som hjemmeoppgave. Som kursleder kan du etter kartleggingen reflektere over hjemmeoppgaven med utgangspunkt i følgende spørsmål:

- Hvilke erfaringer har dere gjort dere med kartleggingen?
- Hvilke barrierer dukket opp – og hvordan løste dere det?

Anbefal kursdeltakerne å bruke kartleggingen til å sette opp en realistisk aktivitetsplan med dagliglivets små og store gjøremål:

- Samme skjema kan benyttes, eller man kan lage en avgrenset liste over enkeltaktiviteter som man ønsker å få inn i hverdagen sin.
- Ha aktivitetsplanen, eller listen, godt synlig i hverdagen. Forsøk å sette inn en F-aktivitet hver dag.
- Planen skal gi struktur, inspirasjon og motivere – ikke gi skyldfølelse for at den ikke følges til punkt og prikke.

Det er viktig å påpeke at man skal anerkjenne seg selv for det man faktisk gjør.

Kilde:

- Berge T, Dehli L, Fjerstad E (2014). *Energityvene. Utmattelse og sykdom i hverdagen*.
- Berge T, Fjerstad E (Diakonhjemmet). Aschehoug
- Kognitiv.no

10.12 Nettverkskartlegging

Nettverkskartlegging (vedlegg, side 81) har til hensikt å synliggjøre muligheter og utfordringer i et nettverk ved å kartlegge størrelse, relasjon og styrke mellom menneskene i nettverket. Nettverkskartlegging handler ikke bare om antall mennesker i nettverket, men også om kvalitet og ressurser i relasjonene.

Nettverkskart kan brukes til mange formål og tegnes på mange måter. I denne sammenhengen kan nettverkskart brukes for å kartlegge nåværende nettverk for å utvikle og vedlikeholde eget nettverk. Denne innsikten kan bidra til motivasjon for eventuelt å gjøre endringer. Hvis ønskelig kan man også kartlegge ønsket nettverk.

Slik gjennomføres øvelsen:

1. Forklar kartet:

- **Grønn** (det intime nettverket) er de som står deg nærmest og som du har et fortrolig forhold til.
- **Orange** (det effektive nettverket) er personer som du møter og forholder deg til i det daglige.
- **Blå** (det tilgjengelige nettverket) er personer du møter sjelden og som du ikke har så nær kontakt med (fjernere venner, tidligere skolekamerater og kollegaer som vi fortsatt har kontakt med via e-post, telefon, Facebook eller lignende).
- **Hvit** (det utvidede nettverket) er mennesker som vi på en måte kjenner og de kjenner oss (bor i samme nabolag, frisøren, bibliotekaren, hjelpepersonell. Mennesker vi snakker overfladisk med og som vi hilser på når vi treffer dem).

Symboler man kan bruke for å fylle inn i kartet:

- = kvinne (navngi)
- = mann (navngi)
- △ = husdyr (navngi)

Sett strek mellom deg selv og de i nettverket. På strekene kan du bruk følgende symboler for å beskrive relasjonen:

- + = positiv kontakt
- = negativ kontakt
- + - = Ambivalent kontakt
- ~ = konflikt

2. Et ferdig utfylt nettverkskart kan brukes som utgangspunkt for følgende spørsmål:

- Hva er positivt med nettverket mitt?
- Er det noe i nettverket mitt jeg ønsker å endre (relasjoner jeg ønsker å forsterke eller avslutte)?
- Hva kan jeg gjøre for å endre nettverket mitt?
- Hvem i nettverket mitt kan hjelpe meg når jeg har det vanskelig?

Kilde:

- <http://kurs.helsekompetanse.no/fritidkultur/16876>
- Fyrand L (1995). Sosial nettverk. Teori og praksis
- Thingnæs G (2005). Mestringsbok ved posttraumatisk stresslidelse, kap 33. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

10.13 Sommerfugl-modellen

Sommerfuglmodellen (vedlegg, side 82) er et verktøy for å rette oppmerksomheten på *her og nå* – på tanker, følelser og kroppsreaksjoner sett i lys av fortidens erfaringer og tanker om fremtiden.

Oppmerksomheten på *her og nå* kan danne utgangspunkt for sortering av bekymringer og en annen håndtering av livet.

Om modellen:

Mer eller mindre bevisst bærer alle mennesker med seg sine egne unike opplevelser knyttet til fortidens erfaringer – på godt og ondt. Tanker om fremtiden rommer håp og drømmer om gode opplevelser, særlig når sykdom rammer, redslar og bekymringer for det som ligger fremover i tid.

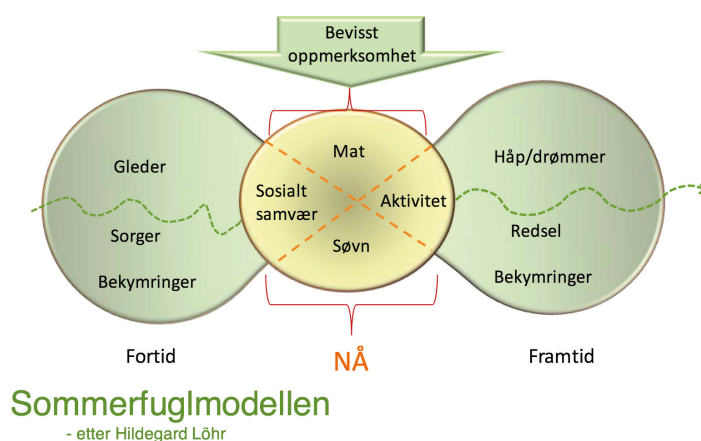
Det som har vært, kan ikke forandres. *Måten* man tenker på det som har vært, kan derimot endres.

Fremtidens bekymringer tar ofte mye plass når livet oppleves uoversiktlig og vanskelig. Energikontoen tappes når oppmerksomheten trekkes mot det som har vært og ikke kan endres, eller når tankene kretser rundt en fremtid som ingen med sikkerhet kan forutse. Refleksjon over fortiden og fremtiden skjer kun *her og nå* – krysningspunktet mellom det som har vært og det som kommer.

Tilfredsstillelse av vårt behov for mat, aktivitet, sosialt samvær og hvile/søvn påvirkes av tiden som brukes til bekymringer. Erfaringsutveksling med andre kan åpne for ny innsikt, nye tanker og tolkninger av det som har vært og det som kan komme.

Slik kan modellen brukes:

- Forklar modellen
- Be deltakerne reflektere rundt sine bekymringer *her og nå*
- Gå sammen to og to og del noen av de tankene de har gjort seg. Ser de noen likheter?
- Modellen kan brukes som et utgangspunkt for å sortere bekymringer.



Kilde:

- Modellen og illustrasjonen er hentet fra Kreftforeningens kurshefte *Livsløst når det røyner på*. Ta kontakt med Kreftforeningen for mer informasjon.

10.14 Sortering av bekymringer

Bekymringer tar mye plass. Energikontoen tappes og sortering av tanker og bekymringer kan redusere unødvendig stress og frigjøre energi. Det finnes flere verktøy for å sortere bekymringer. Her er et utvalg:

A. Bekymringsskuffemodellen

Bekymringsskuffene (vedlegg, side 83) er et verktøy for å få oversikt over og bli bevisst egne tanker, uro og bekymringer. Verktøyet skal bidra til at man forholder seg til bekymringer på en helsefremmende måte.

Noe av det som skaper bekymring kan løses rimelig raskt, noe må vente. Det kan være at personen trenger hjelp og støtte på enkelte områder, mens andre ting må det jobbes med å akseptere at en ikke kan gjøre noe med. Sortering av uro og bekymringer kan gjøre at de dempes, fordi man slipper å tenke på alle bekymringer samtidig. Ryddejobben kan fremme opplevelsen av å ha oversikt, kontroll og det å håndtere situasjonen.

Slik gjennomføres øvelsen:

1. Gi en kort beskrivelse av hva øvelsen går ut på.
Deltakerne skal:
 - Skrive på en lapp hvilke bekymringer og tanker en har med hensyn til hvordan helsa og livssituasjonen oppleves.
 - Sortere bekymringene etter fire alternativer:
Hva må du gjøre noe med nå, umiddelbart?
Hva kan vente til et annet tidspunkt?
Hva må du be om hjelp til?
Hva må du akseptere at ikke kan forandres eller gjøres noe med nå?

2. Dialog og refleksjon om oppgaven kan først gjøres i grupper på tre: Del noe av det som ble skrevet ned. Hvordan var det å sortere bekymringene? Meningsfullt? Nyttig sortering? På hvilken måte kan dette være en hjelp?
3. Deretter kan man lede en dialog i plenum basert på gruppenes opplevelser og refleksjoner.



Kilde:

- Modellen er hentet fra Kreftforeningens kurshefte *Livslust når det røyner på*. Ta kontakt med Kreftforeningen for mer informasjon.
- Les også om modellen på nettsiden mestringforalle.no

B. Sortering av problemer

Dette verktøyet (vedlegg, side 84) kan brukes for å håndtere et konkret problem – gjerne som forlengelse av bekymringsskuffene.

Slik gjennomføres øvelsen:

- Be deltakerne plukke ut ett av sine problemer som de strever med å håndtere følelsesmessig i hverdagen og sette det som overskrift på et A4 ark
- Be deretter deltakerne om å reflektere over spørsmålene i sirkelen (10-15 minutter) og notere noen stikkord til i hver av kvadrantene
- Diskuteres i plenum i etterkant

Sorteringssirkelen kan også brukes som hjemmeoppgave gjennom hele *Mestringstreff* i relasjon til det enkelte tema.



Kilde:

- [Selvhjelp Norge – temasider ungdom](#)
- [Selvhjelp Norge – Selvhjelp - mer enn grupper](#)

10.15 BUSK

BUSK-modellen (vedlegg, side 85) er et verktøy som kan benyttes for å ta opp ting, gjerne litt utfordrende og vanskelige samtaler. Dette verktøyet kan være til hjelp for å få fram egne synspunkter og følelser, samt kan være til hjelp hvis du har behov for å tenke gjennom formuleringer på forhånd. Det er viktig å være konkret.

Modellen:

Beskriv: Atferden, saken eller handlingen

Uttrykk: Hva du føler, opplever og synes

Spesifiser: Hva du ønsker og vil

Konsekvens: Hva det kan føre til

Du kan bruke en, to eller tre deler av busk-modellen.
Trenger ikke nødvendigvis å ta med K.

Slik gjennomføres øvelsen:

- Presenter verktøyet i plenum ved å beskrive hva det er, samt gi eksempel på hvordan det kan brukes.
- Deltakerne får utdelt skjema hvor de får litt tid til å skrive ned et eksempel fra egen hverdag hvor de ønsker å være mer tydelig i sin kommunikasjon.
- Deltakerne samarbeider deretter i par hvor de øver seg på å bruke modellen.
- Deretter kan det brukes litt i tid i plenum for å reflektere over hvordan deltakerne opplevde å bruke modellen.

BUSK - en kommunikasjonsmodell

B: Når du.....
.....
.....

U: blir jeg / føler jeg at / opplever jeg at /
.....
.....

S: Jeg vil /Jeg trenger /Jeg ønsker.....
.....
.....

K: Da
.....
.....

Kilde:

- BUSK er utviklet av psykologspesialist Vigdis Galtung ved Hubro kompetansesenter. Ingen konkrete referanser er tilgjengelige, men gode praksiserfaringer gjør at verktøyet er inkludert.

10.16 Selvhevdende tale

Selvhevdende tale (vedlegg, side 86) handler om å uttrykke behov, ønsker og meninger på en slik måte at andre hører det du har å si – med respekt for deg selv og den andre.

Gjennom å bruke jeg-formuleringer tar vi ansvar for våre ønsker, meninger, følelser og observasjoner. Det legges vekt på kognitive og atferdsmessige elementer på veien mot personlig vekst.

Slik gjennomføres øvelsen

Presenter verktøyet og gi eksempler.

Be deltakerne jobbe i grupper på 2 – 3 personer hvor de reflekterer rundt:

- I hvilke situasjoner er det lett eller utforende å bruke jeg-form? Er det likt for de ulike deltakerne i gruppa?
- Hva er eventuelt til hinder for mer bruk av jeg-form i samspill?

TANKER	ØNSKER	FØLELSER	OBSERVASJONER
Jeg tenker at...	Jeg skulle ønske at...	Jeg blir sint når...	Jeg har notert meg at...
Jeg har en idé...	Jeg foretrekker...	Jeg blir glad når...	Jeg la merke til at...
Jeg anbefaler...	Jeg ville sette stor pris på...	Jeg følte meg såret når...	Jeg har lest at...
Jeg kan vanskelig forstå...	Jeg vil kunne forbedre meg hvis...	Jeg opplevde irritasjon da...	Jeg hørte at du uttalte at...
Slik jeg ser det...		Jeg er engstelig for at...	Jeg så at du...

Kilde:

- Skau GM (2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Cappelen Damm Akademisk.
- Johansen T (2001). *ER DU KLAR? Selvhevdelsestrening i gruppe – et ti-ukers program*. Kommuneforlaget.

10.17 Ambivalensutforskning

Ambivalensutforskning (vedlegg, side 87) er et verktøy for å utforske motivasjon, tanker og følelser knyttet til et bestemt tema, gjerne noen man ønsker å endre på. Det er en teknikk innen den evidensbaserte metoden MI (Motivational Interviewing) også kalt motiverende samtale/intervju eller [endringsfokusert rådgivning](#).

En av hovedantakelsene i motiverende samtale er at personer som søker behandling, som regel ikke er helt klar for endring og er ofte preget av motstridende tanker og følelser knyttet til å gjøre forandringer i forhold til sin problematferd. Denne dobbeltholdningen kalles ambivalens og viser seg når personen blir trukket i forskjellige retninger av ønsker som ikke lar seg forene samtidig. Gjennom denne øvelsen kan du oppnå klarhet, tydeliggjøring av fordeler med endring. Spesielt aktuelt hvis du er usikker på om du er klar for å gjøre endringer.

Slik gjennomføres øvelsen:

Gå gjennom rutene mot urviseren. Begynn i rute 1 og avslutt med rute 4.

IKKE ENDRE	ENDRE
1. Hva er det du opplever som er bra med situasjonen?	4. Hva ville du oppnå ved å foreta en endring?
2. Hva er mindre bra med situasjonen?	3. Finnes det noen ulemper med å gjøre en endring?

Kilde:

- Barth T Børtveit T og Prescott P (2013). *Motiverende intervju. Samtaler om endring*. Gyldendal.
- Rollnick S, Miller WR og Butler CC (2009). *Motivasjonssamtalen i sundhetssektoren* (Dansk oversettelse).
- MINT [internasjonal side](#) og [nordisk side](#).

10.18 Verktøy i endringsprosessen

A. SMART mål

SMART mål (vedlegg, side 88) er et verktøy for å tydeliggjøre, støtte og styrke prosessen tilknyttet ønsket måloppnåelse. Det finnes mange utgaver av SMART mål.

Slik gjennomføres øvelsen:

- Informér om hva de ulike bokstavene står for:
- **Spesifikt:** Velg et mål som er konkret, klart og lett å formulere
- **Målbart:** Målet må være målbart. Kontrollspørsmål er: Hvordan vet du at du har nådd målet? Skriv ned kriterier for å nå målet (hvor mange, hvor mye osv)
- **Akseptabelt:** Målet må være viktig for DEG og ikke andre
- **Realistisk:** Valgte mål og prosess må være oppnåelig. Bare du kan bestemme hva som er riktig ambisjonsnivå for dine mål. Spør deg selv; hva er jeg i stand til? Hva trenger jeg av hjelp? Hvor mye tid har jeg disponibelt?
- **Tidsbestemt:** Hva er frist for måloppnåelse; månedlige, ukentlige, daglige? Lag tidsplan. Lag flere kortsiktige mål for å oppnå langsiktige mål.

Viktige faktorer å belyse når man jobber med SMART mål er:

- Å være tydelig ovenfor seg selv *hvorfor* dette målet er viktig
- Å beskrive fordelene med å oppnå akkurat dette målet
- Å tenke gjennom hva som kan være mulige hindringer og ha strategier for å møte hindringer i en endringsprosess.
- Å ha bestemte støttespillere i endringsprosessen.

Be deltakerne om å fylle ut et skjema ut fra et eget valgt mål (s. 89).

Dialog og refleksjon kan først gjøres i grupper på 2-3 personer ut fra følgende spørsmål:

- Del hva du har skrevet
- Hvordan var det å tydeliggjøre et mål på denne måten?
- Hvordan kan dette være til hjelp for å jobbe med ditt valgte mål.

Deretter kan du ta en refleksjon i plenum på hvordan det var å jobbe med verktøyet.

Kilde:

- Doran GT (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, nov 1981.
- Blanchard K, Zigarmi D, Zigarmi C (1985). *Leadership and one minute manager*. Morrow. NY.
- Hersey PH and Blanchard K (1988). *Management of organizational behavior. Utilizing Human Resources*. Prentice-Hall. New Jersey. 5th. edition.
- Morrison M (2010). [History of SMART objectives](#). Hentet fra nettsiden, april 2017.

B. Handlingsplan og ukeplan (vedlegg, side 89)

Når målet er satt, kan en handlingsplan være et nyttig verktøy. Det finnes mange varianter av handlingsplaner. Her viser vi en enkel variant, men man må gjerne være kreativ og finne andre utforminger på handlingsplaner.

En handlingsplan er et verktøy som kan anvendes for å strukturere mål, hva man skal gjøre og hvordan man skal gjøre det i et tidsskjema.

Hvis man ønsker kan man også skrive stikkord for hvordan motivere meg og min belønning inn i en handlingsplan.

Slik gjennomføres øvelsen:

Dette er et verktøy som egner seg godt til å vise i plenum. Informér først hva en handlingsplan er og vis hvordan den kan se ut med eksempler. Deltakerne kan få et ark med handlingsplan utdelt og fylle ut på egen hånd.

En handlingsplan kan suppleres med en ukeplan eller aktivitetsdagbok.

En ukeplan er et verktøy for å strukturere og sette av tid til å gjøre de tingene man må på veien mot målet. Også her finnes det ulike varianter. På side 89 ligger et eksempel på en ukeplan som kan deles ut til kursdeltakerne.

Kilde:

- [Helsedirektoratets aktivitetsdagbok](#) kan være et eksempel som kan brukes
- En annen måte å komme fra ord til handling på er å bruke livshjulet: [Om Lyst på livet](#).

Mitt mål:			
Dette må jeg gjøre for å nå målet:	Hvordan gjør jeg det?	Start:	Fullført:
1			
2			
3			
4			
5			
6			

10.19 Når det diagnoseuavhengige tilbudet er ferdig – tips til veien videre

Selvorganisert selvhjelp

Selvorganisert selvhjelp har som utgangspunkt at alle mennesker har ressurser i seg som kan aktiveres, gjenerebres og mobiliseres når livsproblemer oppstår. Dette ligger til grunn for all formidling av selvorganisert selvhjelp. Derfor har selvorganisert selvhjelp et helseperspektiv som kan brukes i selvhjelpsgrupper og ellers i livet.

En selvhjelpsgruppe er et verksted der mennesker kan aktivere sine iboende ressurser sammen med andre innenfor trygge rammer. Selvorganisert selvhjelp handler om å styrke enkeltmenneskers evne og mulighet til å delta i sin egen endringsprosess. Selvorganisert selvhjelp er et verktøy for å oppnå økt mestring, slik at mennesker kan håndtere livet på en bedre måte.

Mestring med Funkis

Mestring med FUNKIS! er navnet på et nytt mestringskurs i regi av Studieforbundet Funkis, og kommer både som nettkurs og i form av lokale fysiske samlinger. Les mer [her](#). Kurset er diagnoseuavhengig og er beregnet for personer med langvarige funksjonsnedsettelse og deres pårørende. Formålet med kurset er å gi deltakerne noen verktøy for å bedre kunne håndtere hverdagen. Det aller meste av opplæringen Funkis støtter er organisert og gjennomført av tillitsvalgte i medlemsorganisasjoner (eksempelvis LHL, NAAF, Mental helse).

Frivilligsentralene

Frivilligsentralene er lokale møteplasser for enkeltmennesker, lag/foreninger og det offentlige. Sentralene finnes over hele landet og har som mål å nå ut til brede lag av befolkningen. Sentralene er lokalt forankret og utvikles av de som er knyttet til sentralen. Frivilligsentralene formidler kontakt med tradisjonelle frivillige aktører og er kreative sentre for nye former for frivillighet. Mangfoldet av aktiviteter er stort og varierer ut i fra lokale forutsetninger og behov. Les mer på frivilligsentral.no.

Nettbaserte kurs

Nettbaserte kurs kan brukes i lærings- og mestringsarbeidet på flere ulike måter. På www.mestring.no finner du noen av kursene som finnes.

Tilbud hos bruker- og pårørendeorganisasjoner

Mange sykdomsgrupper har en brukerorganisasjon lokalt eller regionalt. En oversikt over dette finner du på helsenorge.no.

Tilbud og informasjon rettet mot pårørende finner du på helsenorge.no.

Andre lokale tilbud

Det er ulikt hvordan kommuner har lokal oversikt over sine tilbud, men hos mange vil koordinerende enhet ha en slik oversikt. Lokale frisklivssentraler kan også ha oversikt over lokale aktivitetstilbud. Oversikt over frisklivssentraler i Norge finner du hos Helsedirektoratet.

Oversikt over lærings- og mestringstjenester i Norge finner du på helsenorge.no.

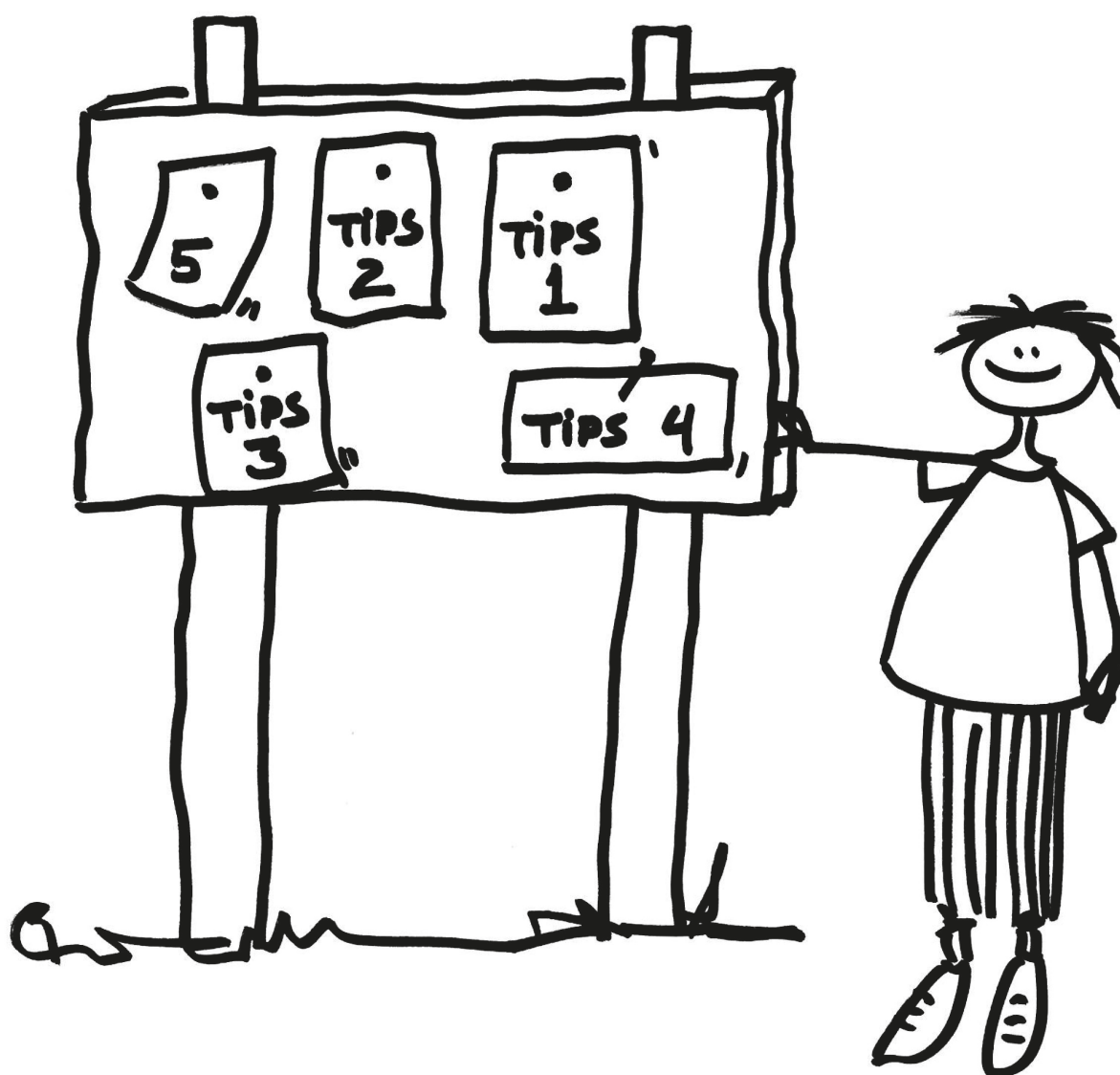
11. EVALUERINGSVERKTØY

I forbindelse med utformingen av håndboka er det laget et kartleggingsskjema som kan benyttes i forkant av *Mestringstreff*, samt et spørreskjema for evaluering etter kursdeltakelse. Begge skjemaene er enkle og laget etter mal fra liknende tilbud. Skjemaene ligger som vedlegg bakerst i verktøykassa (side 90 og 91).

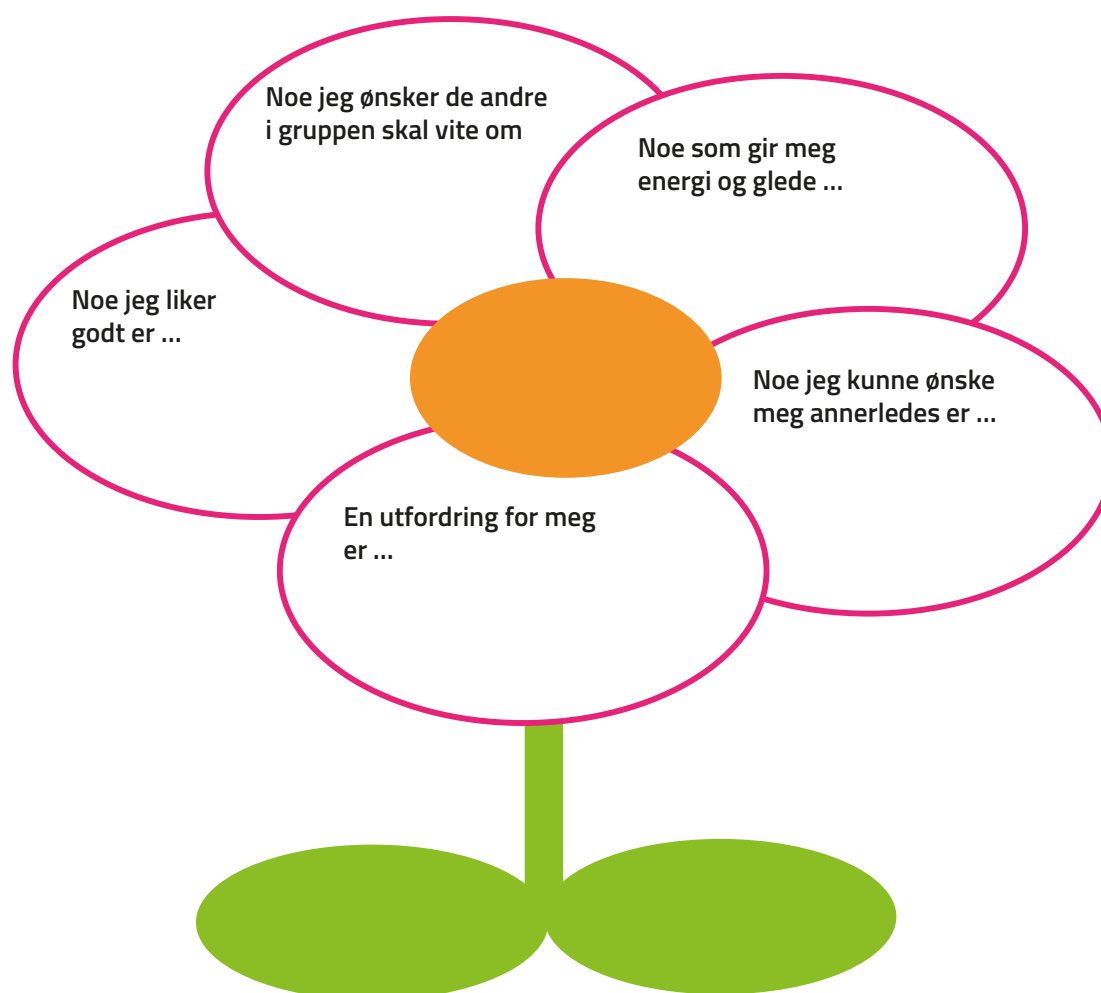
Kartleggingsskjemaet kan benyttes i en eventuell for-samtale, fylles ut under en telefonsamtale eller i starten av første samling. Hovedhensikten med kartleggingen er å få den enkelte til å reflektere over og uttrykke hvorfor de ønsker å delta, samt at de som leder kurset får et inntrykk av hvilke forventninger deltakerne har. Dette kan tas opp igjen i siste samling når deltakerne skal si noe om hvorvidt samlingene har svart til forventningene deres.

Hensikten med evalueringsskjemaet som fylles ut i siste samling er å få et inntrykk av om kurset har truffet deltakerne på en god måte. Den samlede evalueringen brukes til å gjøre eventuelle endringer for å forbedre kvaliteten på kurset til neste gang det skal arrangeres.

12. VEDLEGG



Presentasjonsblomst



Navn:

Dato:

Presentasjonshånd



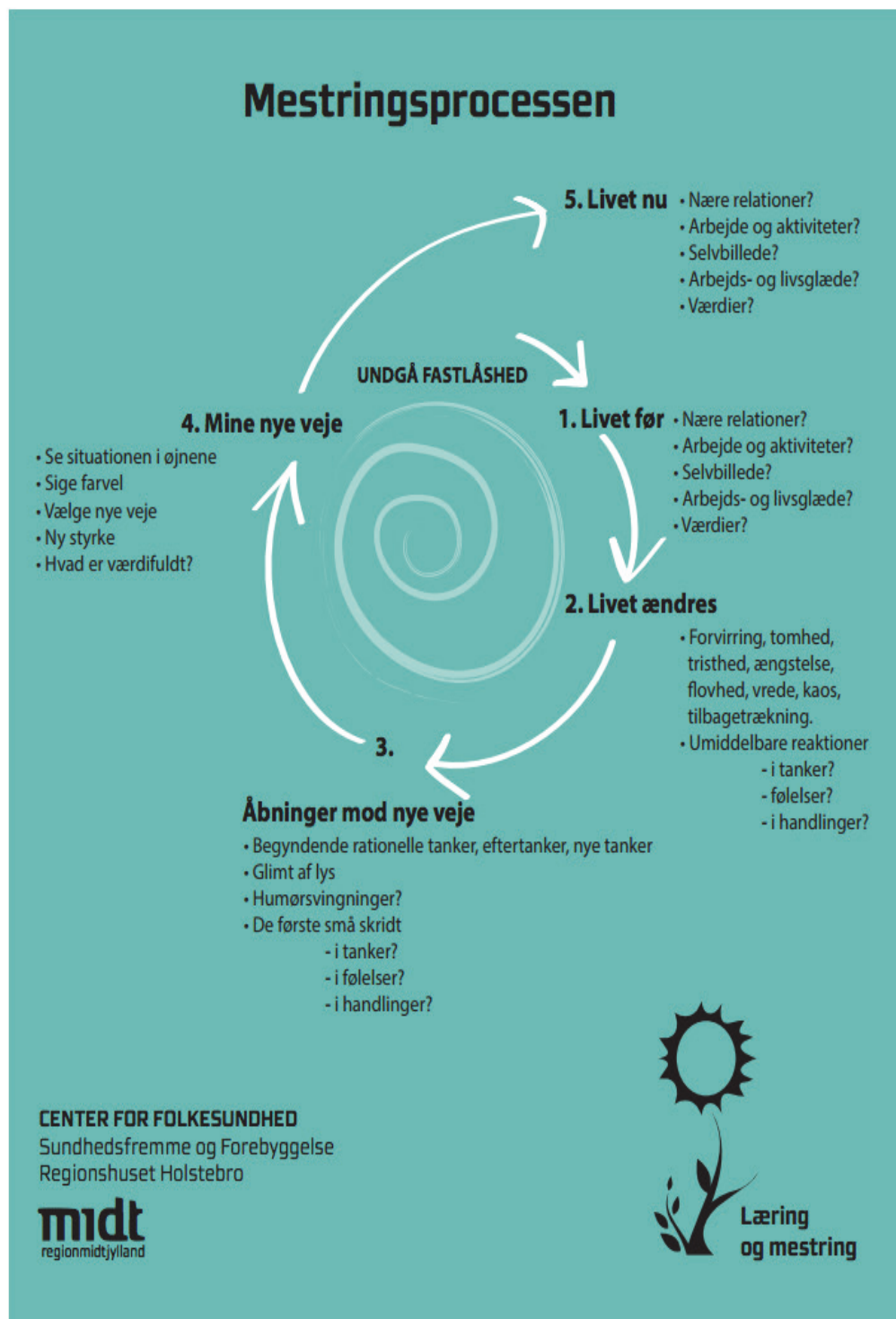
Navn:

Dato:

Mestringsprocessen

Figur 1. Mestringsprocessen.

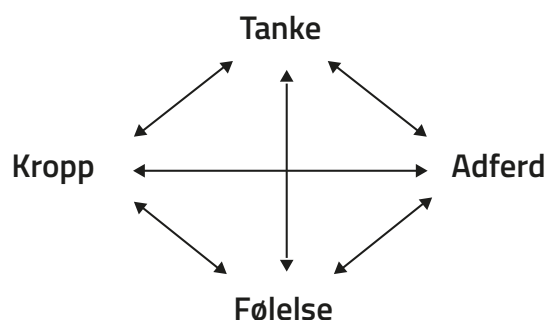
(Videreudviklet efter Vifladt og Hopen, 2002).



Navn:

Dato:

Sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger



Denne kognitive modellen, som kalles Diamanten, viser hvordan tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og handlinger henger sammen.

I løpet av en dag har vi mange tanker. I noen situasjoner kommer disse tankene helt automatisk.

Dette er et verktøy som kan hjelpe deg å utforske og reflektere rundt dine tankemønstre.

Beskriv en situasjon:	
Dine umiddelbare tanker om situasjonen:	Beskriv kroppslig reaksjon
Hva føler du?	Hva gjør du?

Ta utgangspunkt i samme situasjon og tenk gjennom disse spørsmålene:

- Er disse tankene hensiktsmessige?
- Hva er det verste som kan skje?
- Hva er det beste som kan skje?
- Kan situasjonen forstås på andre måter?
- Hva er begrunnelsen for å tenke slik?
- Hva er konsekvensene av å tenke slik?
- Er tankene om situasjonen rimelige?
- Hvis en venn var i samme situasjon – hva ville du ha sagt til vennen?

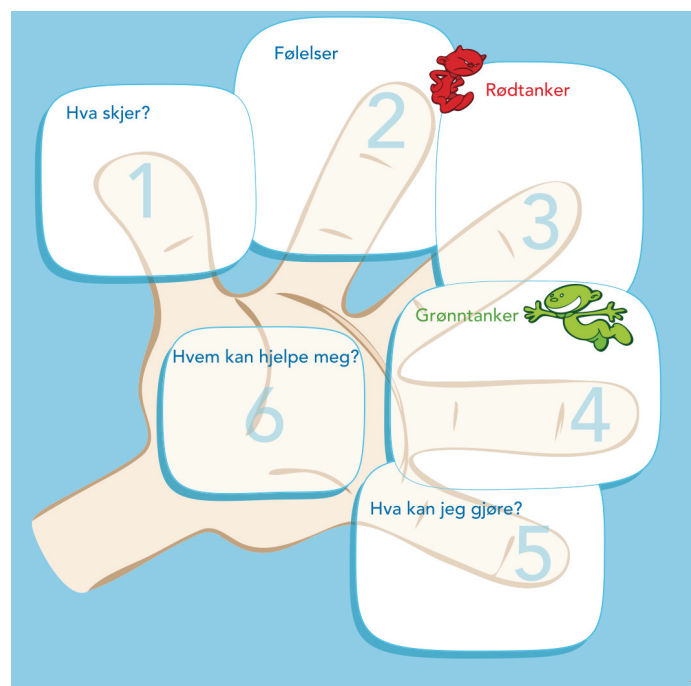
Bidrar disse spørsmålene til at du føler, tenker og handler på en annen måte?

Navn:

Dato:

Sortering av følelser – hånda

Hånda kan være et verktøy for å rydde i følelser.



Prøv modellen:

TOMMEL: Velg en situasjon og prøv å beskrive den nøytralt.

PEKEFINGER: Identifiser følelsene.

LANGFINGER: Beskriv de negative automatiske tankene som dukker opp.

RINGFINGER: Beskriv mulige alternative, positive tanker.

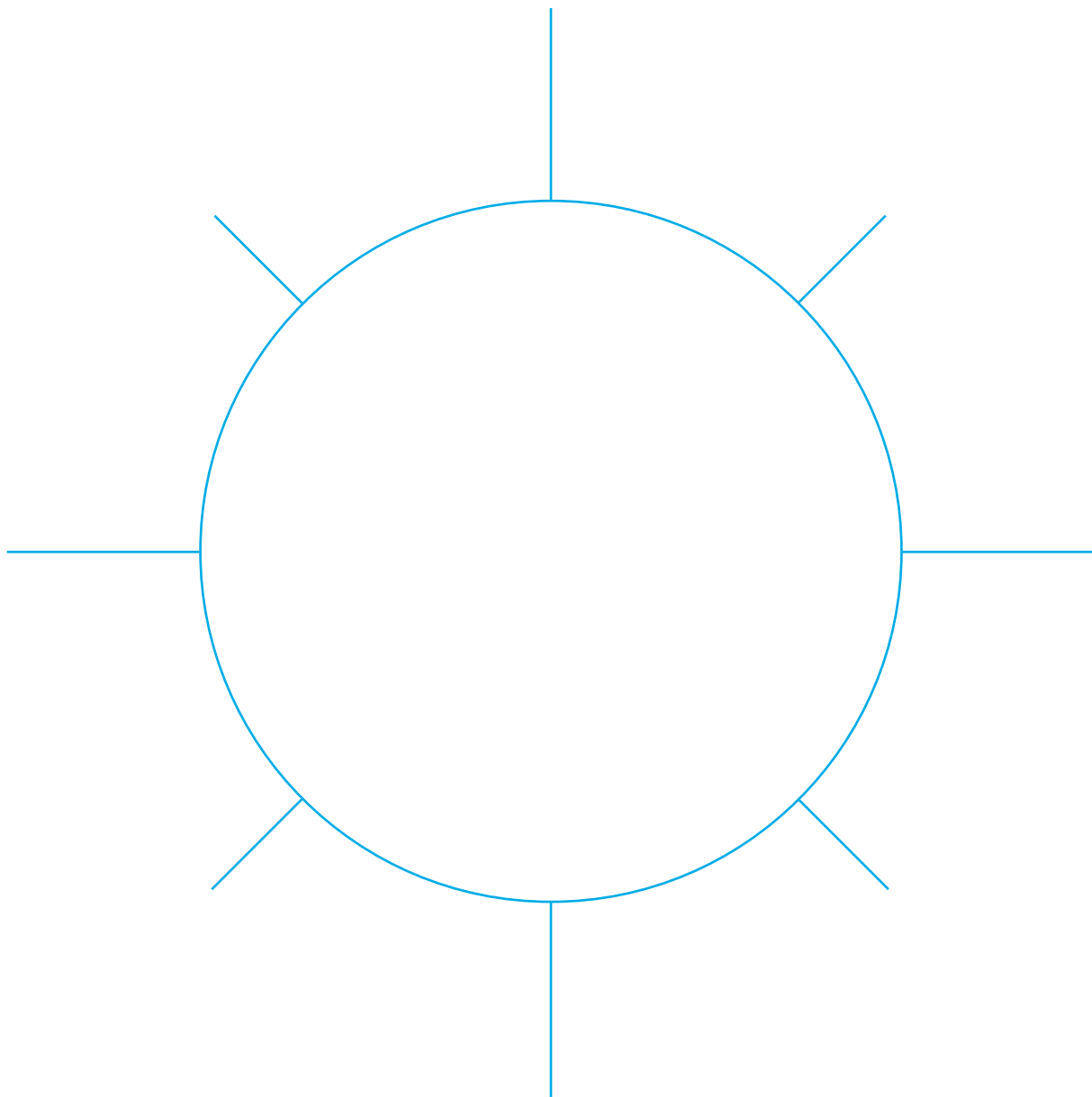
LILLEFINGER: Beskriv en handling som tar utgangspunkt i de grønne (positive) tankene.

HÅNDFLATA: Identifiser hvem i nettverket ditt som kan støtte deg hvis du har behov for det.

Navn:

Dato:

Pedagogisk sol



Øv opp selvinnsikt og bevissthet!

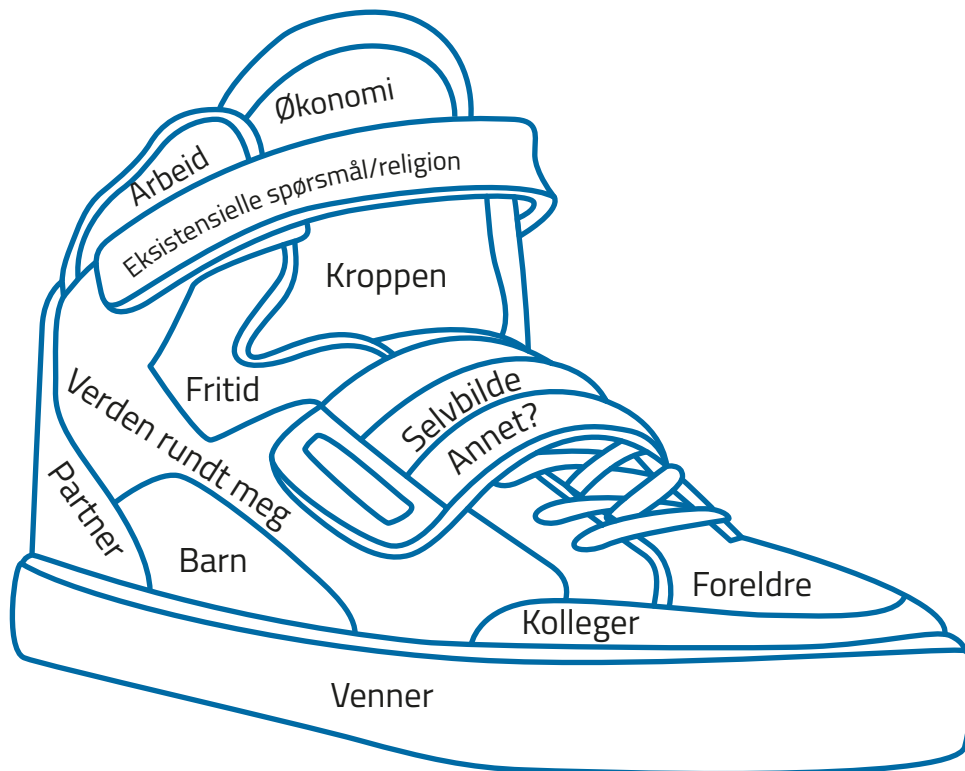
Skriv starten på aktuell setning inn i sola, for eksempel – Velvære for meg er å.....

Fullfør setningen i sola slik at du får 5-7 fullstendige setninger:

Navn:

Dato:

Hvor trykker skoene?



Fargelegg skoene med tre farger grønt, gult og rødt:

- Grønt betyr at det fungerer bra
- Gult betyr at det skurrer litt
- Rødt betyr at her har du problemer eller utfordringer

Fargeleggingen synliggjør din egen betraktning av situasjonen.

Områdene som blir grønne viser til at du er rimelig tilfreds med situasjonen.

Områdene du fargelegger gule viser at noe kan bli bedre og kanskje med små justeringer.

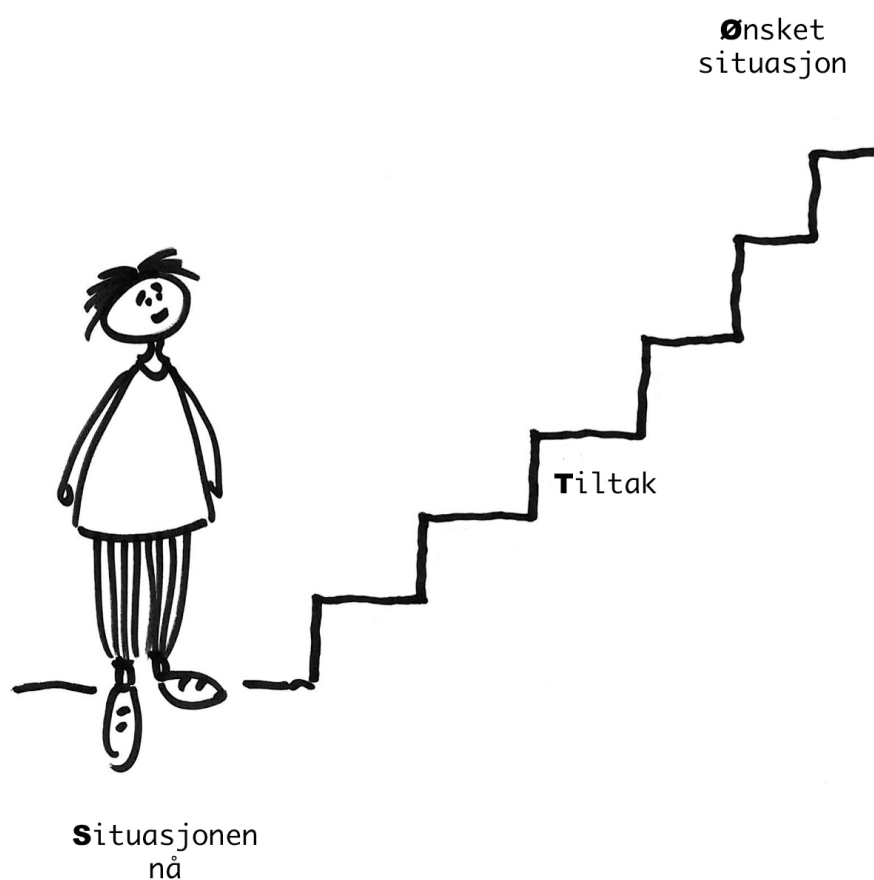
Dersom områdene blir røde, er det et tegn på at du trenger å gjøre noe med situasjonen.

Noe kan du løse selv, annet må du kanskje søke støtte og hjelp til.

Navn:

Dato:

SØT-modellen



Dette gjør du:

1. Beskriv *situasjonen din slik du opplever den nå*.
Skriv momenter på steinene
2. *Hva ønsker du å skape eller oppnå?* Tenk igjennom hva som er viktig for deg. Nå kan du tillate deg å drømme. Er det noe du ønsker å endre på? Let etter alle dine muligheter.
3. *Hvordan skal ønskene dine bli virkelighet?*
Hva er mulig å realisere fra nå-situasjonen til ønsket situasjon?

Navn:

Dato:

Pusteanker og SOAL

Disse øvelsene kan gjøres hver for seg eller i sammenheng med hverandre. Intensjonen er å styrke evnen til nærvær, ta kontroll over støyende, automatiske tanker og mestre gjennom å gi oppmerksomhet til situasjonen her og nå.

Slik utføres pusteankeret:

- Sitt avslappet og trekk pusten dypt ett par ganger, og fortsett å puste rolig
- Ikke styr pusten, bare aksepter pusten din som den er
- Kjenn at pusten går ut og inn av kroppen, enten gjennom munn eller nesebor
- Gjør dette som en åpen opplevelse. Observer og aksepter det som skjer, ikke press deg selv, - og ikke fordøm eller kritiser tankene som kommer og går.

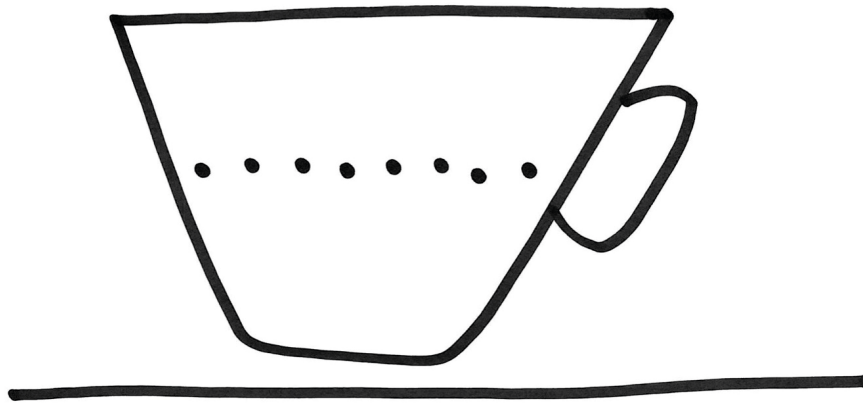
Slik utføres SOAL:

- Sitt avslappet og trekk pusten dypt et par ganger (gjerne ha etablert pusteanker først)
- Registrér tanker, følelser eller fysiske fornemmelser som dukker opp gjennom å si bokstavene SOAL inni seg:
Stopp opp
Observer nøytralt og åpent
Aksepter det som er her og nå (erkjenne at ting er som de er)
La gå (gi slipp på spenninger, følelser)

Navn:

Dato:

• HVA FYLLER MIN KOPP?



Spør deg selv:

- Hva er nivået i Helsekoppen min?
- Hva gir meg energi? Hva fyller jeg på med?
- Hvor er mine lekkasjer? Store eller små?
- Hvilke lekkasjer kan jeg tette og hvordan?

Navn:

Dato:

Aktivitetskartlegging

Dette skjemaet er for én dag. Du bør helst føre oversikt for en uke.

Her er det delt inn i totimers bolker. Du kan gjerne dele inn i timer.

Beskriv aktivitetene i stikkordsform, hva man gjør og når (hvile skal også registreres).

I kolonnen *grad av utmattelse* skal du sette tall på hvor sliten aktiviteten gjør deg.

I *F-kolonnen* skal du skrive F hvis aktiviteten oppleves å gi fornyet energi.

Dato: Tid	Aktivitet (hva gjorde jeg?)	Grad av utmattelse 0  10	F-forfriskende fornyet energi
6-8			
8-10			
10-12			
12-14			
14-16			
16-18			
18-20			
20-22			

Når en ukes kartlegging er ferdig vil du ha en kunnskap om variasjoner i vaner, energi og humør som du kan bruke til din fordel. Se på uka og still deg for eksempel spørsmål som:

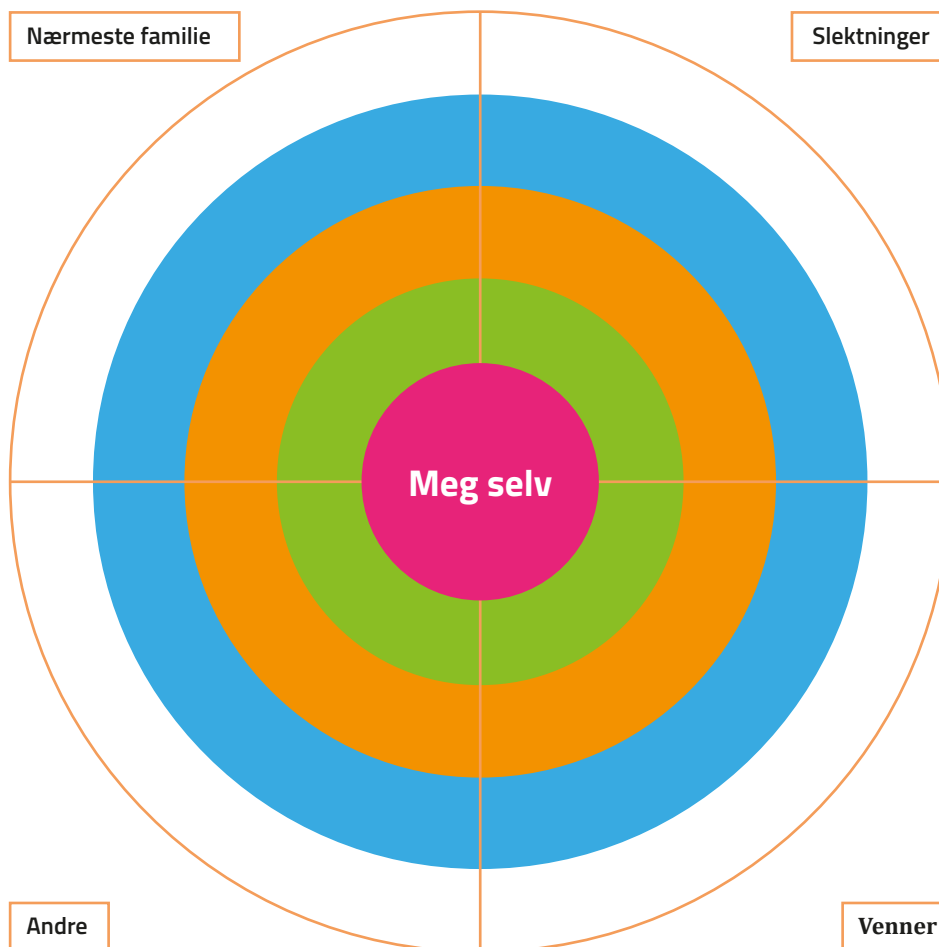
- Hvilke aktiviteter bruker du tid på?
- Er det aktiviteter som konsekvent tapper deg for energi?
- Hvilke aktiviteter er energigivende?
- Er det spesielle tider på dagen som er spesielt tunge?
- Hvilke vaner tenker du at du er tjent med, og hvilke er du ikke tjent med?

Hvis du vil, kan du gjerne bruke en støtteperson i ditt nettverk når du går gjennom kartlegginga. Bruk så kartleggingen til å sette opp en aktivitetsplan som gir deg balanse i hverdagen.

Navn:

Dato:

Nettverkskartlegging



Grønn: De som står deg aller nærmest og som du har et fortrolig forhold til (det intime nettverket).

Orange: Personer i nettverket som du møter og forholder deg til daglig. Det kan være naboer, hjemmehjelpere. Det er ingen selvfølge at relasjonene er gode (det effektive nettverket).

Blå: Det er de du møter sjelden. Personer du ikke har så omfattende eller nær kontakt med. Det kan være fjerne venner, tidligere skolekamerater, kollegaer eller folk som du fortsatt har kontakt med via mail, telefon, Facebook og lignende (det tilgjengelige nettverket).

Hvit: Mennesker som vi på en måte kjenner og de kjenner oss. Disse kan eksempelvis være mennesker som bor på samme boligfelt. Det kan også være fysioterapeuten, bibliotekaren, frisøren osv. Det er mennesker vi snakker mer overflatisk med og som vi hilser på når vi treffer (det utvidede nettverket).

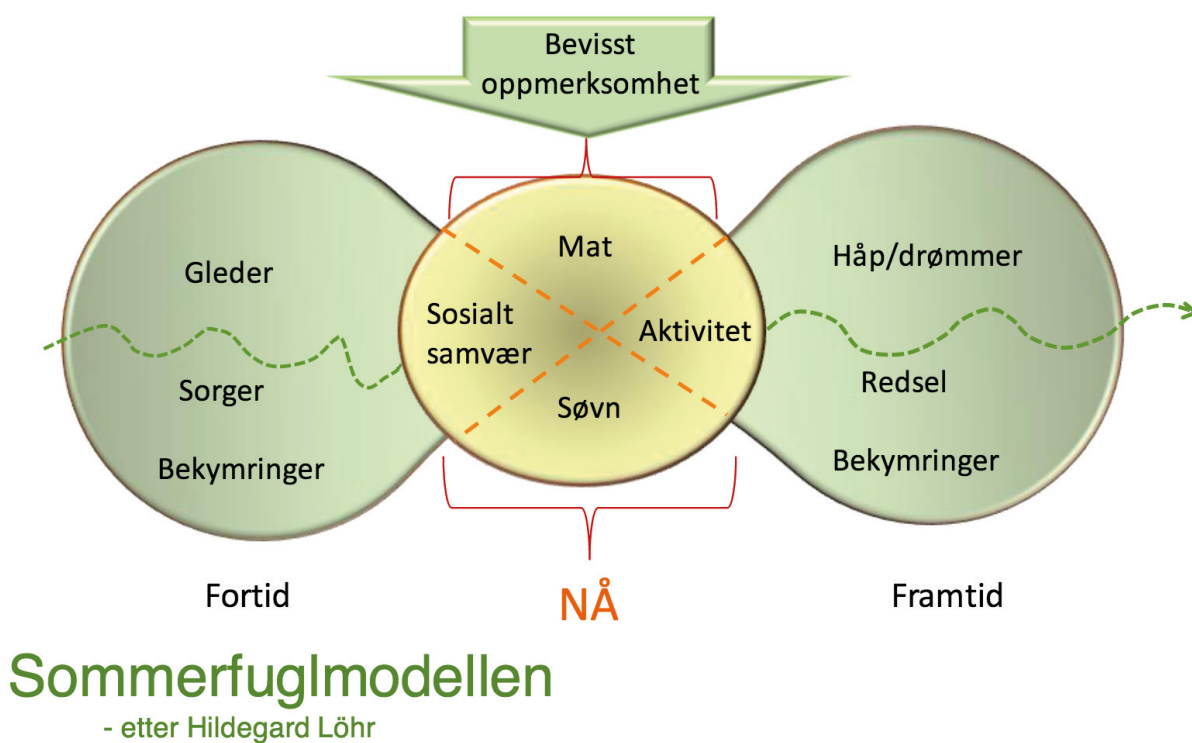
Navn:

Dato:

Sommerfuglmodellen

Mine gode, positive tanker akkurat nå

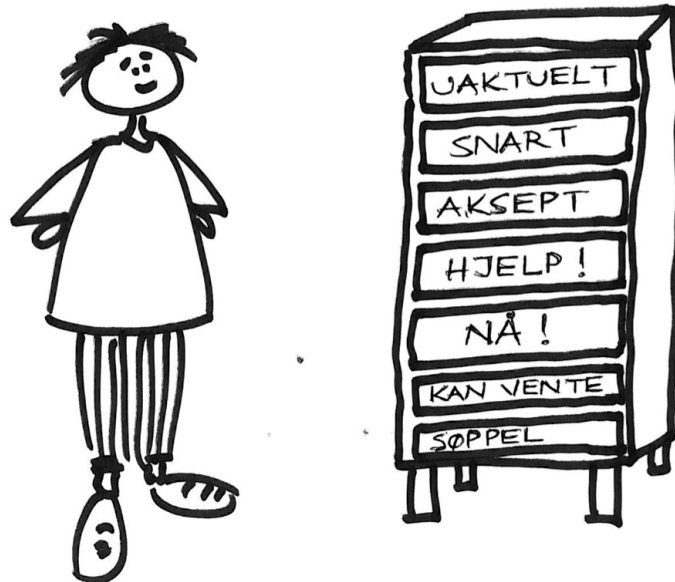
Mine bekymringer akkurat nå



Navn:

Dato:

Bekymringsskuffene



Dette gjør du:

- Tenk over: Hvordan opplever du din helse og livssituasjon?
- Sett opp en liste over de bekymringer og tanker du har når det gjelder dette
- Sortér bekymringene ut ifra fire alternativer:

1. Hva du må gjøre noe med nå
2. Hva som kan vente til et annet tidspunkt
3. Hva du må be om hjelp til
4. Hva må du akseptere at du ikke kan gjøre noe med

Navn:

Dato:

Sorteringssirkelen



Dette strever jeg med å håndtere:

Skriv ned stikkord utenfor «kakestykkene»

Navn:

Dato:

Beskriv:	Adferden, saken, handlingen
Uttrykk:	Hva du føler, opplever, synes
Spesifiser:	Hva du ønsker, vil
Konsekvens:	Hva det kan føre til

Du kan bruke en, to eller tre deler av BUSK-modellen.
Trenger ikke nødvendigvis å ta med K.

Velg deg ut en situasjon hvor du ønsker å kommunisere tydelig. Bruk skjema til å forberede deg.

B: Når du....

U: blir jeg / føler jeg at / opplever jeg at/....

S: Jeg vil /Jeg trenger /Jeg ønsker...

K: Da ...

Navn:

Dato:

Selvhevdende tale

TANKER	ØNSKER	FØLELSER	OBSERVASJONER
Jeg tenker at...	Jeg skulle ønske at...	Jeg blir sint når...	Jeg har notert meg at...
Jeg har en idé...	Jeg foretrekker...	Jeg blir glad når...	Jeg la merke til at...
Jeg anbefaler...	Jeg ville sette stor pris på...	Jeg følte meg såret når...	Jeg har lest at...
Jeg kan vanskelig forstå...	Jeg vil kunne forbedre meg hvis...	Jeg opplevde irritasjon da...	Jeg hørte at du uttalte at...
Slik jeg ser det...		Jeg er engstelig for at...	Jeg så at du...

Ambivalensutforsking

IKKE ENDRE	ENDRE
1. Hva er det du opplever som er bra med situasjonen?	4. Hva ville du oppnå ved å foreta en endring?
2. Hva er mindre bra med situasjonen?	3. Finnes det noen ulemper med å gjøre en endring?

Navn:

Dato:

Verktøy for å jobbe med endringsprosess

Det finnes noen verktøy som kan være til støtte når du skal i gang med en endringsprosess. Disse verktøyene vil hjelpe deg å tydeliggjøre mål (ene) samt å sette det inn i en struktur som kan bidra til at du lykkes. Prosessen kan gjøres tredelt:

1. Bruk SMART mål til å konkretisere og tydeliggjøre det du vil endre.
2. Sett opp en handlingsplan for hvordan du vil jobbe for å nå dine mål.
3. Sett av tid i løpet av uka til å gjøre det du må for å nå dine mål.

SMART mål

Spesifikt: Velg et mål som er konkret, klart og lett å formulere.

Målbart: Målet må være målbart. Kontrollspørsmål er: Hvordan vet du at du har nådd målet? Skriv ned kriterier for å nå målet (hvor mange, hvor mye osv.).

Akseptabelt: Målet må være viktig for DEG og ikke andre.

Realistisk: Valgte mål og prosess må være oppnåelig. Bare du kan bestemme hva som er riktig ambisjonsnivå for dine mål. Spør deg selv; hva er jeg i stand til? Hva trenger jeg av hjelp? Hvor mye tid har jeg disponibelt?

Tidsbestemt: Hva er frist for måloppnåelse; månedlige, ukentlige, daglige? Lag tidsplan. Lag flere kortsiktige mål for å oppnå langsiktige mål.

Navn:

Dato:

Mitt mål er:

S (beskriv helt eksakt hva det er du ønsker å oppnå):

M (beskriv hvordan du vet at målet er nådd):

A (beskriv hvorfor dette målet er viktig for deg):

R (beskriv hvilke ressurser du har for å nå målet. Hvis du ikke har alle ressurser, hvordan skal du skaffe deg det?):

T (når har du nådd målet?):

Dette målet er viktig fordi:

Fordelene ved å nå dette målet er:

Mulige hindre for å nå målet:	Mulige løsninger:

Min(e) støttespiller(e) er:

Handlingsplan

Mitt mål:			
Dette må jeg gjøre for å nå målet:	Hvordan gjør jeg det?	Start:	Fullført:
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Ukeplan

Dag	Dato	Hva (aktivitet)	Kommentar
Mandag			
Tirsdag			
Onsdag			
Torsdag			
Fredag			
Lørdag			
Søndag			

Kartlegging **før** Mestringstreff

1. Jeg ønsker å delta på *Mestringstreff* fordi:

2. Hvordan fikk du informasjon om Mestringstreff? Sett ett eller flere kryss.

- Gjennom en brukerorganisasjon: ☐
- Plakat/annonse/brosjyre: ☐
- Av fastlegen: ☐
- På sykehuset: ☐
- Gjennom familie og venner: ☐
- Fra kommunen: ☐
- Søkte på internett: ☐
- Annet, beskriv: ☐



3. Har du deltatt på lignende kurs tidligere? Hvis ja, kan du si noe om sted og tema?

Noen opplysninger om deg selv (sett kryss):

Kjønn: Mann: ☐ Kvinne: ☐

Alder:

Utdanningsnivå: Grunnskole: ☐ Videreg./artium/fagbrev: ☐ Høgskole/univ: ☐

Bosituasjon: Bor sammen med noen: ☐ Bor alene: ☐

Deltar du som pårørende? Hvis ja, sett kryss: ☐

Spørreskjema **etter** Mestringstreff

1. I hvilken grad hadde du nytte/utbytte av *Mestringstreff* samlet sett?
Sett kryss for det som passer:

Ingen nytte: ☐ Noe nytte: ☐ God nytte: ☐ Svært god nytte: ☐

2. Var det noe som var spesielt nyttig for deg ved å delta på *Mestringstreff*?



3. Hvordan vurderer du de ulike delene av tilbudet når det gjelder å bedre din mestring i hverdagen?
Sett kryss for det som passer.

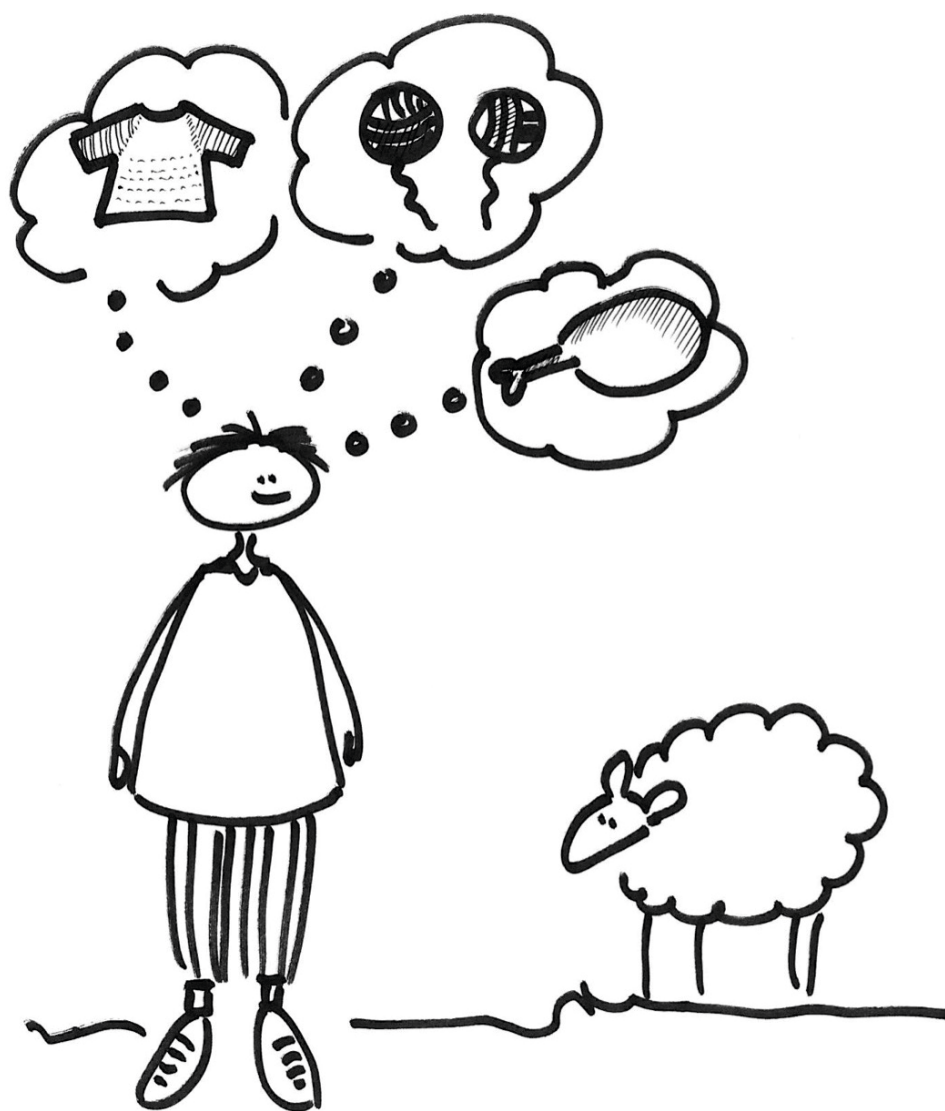
	Ikke viktig	Lite viktig	Noe viktig	Viktig	Meget viktig
Samtale i gruppe					
Høre andres erfaringer					
Dele mine erfaringer					
Få tips og gode råd fra deltakerne					
Formidling av kunnskap fra fagpersoner					
Få verktøy til bruk/hjelp i hverdagen					
Sosialt samvær					

4. Var det noe du savnet i samlingene?

5. Har du andre kommentarer eller forslag til endringer av *Mestringstreff* (antall ganger, antall deltagere, tiden på dagen, språkbruk med mer)?

Sjekkliste for planlegging av *Mestringstreff*

Område	Nyttige spørsmål å avklare
Forankring	Hvem har tatt initiativet? Hvor er det forankret (samarbeidsavtale, enhetsavtale/virksomhetsavtale, administrativ ledelse, fagpersoner)? Hva er den økonomiske rammen (ordinært budsjett, øremerkede midler, prosjektmidler)?
Oppdrag og dokumentasjon	Er målgruppe avklart? Hva er målet med tilbudet? Hvordan skal tilbudet rapporteres (journalføring, opptelling av antall deltaere/kurs, for- og ettersamtale, evalueringsverktøy)?
Organisering og samhandling	Samhandling internt i kommunen/bydelen: Hvor og hvordan skal tilbudet organiseres i kommunen? Hvilke tjenester skal samarbeide? Hvem skal delta i arbeidsgruppa? Interkommunalt samarbeid/samarbeid mellom bydeler: Foreligger det noen formelle avtaler for samarbeidet (beskrivelse av forankring, samarbeid og fordeling av kostnader)? Samhandling med spesialisthelsetjenesten: Er det etablert kontakt med lokalt helseforetak? Foreligger skriftlige, formelle avtaler? Skal tilbudet inn i et forløp? Er det behov for kompetansedeling og/eller – heving? Samhandling med brukerorganisasjoner og frivillighet: Har kommunen egne samarbeidsavtaler med brukerorganisasjoner (utover <i>Eldreråd</i> og <i>Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne</i>) som kan være aktuelle i denne sammenheng? Hvis ikke, kontakt lokal FFO og/eller SAFO. Ta kontakt med brukerrepresentanter og snakk om roller og forventninger (begge veier) før første arbeidsmøte. Er det avtalt brukerhonorering (sjekk kommunens retningslinjer)?
Arbeidsmøter	Invitere til første arbeidsmøte for lokal planlegging. Det varierer hvor mange arbeidsmøter man trenger før kursstart. Viktige ting å tydeliggjøre/avklare: • Mål og målgruppe • Samarbeidsprosess/gjensidige forventninger • Innhold: – Skal mestringstreff gjennomføres som beskrevet, eller skal noen tema byttes ut/legges til? – Behov for mer tid på noen av temaene? – Hvordan skal refleksjonsoppgavene brukes? – Avklare hvordan benytte brukerkompetansen (brukerhistorie, erfaringsdeling på bestemte tema, annet) – Hvilke pedagogiske verktøy/mestringsverktøy skal brukes? – Se gjennom presentasjonen til samlingene; brukes som de er eller endres? – Hvilke evalueringsverktøy skal brukes og hvordan innhente evalueringer? • Avklare om det skal gjennomføres forsamlinger og hvem som har ansvar for dem. • Praktiske forhold: – Avtale tid, sted, maks antall deltakere, servering osv. – Legge en plan for markedsføring og rekruttering – NB! Husk hensyn til allergier, samt tilgjengelighet i lokaler





DEL 3

KUNNSKAPS- OG TEORIGRUNNLAG

13. Innledning	96
14. Å leve med helseutfordringer	97
14.1 Helse og funksjon	97
14.2 Mestring og mestringsprosessen	98
14.3 Livskvalitet	102
15. Effekt og nytte av lærings- og mestringstilbud	103
15.1 Effekter av mestringstiltak med brukermedvirkning	103
15.2 Effekt og nytte av lærings- og mestringstilbud med brukermedvirkning	103
15.3 Effekt av kommunale lærings- og mestringstilbud i Danmark	104
15.4 Gruppebaserte mestringskurs	104
15.5 Samfunnsøkonomiske gevinster	105
16. Sentrale begreper	106
16.1 Læring og mestring	106
16.2 Brukermedvirkning	107
16.3 Helsepedagogikk	108
17. Sentrale teorier	110
17.1 Læringsteori	110
17.2 Mestringsteori	111
17.3 Endringsteori	115
18. Føringer	116
18.1 Lovgrunnlaget	116
18.2 Andre føringer	116
18.3 Samarbeid mellom sykehus og kommune	117
18.4 Kommunal organisering av læring og mestring i grupper	118
19. Litteraturliste	120

13. INNLEDNING DEL 3

Håndbok for etablering av *Mestringstreff* består av tre deler og bygger på kunnskap som er hentet fra teori og [forskning](#) og [innhold i andre diagnoseuavhengige tilbud](#), samt erfaringskunnskap fra både brukerrepresentanter og fagpersoner.

Dette er del 3 av håndboka. Hensikten med denne delen er å tydeliggjøre kunnskaps- og teorigrunnlaget. Den er ikke uttømmende i sin beskrivelse, men inneholder en del referanser² med utfyllende stoff.

Håndbokas del 1 er en veiledning for å planlegge, gjennomføre og evaluere et diagnoseuavhengig lærings- og mestringstilbud. Del 2 er ei verktøykasse som inneholder ulike verktøy til bruk i gjennomføringen av tilbudet.

² Mange av referansene i håndboka er elektroniske lenker til aktuelle nettsider.

14. Å LEVE MED HELSEUTFORDRINGER

Helseutfordringer som kronisk sykdom, langvarig psykisk eller fysisk belastning og/eller nedsatt funksjonsevne, kan medføre store forandringer i den enkeltes hverdagsliv og føre til at livet endres. Vi reagerer ulikt på disse endringene og mestrer hverdagen med helseutfordringer på ulike måter. Å identifisere utfordringer og kartlegge hvordan de virker inn på livet er viktig i oppfølgingen av den enkelte. Det er derfor av stor betydning at helsepersonell har kunnskap om hvordan det er å *leve med* og håndtere utfordringene best mulig. Målet med lærings- og mestringstilbudene er å øke mestring og støtte brukerne i å bevege seg gjennom mestringsprosessen. Kunnskap om de ulike fasene i mestringsprosessen og hvordan de gir seg til kjenne, er viktig for å kunne bistå den enkelte i å bevege seg framover.

Ambrosio og medarbeidere har gjennomført en begrepsanalyse av det å *leve med* helseutfordringer. (Ambrosio m.fl 2015). De beskriver det som et individuelt forløp preget av stor variasjon, som påvirker ulike deler av livet over lengre tid. Det å akseptere egne helseutfordringer fremheves som en naturlig start på en prosess som består av ulike faser. Å være bevisst egne helseutfordringer gjør deg bedre i stand til å håndtere konsekvensene. Dette vurderes å være en forutsetning for å lære om egen tilstand og initiere ulike mestringsstrategier. Ved å ta i bruk kunnskap, egne mestringsstrategier og aktiv medvirkning i behandling og oppfølging vil du kunne gjøre endringer og tilpasninger slik at du kanskje vurderer livet og hverdagen på en ny måte. Her er informasjon, veiledning og læring viktige elementer. I prosessen som beskrives er det å kunne leve så bra som mulig med helseutfordringene (positive living) det endelige målet. Dette innebærer at endringer er integrert i hverdagslivets rutiner og aktiviteter. Målet er nådd når endringene er internalisert og blitt en del av din identitet. Forfatterne legger frem ulike måter å leve med helseutfordringer på, som spenner fra å ikke gå inn i prosessen i det hele tatt, til det å ha nådd målet om å leve et best mulig liv. Den siste fasen benevnes som «den nye normaliteten» (The New Normal).

14.1 Helse og funksjon

Helse kan defineres på svært mange måter. «Helse er, like lite som andre idealer, selvstendig, nøytralt eller politisk uskyldig. Helse lar seg derfor ikke definere slik at det kan brukes av alle» (Martinsen 1989). Mange hevder at helse relaterer seg til mestring i hverdagen. Helseminister Bent Høie sier at «helse er å mestre de påkjenninger livet byr på» (tale på helsekonferansen 2014). Allerede i 1982 definerte Hjort helse som «overskudd i forhold til hverdagens krav» (Hjort 1982).

Per Fugelli og Benedicte Ingstad gjennomførte i perioden 1997-2000 en studie av folks helsebegrep. De fant at de viktigste meningsbærende elementene i folks helsedefinisjon var; trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og energi. De beskrev tre kjennetegn ved helse. *Helhet* – helse som et holistisk fenomen. Helse er vevd inn i alle sider av livet og samfunnet. *Pragmatisme* – helse som et relativt fenomen. Helse erfares og bedømmes i forhold til hva folk finner det rimelig å forvente ut fra alder, sykdomsbyrde og sosial situasjon. *Individualisme* – helse som et personlig fenomen. Mennesker er ulike, derfor er også helse som mål og veiene til helse forskjellige fra individ til individ (Fugelli, Ingstad 2009).



Verdens helseorganisasjon (WHO) har laget en modell (ICF) for klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse ([WHO/Helsedirektoratet 2001](#)). Bakgrunnen for modellen var et ønske om å se menneskers helse og funksjon i lys av mulighetene til å delta i aktiviteter og sosiale sammenhenger, og gå bort fra en forståelse som var mer ensidig knyttet til sykdom. Både modellen og den grunnleggende forståelsen av sentrale begreper kan være nyttig å se til i forbindelse med utvikling av lærings- og mestringstilbud. Modellen bygger på en *bio-psyko-sosial* forståelse av mennesket (Pran 2007) og innebærer at både indre og ytre ressurser er sentrale komponenter i folks helse. ICF integrerer biologiske, individorienterte og sosiale perspektiver i en helhetlig forståelse av helse. Helse er sammensatt og består av et samspill mellom kroppsfunksjoner og -strukturer, aktivitet, deltakelse, miljøfaktorer og personlige faktorer. Dette innebærer at helsehjelp og helsefremmende tiltak bør rettes mot en rekke ulike faktorer som har betydning for personens helse og funksjon.

[Helsedirektoratet](#) anbefaler å benytte ICF som verktøy for en helhetlig tilnærming i helse- og omsorgstjenesten, spesielt innen rehabilitering og habilitering.

14.2 Mestring og mestringsprosessen

I lærings- og mestringstilbud er det viktig å legge til rette for en utviklingsprosess hos deltakerne som bidrar til mestring av hverdagsaktuelle situasjoner. [Mestring](#) betraktes som omdreiningsbegrep, og det er av vesentlig betydning hvordan mestring oppfattes og kommer til uttrykk i lærings- og mestringstilbudet.

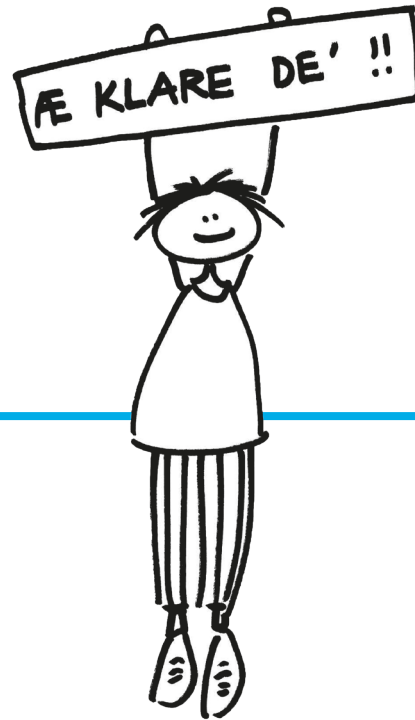
Både individorienterte og sosialt orienterte mestringsteorier er relevante for å forstå og styrke mestring hos personer som har langvarige helseutfordringer og deres pårørende. Personers mestring og helseatferd kan ikke reduseres til hans eller hennes individuelle strategi, men må forstås i et større samfunnsperspektiv. Det er viktig å synliggjøre de samfunnsmessige rammene og strukturene som kan innvirke på opplevelsen av å mestre det å leve med helseutfordringer. Tidlige sosiologiske studier (Corbin og Strauss 1991, Strauss og Glaser 1975) peker på at hvordan sykdom oppleves og takles, både avhenger av

individuelle egenskaper og ressurser og av relasjoner til andre. Faktorer som skaper ulike vilkår for mestring hos den enkelte kan være hvordan sykdom innvirker på personens dagligliv, hvilke ressurser en har tilgang til, hvilke nettverk personen har rundt seg, hvordan familie-medlemmer reagerer og/eller hvordan han eller hun blir møtt av helsepersonell.

Det er flere ulike teoretiske perspektiver på mestring, og ulike definisjoner. For mer utfyllende lesning, se Kapittel 17.2 Mestringsteori.

Definisjonen fra Vifladt 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».

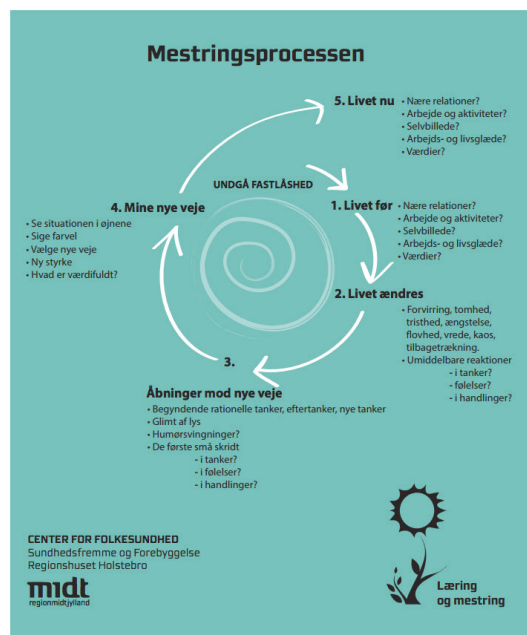




Mestringsprosessen

En [dansk håndbok](#) for lærings- og mestringsarbeid (Hinrichsen 2012) beskriver egenskaper ved mestringsprosessen i fem faser, med mange fellestrekk fra analysen til [Ambrosio og medarbeidere \(2015\)](#), samt Vifladd og Hopens beskrivelser (2002). Helse- og omsorgstjenestens rolle er å støtte den enkelte i å mestre hverdagen med kronisk sykdom/helseutfordringer, ut fra det ståstedet personen har og hvor i mestringsprosessen den enkelte er.

Figur 1. Mestringsprosessen.
(Videreudviklet etter Vifladd og Hopen, 2002).



Illustrasjon 1: Mestringsprosessen fra Håndbok i lærings- og mestringsarbeid (2012).

Her beskrives de fem fasene nærmere:

1. Livet før. Det handler om det alminnelige hverdagslivet som innebærer muligheter, begrensninger, lyse og mørke sider. Stikkord er nære relasjoner, arbeid og aktivitet, selvbilde, arbeids- og livsglede og verdier.

2. Livet endres. Stikkord er umiddelbare reaksjoner i tanker, følelser og handling. I den første tiden er ofte de følelsesmessige reaksjonene mest fremtredende. Følelser som forvirring, tomhet, tristhet, engstelse, flauhet, sinne, kaos og tilbaketrekking. Forvirringen kan være over det som har skjedd og over egne reaksjoner. Mange opplever bekymring og angst knyttet til hvordan ting vil bli i framtida, og bekymring for familie, økonomi og arbeid. Noen opplever dødsangst, sinne og avmakt over å være urettferdig rammet. Livet som det var er ikke lenger, og det er vanskelig å få kontroll på følelser og tanker. Enkelte trekker seg tilbake og har lite lyst på sosialt samvær.

Siden man som regel er mest opptatt av følelser og tanker, er ikke dette tiden for saklig informasjon. Det vil ofte være begrenset hvor mye informasjon og kunnskap man er klar til å motta. Det viktigste i denne fasen er å være nærværende og tilstede, og gi oppmerksomhet og tid til personen som person. Det er viktig å:

- ha god menneskelig kontakt og gi rom for å sette ord på og uttrykke følelser og tanker
- kommunisere på en måte som kan bidra til at personen aksepterer egne tanker og følelser
- alminneliggjøre reaksjonene og samtidig si noe om at folk kan reagere på ulike måter

Det er utfordrende å ta stilling til noe annet enn her og nå. Andre brukere/pasienter kan ha en viktig rolle i denne fasen gjennom å bidra med erfaringsfellesskap, gjenkjenning og «speiling» og å gi svar på konkrete spørsmål.



3. Åpning mot nye veier. Stikkord er begynnende rasjonelle tanker og ettertanker, humørsvingninger og glimt av lys. De første små skritt i en ny retning. Tanker omkring hva en må leve med og hva en kan gjøre noe med er fremtredende. Å snakke med andre er viktig for mange, og mange ser et begynnende håp om at livet har noe å by på til tross for sykdom. Kanskje kan en oppta arbeid igjen, men ikke på samme måte som tidligere?

I denne fasen er det viktig å lete etter åpninger og lytte etter tegn på nyanser og hjelpe den andre til å få øye på små endringer. Det er viktig å legge til rette for dialog som styrker mestringsevnen. Hvem er viktige personer og hvem kan hjelpe? Ta tak i de ressursene personen har og løfte fram tidligere mestringserfaringer. Hva pleier du å gjøre? Hva er viktig for deg? Alminneliggjøre og si noe om at denne fasen kan ta tid. Påpeke små endringer i positiv retning.

4. Mine nye veier. Stikkord er å se situasjonen i øynene, si farvel til det gamle, velge nye veier, ny styrke. Hva er viktig og verdifullt? Fasen er preget av aksept og det å se virkeligheten i øynene slik den nå er. Det kan innebære at en må si farvel til arbeid, aktiviteter og håp om å nå spesielle mål. En må også gjøre valg knyttet til hva som er verdifullt i den nye situasjonen, og hvordan bruke de ressursene en har. Det kan være viktig med dialog om verdiene i livet og hvordan få øye på muligheter, til tross for begrensninger. Hva er konsekvenser og muligheter ut fra ulike valg? Ulike mennesker har ulike prosesser for å finne nye veier.

5. Livet nå. Stikkord er nære relasjoner, arbeid og aktivitet, selvilde, arbeids- og livsglede og verdier. Når man har nådd denne fasen, har man funnet en måte å takle sykdommen på, og livet leves med et nytt utgangspunkt. Man har foretatt, og foretar viktige valg, og er klar over hva man må leve med og hva man kan gjøre noe med. Man finner en balanse der selvilder er reetablert på en ny måte med både gamle og eventuelle nye verdier i livet. Forholdet til de nærmeste har funnet en ny form, og en har funnet seg til rette i nye roller. Hverdagslivet er preget av tilpasning til den nye virkeligheten. Det er ulikt hvordan ulike mennesker beveger seg gjennom mestringsprosessen og i hvilken grad sykdommen påvirker dem. Bevegelsen er stort sett ikke rett fram, men heller noe fram og tilbake mellom fasene.

Self-management

Ett av begrepene som brukes for å beskrive prosessen i begrepsanalysen til [Ambrosio og medarbeidere \(2015\)](#) er *self-management*. Begrepet kan defineres som «strategier for å håndtere kronisk sykdom» (Lorig 2003). Begrepet går igjen i ulike læringsprogrammer og andre helsefremmende tiltak, inkludert lærings- og mestringsvirksomheten. Oppmerksomheten vendes fra selve sykdommen til det å håndtere situasjonen og leve et godt liv. Med referanse til Corbin og Strauss (1991) tar *self-management* utgangspunkt i pasientenes opplevde behov og søker å bidra til at de utvikler ferdigheter i å håndtere utfordringer og løse problemer. Det dreier seg om å mestre medisinske ferdigheter, omstilling av roller og håndtering av følelsesmessige utfordringer knyttet til det å være rammet av langvarig sykdom (Lorig 2003).

Energibalanse og søvn

Personer som lever med helseutfordringer kan i perioder oppleve trøtthet, matthet og manglende energi. Dette er ofte usynlige plager og kan være vanskelige å forholde seg til, både for en selv og de rundt. Enkelte opplever å måtte redusere aktiviteter som tidligere fylte livet deres. Ved å rette oppmerksomhet mot energibalanse og -økonomisering kan man opprettholde aktiviteter som er viktige i hverdagslivet og få overskudd til positive og lystbetonte aktiviteter. Energiøkonomisering innebærer å tenke gjennom hva som er energikrevende og tappende aktiviteter, og hva som gir påfyll. For den enkelte kan det handle om bevisstgjøring, prioritering og vaneendring (Hindarker, Sundfør 2012).

Én og samme aktivitet kan utføres på ulike måter. Energi-besparende arbeidsmetoder handler om å kunne opprett-holde aktiviteter, men at de utføres på litt andre måter enn tidligere. Aktivitetene kan endres gjennom tilpasning av tempo og pusteteknikk, samt bruk av ulike arbeidsstil-linger og tilrettelegging. Tilrettelegging av miljøet er et viktig prinsipp knyttet til bruken av energibesparende arbeidsmetoder. Det kan handle om enkle tilrettelegnin-ger av fysiske omgivelser både hjemme og på jobb som den enkelte selv kan gjøre, men også om tilpasning og bruk av tekniske hjelpemidler.

Boken «[Energyvene](#)» (Berge, Dehli og Fjerstad 2014) gir en god beskrivelse av [hvordan utmattelse og manglende energi kan forstås](#).

Mange opplever utfordringer med å sove i forbindelse med sykdom, livskriser, bekymringer, tristhet og stress. Det kan være at det tar tid å sovne, at man våkner flere ganger om natta eller våkner tidlig på morgenen uten å få sove igjen. Søvnens har ikke en gjenoppbyggende effekt for dagtidsfungeringen, i stedet påvirker den overskuddsføl-se, arbeidsevne og funksjon på en negativ måte. For å endre på negativ søvnbalanse, og optimalisere energi og ressurser, kan det være nyttig å snakke om god søvnhygi-ene. Les mer om [Søvnhygiene](#) – gode råd ved søvnpro-blem (Bjørvatn 2016).

Søvn reguleres av samspillet mellom søvnbehov, døgnryt-me og vaner/atferdsfaktorer. Døgnrytmen avgjør hvor mange timer man sover og hvor trett man er når man legger seg. Søvnbehovet bygger seg opp når man er våken, og antall timer i våken tilstand avgjør hvor dypt man sover. Vaner og atferdsfaktorer regulerer hvordan og når man sover, for eksempel tidspunkt man legger seg og står opp, påvirkning fra lyskilder, inntak av koffeinholdig drikke osv.

Disse rådene tar sikte på å bygge opp søvnbehovet, men kan også brukes for å forebygge søvnvansker.

Råd for å ta vare på oppbygget søvnbehov

- det er viktig med regelmessig mosjon, men avslutt minst 3 timer før sengetid
- unngå å sove på dagtid (eventuelt tillate en middagslur på under 20 minutter)
- ikke opphold deg i sengen lenger enn forventet sovetid

Råd for å bevare god døgnrytme

- stå opp til omtrent samme tid hver dag, også i helger
- få minst 30 minutter med dagslys daglig, helst tidlig om morgenen (innen 2 timer etter at du har stått opp)
- unngå å bli eksponert for sterkt lys dersom du må opp om natten

Råd for å redusere aktivisering om kvelden og natten (vaner og adferd)

- unngå kaffe, te, cola og energidrikker (koffeinholdige drikker) etter kl. 17
- nikotin virker også aktiverende og bør unngås
- unngå kraftig mosjon siste timer før sengetid
- unngå å være sulten eller å innta tungt måltid ved sengetid
- bruk soverommet til å sove i, ikke til jobb, mobil, pc, nettbrett
- lag deg et sengetidsrituale
- sørg for mørke, ro og moderat temperatur på soverommet. Bruk evt maske og ørepropper
- ikke se på klokka hvis du våkner om natten
- lær deg en avspenningsteknikk, bruk den ved oppvåkninger
- sett av en «problemtime» om ettermiddagen/tidlig kveld hvor du tenker gjennom dine bekymringer og problemer. Unngå å ta med deg bekymringer og problemer til senga
- et varmt bad før sengetid kan virke beroligende

Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer (SOVno) formidler tips til [avslappingsøvelser](#) for å øke søvnigheten. Bruk av [Søvndagbok](#) er et hjelpemiddel for å kartlegge søvnvaner. Les mer om søvn i artikkelen [Søvn – en oversikt](#) (Ursin 2007) eller på [Helsedirektoratets](#) sider. Helsedirektoratet har laget en [brosjyre](#) om søvnkvalitet som kan benyttes i kurset.

14.3 Livskvalitet

Bedret livskvalitet fremheves som et mål for lærings- og mestringsvirksomhet. [Begrepet](#) har sine røtter i sosiologien på 1950-tallet. En ønsket ikke bare å studere ytre levevilkår i et samfunn, men også få mer kunnskap om hvorvidt mennesker opplevde at de hadde et godt liv. I faglitteraturen knyttes livskvalitet til enkeltindividets opplevelse av å ha et godt liv, en form for psykisk velvære ([FHI 2016](#)). Livskvalitet er derfor forankret i enkeltpersoners subjektive opplevelse av å ha et godt liv, og ikke i ytre objektive forhold som gode materielle levekår, økonomi, sunne miljø osv. Slike ytre faktorer anses som viktige betingelser som sannsynligvis er nødvendige, men ikke tilstrekkelige for høy livskvalitet. Det enkelte menneskes subjektive opplevelse av å ha det godt eller dårlig, skjer alltid innenfor ens egen referanseramme og erfaringsbakgrunn.

Helserelatert livskvalitet sier noe om i hvilken grad ens forventninger om fysisk, mentalt og sosialt velvære er påvirket av helseutfordringer/sykdom og behandling (Wahl og Hanestad 2004). De to viktigste aspektene ved livskvalitetsbegrepet inkluderer: *Den subjektive opplevelsen* – i form av egne forventninger i forhold til personlig referanseramme og erfaringsbakgrunn. Dette innebærer at personer med samme helseutfordring og behandling kan rapportere ulik helserelatert livskvalitet pga. ulikhet i personlige forventninger og mestringsevne. Helserelatert livskvalitet må derfor vurderes ut fra pasientens perspektiv og ikke fra andres observasjoner (helsepersonell, omsorgspersoner, familie). Den andre aspektet er *multidimensjonalitet* – det vil si at en må inkludere både fysiske, mentale og sosiale mål på helse.

Det er uenighet og diskusjon omkring definisjoner og målinger av livskvalitet. Begrepet har likevel en iboende mening for de fleste mennesker. Klinisk erfaring viser at ved nærmere utspørring vil den vanlige bruker av rehabiliteringstjenester og lærings- og mestringsstilbud greit beskrive hvordan ulike tiltak har bidratt til at en har fått et bedre liv. Vurderinger av livskvalitet kan derfor være et nyttig «møtested» der fagfolk og brukere kan oppsummere effekter av ulike tiltak og tjenester.

Det finnes en del studier som viser positive resultater på livskvalitet i forbindelse med lærings- og mestringsintervensjoner. De er gjerne gjort med utgangspunkt i ulike diagnosegrupper. Her er noen eksempler: [Mei-Chen Lee mfl., 2016](#), [Ahmadi mfl. 2015](#), [Shu-Hui Yo mfl., 2014](#).



15. EFFEKT OG NYTTE AV LÆRINGS- OG MESTRINGSTILBUD

15.1 Effekter av mestringstiltak med brukermedvirkning

Kunnskapssenteret i helsetjenesten og NK LMH gjennomførte i 2015 et litteratursøk for å undersøke effekter av mestringstiltak med brukermedvirkning ([Fønhus m.fl. 2015](#)). Søket er gjort innen systematiske oversikter, og 43 oversikter er inkludert. Det er relativt stor variasjon i hvilke typer utfall som inngår i oversiktene, og mestring, livskvalitet og sosial støtte er eksempler på utfallsmål som ble brukt.

Resultatene viser at i 26 av 43 oversikter konkluderer forfatterne med at mestringstiltakene har positiv effekt, i 13 av 43 usikker effekt og i to av 43 ingen eller liten effekt. Det er utfordrende å måle effekt. Antall studier er lavt, og variasjonen er stor.

15.2 Effekt og nytte av lærings- og mestringstilbud med brukermedvirkning

Stenberg m.fl. (2016) har i etterkant av litteratursøket beskrevet ovenfor, gjennomført et komplementært søk knyttet til effekt og nytte av mestringstiltak. Hensikten med denne studien var å oppsummere kunnskap om effekt og nytteverdi av gruppebaserte lærings- og mestringstilbud med brukermedvirkning for personer som lever med helseutfordringer. For å finne slike studier har det vært nødvendig å gjennomføre en type litteraturgjennomgang der en inkluderer studier som benytter ulike metoder eller en kombinasjon av flere metoder. Totalt 47 studier er inkludert i analysen. [Studien](#) er publisert i [Patient Education and Counseling](#).

Målet med de fleste programmene i studien var at deltakerne skulle oppnå bedre helse og livskvalitet gjennom økt kunnskap om egen sykdom og forbedret mestringsevne ved å innta en aktiv rolle i eget liv. Midlene for å nå målene var ulike. Noen intervensjoner vektla informasjon, opplæring og undervisning mest, noen hadde mer praktisk innhold med gruppedynamikk og problemløsning. Fokuset lå på selvhjelpsstrategier, emosjonelle strategier eller mestringsstrategier, men det varierte om de vektla mestring av symptomer og helse, eller mestring

av hverdagen. Det var mange ulike varianter av brukermedvirkning i intervensjonene. 32 av 47 programmer var knyttet til i primærhelsetjenesten, resten i sykehus.

Resultatene fra studien kan grupperes i tre hovedkategorier

1. *Gjensidig læring, støtte og håp:* Viktigheten av å treffe andre og lære av hverandre ble løftet fram som svært nyttig. Det var en signifikant forbedret opplevelse av framtidshåp og utvidet sosialt nettverk. Det var varierende resultater på sosial støtte.
2. *Innvirkning på egen helse og livskvalitet:* Resultatene viser signifikant forbedret symptombelastning over tid og større bevissthet om egen helse. Resultatene knyttet til livskvalitet varierte. Bedringsprosesser (recovery) var signifikant forbedret over tid.
3. *Mestring – hvordan å leve med egne helseutfordringer:* Det var samstemte positive resultater knyttet til det å tilegne seg ny kunnskap. Mange lærte mye om hvordan kommunisere bedre med helsepersonell. Det var varierende resultater med hensyn til tro på egen mestringsevne. Empowerment var signifikant forbedret, også over tid.

I tillegg rapporterte mange studier på erfaringer fra ulike former for gruppeledelse, om de var drevet av personer med helsefaglig bakgrunn, av personer med erfaringsbakgrunn eller i et samarbeid (gjalt de fleste studiene). Funnene viste at personer med helsefaglig bakgrunn og personer med erfaringsbakgrunn bringer med seg ulike og utfyllende kvaliteter inn i gruppa.

Sett i lys av deltakernes erfaringer, er personer med helsefaglig bakgrunn viktig fordi de:

- forstår de helsemessige konsekvensene
- har oversikt over aktuelle hjelpetiltak
- besitter rådgivende kompetanse
- kvalitetssikrer informasjonen

Personer med erfaringsbakgrunn er viktig fordi de:

- er rollemodeller
- er eksperter på mestring
- gjør det enklere å forstå
- lettere å relatere seg til
- hindrer hierarki
- fremmer håp og empowerment
- kan sette ord på det usagte ved å leve med

15.3 Effekt av kommunale lærings- og mestringstilbud i Danmark

Danske studier og evalueringer som har undersøkt en rekke ulike effekter av kommunale lærings- og mestringstilbud, både for diagnosespesifikke og ikke-diagnosespesifikke grupper, viser til positive sammenhenger og effekter på fysisk aktivitet, selvvurdert helse, livskvalitet, fysisk, psykisk og sosial funksjonsevne, opplevelse av sammenheng og ulike sider ved mestring (for eksempel positivt engasjement, integritet og sosial støtte). Dette er områder som dreier seg om å leve med og håndtere livet med langvarige helseutfordringer, og som har vært sentrale omdreiningspunkter og temaer i lærings- og mestringstilbudene. Brukermedvirkning på systemnivå (les mer i kapittel 4.3) og i gruppene er sentrale egenskaper ved de danske lærings- og mestringstilbudene, som er utviklet etter «den norske modellen», og beskrevet i en egen [håndbok](#).

15.4 Gruppebaserte mestringskurs

Der vi kan hente flest studier med relevans for kunnskapsgrunnlaget for diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud, er fra forskning knyttet til det amerikanske programmet [Chronic Disease Self-management Program \(CDSMP\)](#), i Norge kjent som *Å leve et friskere liv*. Dette er et gruppebasert mestringskurs uten diagnosefokus. Opplegget forutsetter sertifisering av kursledere og innebærer at en følger en strengt oppsatt mal for gjennomføring.

Forfatterne av en [systematisk oversikt](#) oppsummerer tilgjengelig forskning på effekt av mestringskurset (Brady m.fl. 2013). De har samlet inn og oppsummert resultater fra 23 primærstudier med til sammen 8688 deltakere. I oversikten inngår både randomiserte kontrollerte studier og observasjonsstudier.

Resultatene viser at disse gruppebaserte mestringskursene på kort sikt trolig har mer positiv effekt sammenlignet med standard behandling (som å stå på venteliste eller inngå i vanlig oppfølging). Det handler om økt mestringstro, bedre symptomhåndtering, mindre helsebekymring og mindre sosial rollebegrensning på grunn av langvarige helseutfordringer. For å kunne si noe om effekt på lengre sikt (utover 6 måneder), er det behov for flere studier med lengre oppfølgingstid. To enkeltstudier viser at tilbudet etter ett år gir en signifikant økning i positiv helseatferd, mestring og helsestatus, samt færre henvisninger til akuttmottak.

I følge [Kate Lorig](#) utgjør egenomsorg, det vil si at en greier å ivareta egen helse, 90 prosent av behandlingen ved langvarige helseutfordringer. Å sette brukere, pasienter og pårørende i stand til å mestre sin egen situasjon på en så bra måte som mulig, er derfor en essensiell del av helse- og omsorgstjenestene.

15.5 Samfunnsøkonomiske gevinster

Samfunnsøkonomiske gevinster er utfordrende å måle. De er spredt ut på mange samfunnsområder og realiseres over (lang) tid. Det er gjort lite forskning på effekter av lærings- og mestringstilbud over tid, og det er et stort behov for omfattende studier med ulike design for å øke kunnskapen. Basert på generelle samfunnsøkonomiske betraktninger kan det likevel antas at desentraliserte og kvalitativt gode lærings- og mestringstilbud i kommunene på sikt kan innebære betydelige samfunnsøkonomiske gevinster som:

- Direkte velferdsgevinster som følge av bedre helse, økt mestring og livskvalitet for den enkelte og også pårørende.
- Bedre helse og funksjonsevne vil kunne redusere offentlige utgifter ved mindre behov for helse- og omsorgstjenester.
- Økt frivillig innsats, noe som anses som nyttig og ønskelig.
- Økt arbeidsevne kan gi høyere yrkesdeltakelse, lavere trygdeutgifter (sykepenges og uføretrygd) og større verdiskapning i samfunnet.

Gallefoss har gjennomført [en studie](#) der han sammenlignet effekten av pasientopplæring for personer med astma og personer med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), med en gruppe som ikke fikk slik opplæring (kontrollgruppe). Avhandlingen viser at pasientopplæring har flere viktige effekter for den som er lungesyk, og at det fører til en lavere kostnad vurdert i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Pasientopplæring gir bedre livskvalitet, bedre lungefunksjon, betydelig færre sykmeldinger og mindre behov for fastlegeoppfølging. Opplæring resulterte i en nær 50 prosent reduksjon i gjennomsnittlige totale kostnader fra kr. 19 900 til kr. 10 600. For hver krone brukt på opplæring, sparte man 5 kr i totale kostnader (Gallefoss, 2001). Disse resultatene er ikke direkte overførbare til diagnoseavhengige lærings- og mestrings-tilbud, men representerer funn det er verd å ta med i vurderingen av samfunnsøkonomiske gevinster.

I dag er det få studier fra Norge som har undersøkt den helseøkonomiske nytteverdien av mestringsstøttende tilbud. For at vi bedre skal kunne evaluere våre lærings- og mestringstilbud trenger vi å finne ut hvilke aspekter som er sentrale å måle, hvordan disse kan måles og hva slags resultater vi kan finne i den internasjonale forskningen på dette. NK LMH fikk i 2018 publisert en kunnskapsoppsummering om helseøkonomisk utbytte av lærings- og mestringsvirksomhet (Stenberg mfl. 2018). I over 80% av studiene som ble gjennomgått fant forfatterne at mestringsstøttende virksomhet ga helseøkonomisk gevinst. Eksempelvis fant de at pasienter med diabetes, kols eller astma som fikk læringstilbud, hadde færre og/eller kortere sykehusinnleggelser og gikk sjeldnere til konsultasjoner hos fastlege og i poliklinikk enn de som ikke fikk slike tilbud.

16. SENTRALE BEGREPER

Læring og mestring som fagområde handler om kunnskap knyttet til det å *leve med* helseutfordringer som ikke nødvendigvis kan behandles vekk. Det handler om hvordan mestre livssituasjonen og lykkes med å gjøre endringer som kan bidra til mer helse og mindre grad av nedsatt funksjonsevne. Mye handler også om kommunikasjon, samarbeid og relasjonelle forhold mellom fagpersoner og brukere, fagpersoners kompetanse og miljømessige forhold.

Fagområdet læring og mestring ved langvarige helseutfordringer er omfattende og trekker veksler på ulike vitenskaps- og fagtradisjoner. Tankesettet som ligger til grunn for tjenestene samsvarer med grunnlagstenkningen innen helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende virksomhet. Det bygger på en bio-psykososial forståelse av helse og funksjon, samt på teorier om [salutogenese](#) og [empowerment](#).

16.1 Læring og mestring

Bred forståelse av læring og mestring

Helsemyndighetene definerer læring og mestring bredt. Ifølge Helsedirektoratets [veileder fra 2015](#) omfatter begrepet læring og mestring alt fra individuell pasient- og pårørendeopplæring til gruppetilbud og likemannsarbeid. Metodikken spenner fra overføring av kunnskap fra fagpersoner til pasienter og brukere, og til mestringstilbud hvor fag- og erfaringskompetanse er sidestilt. Fagpersonenes rolle er å bidra til å fremme pasient, bruker og pårørendes motivasjon og ressurser. Det er et mål at lærings- og mestringstilbud skal inngå i helhetlige forløp for brukere, pasienter og deres pårørende. Tilbudene kan betraktes som en lærings- og mestringskjede/-forløp der personens behov er styrende for hvilke tilbud som er aktuelle. Tilbudene kan være individuelle eller gruppebaserte og foregå i ulike faser av forløpet.

Ulike former for gruppebaserte lærings- og mestringstilbud

Lærings- og mestringstilbud har tradisjonelt vært betegnelsen på *gruppebaserte* opplæringstilbud, planlagt, gjennomført og evaluert i tråd med samarbeidsmodellen [Standard metode](#) ved landets lærings- og mestringssentre. Oppmerksomheten har vært rettet mot å *leve med* helseutfordringer og å mestre livssituasjonen med langvarig sykdom og/eller nedsatt funksjonsevne. Utgangspunktet har vært brukernes egne ressurser og erfaringer og hva som er viktig for dem.

Tilbudene har favnet ulike diagnoser og ulike livsfaser, og målgruppene har vært brukere, pasienter og deres pårørende. Det er benyttet helsepedagogiske virkemidler som fremmer brukermedvirkning og mestring. Erfaringsutveksling der både erfarne brukere og fagpersoner er sammen, har vært et viktig virkemiddel i de gruppebaserte lærings- og mestringstilbudene (Hvinden 2011). Lærings- og mestringstilbudet som denne håndboken omtaler er tenkt som et tilbud i denne kategorien. Nettsiden [mestring.no](#) har en omfattende beskrivelse av [hvordan etablere slike lærings- og mestringstilbud](#).

Kriterier for å kalle tilbudet et gruppebasert lærings- og mestringstilbud etter Standard metode:

- Planlegging, gjennomføring og evaluering skal skje i et likeverdig samarbeid mellom brukere og helsepersonell.
- Tilbudet skal romme undervisning både fra helsepersonell og erfarne brukere.
- Det benyttes helsepedagogiske læringsprinsipper som fremmer brukermedvirkning og mestring.
- Mestring av hverdagen med kronisk sykdom/langvarige helseutfordringer er det gjennomgående temaet i tilbudet.

Helsedirektoratets [veileder fra 2015](#) anlegger en bredere forståelse av læring og mestring, noe som innebærer at støtte til endring av levevaner, eksempelvis gruppebaserte tilbud innen frisklivssentraler, samt organiserte selv-hjelpsgrupper også betegnes som lærings- og mestrings-tilbud. Eksempler på tilbud som [Livsstyrketrening](#) og [salutogene samtalegrupper](#) betegnes også som gruppebaserte lærings- og mestringsstilbud.

16.2 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 i lærings- og mestringsvirksomhet.

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 mestringsstilbud skal utvikles og etableres. Brukermedvirkning på individnivå står sentralt når deltakere på lærings- og mestringsstilbud 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 mestringsstilbud, er brukerkunnskap nødvendig. For å gi brukere reell innflytelse på tilbudenens 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.

Strøm og Fagermoen (2014) så på egenskaper ved samarbeidet mellom fagpersoner og brukerrepresentanter i arbeidsgrupper ved lærings- og mestringscenteret (LMS). Analysen viste to ulike modeller knyttet samarbeid.

1. Gjensidig kunnskapsdeling, dialog og felles beslutninger: Her har gruppeledelse og fagpersonenes adferd betydning, både for den gjensidige kunnskapsdelingen og felles beslutninger. Krever involvering fra alle parter. For å få til dette er atmosfæren, holdningene, relasjonene, likeverdet og anerkjennelsen viktige faktorer.

2. Utveksling av informasjon: Fravær av dialog, lite utforskning av brukerkunnskapen og beslutninger tatt av fagpersoner. Fagpersonene engasjeres ikke av brukernes kunnskap og informerer ut fra sin profesjonelle posisjon.

Thompson (2007) har studert hva brukermedvirkning er. Medvirkning er ønsket fra begge parter, men skjer kun gjennom gjensidighet i relasjon, dialog og felles beslutninger. Ikke alle ønsket å være like mye involvert, graden var avhengig av type og grad av helseutfordring, ulike personlige egenskaper og relasjonen til helsepersonell.

Solbjør og Steinsbekk (2011) har undersøkt hvilke erfaringer helsepersonell har med brukermedvirkning i sykehusavdelinger. Hovedgrunn for brukermedvirkning er ønsket tilgang til brukerkunnskapen, som et alternativ eller tillegg til fagkompetansen. Behov for profesjonell praksis var et argument mot brukermedvirkning i avdelingen. Fagpersoner vurderte fagkunnskapen høyere enn brukerkunnskapen.

Mockford mfl. (2012) har studert betydningen av brukermedvirkning. De fant at den har betydning på flere områder. Å ta i bruk erfaringskunnskapen til nytte for andre brukere er viktig. Ellers i utvikling av tjenester, evaluering og annet endringsarbeid. Lite evidens knyttet til kostnader, lite rapportering og mangel på instrumenter for å måle effekt. Effektmåling er kompleks og avhenger av kontekst, politikk, ressurser, hensikten med tjenesten, organisasjonskultur, individuell kultur med mer.

Brukerkompetanse

Kompetanse er evnen og muligheten til å omsette viten, ferdigheter og holdninger til hensiktsmessige handlinger. I [gruppebaserte lærings- og mestringstilbud](#) er brukerrepresentanter samarbeidspartnere 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. De har funnet måter å håndtere sin egen situasjon på som fungerer for dem og deres nærstående og 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:

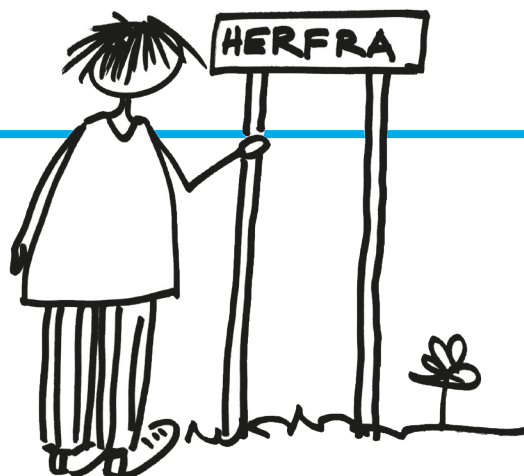
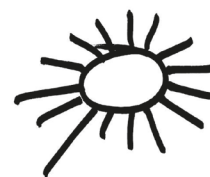
- Dele sine erfaringer med arbeidsgruppen og delta i de beslutninger som ligger til arbeidsgruppen å ta
- Dele sine erfaringer med deltakerne i læringstilbudet
- Bidra til åpenhet om vanskelige temaer
- Sikre et hverdagsspråk
- Bistå med kunnskap om praktisk tilrettelegging for brukere med spesielle behov

16.3 Helsepedagogikk

Helsepedagogikk har et annet virkefelt enn skolepedagogikk. Brukerne her står ikke ovenfor et fag som skal læres, men et liv som skal leves. Det handler om livssituasjoner der det kreves nyorientering og læring for å kunne mestre. 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. Når erfarne brukere bidrar med kunnskap om livet med ulike helseutfordringer, kan læringstilbudene skreddersys for målgruppen. Når de deltar i læringsgruppene, kan de bidra til at deltakerne lettere snakker sammen og lærer av hverandre, og de kan selv fungere som rollemodeller. 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».



NK LMH har gjort et systematisk litteratursøk av hva som finnes av studier knyttet til betydningen av helsepedagogisk kompetanse for å drive gruppebasert lærings- og mestringsvirksomhet (Vågan mfl. 2016). 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. Studien er publisert i [Sykepleien Forskning](#) i 2016.

Gjennomgangen av litteraturen resulterte i funn av seks viktighetsområder:

- **Gruppeledelse** – 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 gruppeledelse. 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.

Veileder innen helsepedagogikk

NK LMH laget i 2010 en veileder for utvikling av helsepedagogiske kompetanseutviklingsprogram i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Dokumentet beskriver den kompetansen som er nødvendig for fagfolk som skal medvirke i, eller lede gruppebaserte lærings- og mestringstilbud der samarbeidsmodellen [Standard metode](#) ligger til grunn (jamfør Håndbokas del 2).

Veilederen anbefaler at kompetansegivende kurs omfatter følgende emneområder:

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

Læringsaktiviteter – det er avgjørende å velge arbeidsformer som er i samsvar med læringssynet som fremholdes innen lærings- og mestringssettene:

- 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, en arbeidsinnsats mellom kursdagene, erfaringsdeling med mer – i tillegg til faglige forelesninger.

17. SENTRALE TEORIER

Her presenteres noen overordnede teorier knyttet til læring, mestring og endring.

17.1 Læringsteori

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.

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 ble for alvor et viktig tema innen psykologi på begynnelsen av 1900-tallet da den behavioristiske skolen innen psykologi ble etablert. Med utgangspunkt i et naturvitenskapelig vitenskapsideal definerer behaviorismen læring som endring av atferd eller endring av individets respons på faktorer i omgivelsene. Læring forstås som et resultat av ytre stimuli og enkeltpersoners respons på slike stimuli (Skinner 1938, Thorndike 1922). For å skape endring i individers atferd og holdninger endres eller manipuleres de ytre omgivelser eller stimuli, for eksempel i form av negativ og positiv bekreftelse eller forsterkning av en bestemt atferd. Behavioristisk teori fikk stor innflytelse på skole og utdanning og bidro til at overføringsmetaforen ble brukt som pedagogisk prinsipp og praksis (Stray og Wittek 2014). Overføringsmetaforen er en lærersentrert forståelse av undervisning hvor en lærer formidler eller overfører kunnskap til en passivt lærende mottaker.

Kognitive og sosiale læringsteorier

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. Teoriene ser på læring som noe som skjer gjennom *aktiv* utforskning og gjennom den enkeltes kunnskapskonstruksjoner av den virkeligheten han eller hun erfarer. De legger en personsentrert modell til grunn, noe som innebærer at brukere, pasienter og pårørende betraktes som aktører i sin egen læringsprosess og som aktivt meningssøkende og meningsskapende (Illeris 2011, Bandura 2001). De læringsteoriene som betraktes 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.

Kognitive læringsteorier har belyst forskjellene i hva individer lærer og hvordan individer forholder seg til det de lærer (Eraut 2010). Læring finner sted når en person tilegner seg og utvikler kunnskap som er knyttet sammen med tidligere tilegnede kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Sosiale læringsteorier løfter frem at læring også involverer sosiale prosesser (Lave og Wenger 1991). Innenfor et sosialt eller sosiokulturelt perspektiv ses læring som noe som er avhengig av samhandling med mennesker i omgivelsene og avhengig av deltakelse i sosiale og kulturelle aktiviteter. Selve læringskonteksten antas å ha avgjørende betydning for hva og hvordan en person lærer. Gjennom aktiv utforskning og samspill med andre omformes sosiale erfaringer til individuelle kunnskapskonstruksjoner (Stray og Wittek 2014).

Flere teoretikere er i økende grad blitt opptatt av samspillet mellom individuelle og sosiale faktorer når de beskriver og analyserer læringsprosesser. Representanter fra begge teoritradisjonene har gjort flere forsøk på å nærme seg hverandre. Banduras sosialkognitive læringsteori (2001) er et sentralt eksempel på dette. Han beskriver læring som et resultat av vekselvirkningen mellom individuelle kjennetegn, atferdsmønstre og sosiale omgivelser. Spesielt har Bandura fremhevet viktigheten av rollemodeller for hvordan individer tenker, føler og handler. Brukerrepresentanter og erfarne brukere, som tilbyr lærings- og mestringstilbud i samarbeid med fagpersoner, representerer slike rollemodeller i vår sammenheng. Læringsteorier fra begge teoritradisjonene blir anvendt både i profesjonsutdanninger innen helse og innen lærings- og mestringsfeltet (Braungart mfl. 2011, Hatlevik 2014).

Betydning for praksis

Læringsteoriene har betydning for hvordan fagpersoner og brukerrepresentanter utformer, gjennomfører og evaluerer lærings- og mestringstilbud. Gjennom å legge vekt på erfaringsutveksling, medvirkning og aktiv deltakelse skapes gode betingelser for læring og mestring. Spesielt sosiale læringsteorier fremhever slike interaktive læringsomgivelser (Stray og Wittek 2014). Et sentralt eksempel på en slik teori er begrepet *den nærmeste utviklingssonen* (Vygotsky 1978) eller *stillasbygging* (Bruner 1966). I denne sammenheng innebærer det at brukerrepresentanter, med erfaring og kunnskap om det å leve med langvarige helseutfordringer, kan bistå brukere, pasienter, og pårørende. Begrepene *den nærmeste utviklingssonen* og *stillasbygging* peker på forholdet mellom hva personer med helseutfordringer kan få til på egen hånd og hva en kan få til ved hjelp, støtte og tilbakemeldinger fra brukerrepresentanter som rollemodeller.

17.2 Mestringsteori

Mestringsbegrepet er sammensatt og vanskelig å definere entydig. Hvilke aspekt ved mestring som vektlegges og hvilke forhold fagpersoner mener fører til mestring, varierer mellom ulike fagområder og teoretiske tradisjoner. NK LMH anser individorienterte og sosialt orienterte mestringsteorier som mest relevante for å forstå og styrke mestring hos personer som har langvarige helseutfordringer. Representanter fra begge disse teoretiske perspektivene vektlegger egenskaper både ved individet og ved den sosiale situasjonen for å belyse hva som fremmer eller hemmer mestring. Mestring forstås som et uttrykk for hvilke ressurser som finnes hos den enkelte, og relasjonen og samspillet mellom vedkommende og situasjon han eller hun er i. Situasjon forstås her for eksempel som sosiale nettverk, støtteapparat, institusjoner og samfunn. Arbeider fra Bandura (1997), Antonovsky (1987) og Lazarus og Folkman (1984) representerer eksempler på denne forståelsen av mestring.

Mestringsbegrepet ble først utviklet innen psykologi. De fleste mestringsteoriene innen psykologi og medisin er individorienterte. Mestring knyttes til det enkelte individs evne til å takle stress og truende situasjoner (Boakerts 1996, Parker og Endler 1996). For å forklare mestringsevne og valg av mestringsstrategi fokuseres det på individets psykologiske kjennetegn og i mindre grad på kjennetegn ved situasjonen. Mestringsstrategier viser til hvordan mennesker reagerer på eller håndterer stressende situasjoner. En rekke ulike mestringsstrategier er beskrevet i denne litteraturen.



NK LMH anser teorier som vektlegger egenskaper ved individet, så vel som ved den sosiale situasjonen individet står i, som sentrale. Det er flere grunner til dette. En grunn er at teorier som utelukkende fokuserer på individuelle faktorer kan støtte opp under en forestilling om at det å mestre er å bli et vellykket individ eller enn god bruker, pasient eller pårørende (Heggen 2007). En slik individualisering av årsaker til sykdom kan være problematisk. Mestring forstått som den enkeltes evne til å «vinne» eller «bli flinkere» kan legge stein til byrden for personer som strever med å håndtere langvarige helseutfordringer. Flere brukerorganisasjoner og fagmiljø har vært kritiske til mestringsbegrepet av samme grunn.

Mange hevder at en persons mestring og helseatferd ikke kan reduseres til hans eller hennes individuelle strategi, men må forstås i et større samfunnsperspektiv (Bandura 1997, Lazarus og Launier 1978). Det er viktig å synliggjøre de samfunnsmessige rammene og strukturene som kan innvirke på opplevelsen av å mestre det å leve med helseutfordringer. Tidlige sosiologiske studier (Corbin og Strauss 1991, Strauss og Glaser 1975) 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 en har tilgang til, hvilke nettverk personen har rundt seg, hvordan familiemedlemmer reagerer og hvordan han eller hun blir møtt av helsepersonell (Fagermoen og Lerdal, 2011).

Systematiske gjennomganger av forskningslitteratur viser at kunnskap om mestring og mestringsteori er en viktig del av den helsepedagogiske kompetansen hos fagpersoner og brukerrepresentanter som skal tilby lærings- og mestringstilbud (Vågan mfl. 2016). Annen betydningsfull kompetanse er faglig kunnskap om sykdom og diagnose, kunnskaper og ferdigheter i didaktikk (undervisningslære), endringsstrategier, gruppeledelse og hvordan fremme og opprettholde samarbeid og aktiv deltakelse blant fagpersoner, pasienter, brukere og pårørende (Vågan mfl. 2016, Grabowski mfl. 2010, Hinrichsen 2012).

Tro på egen mestring

Begrepet mestringstro (*self-efficacy*) dreier seg om tro eller forventning knyttet til ens egen evne til å handle på en slik måte at mål en har satt seg kan nås (Bandura 2001, Fagermoen og Lerdal 2011). Det kan også beskrives som å ha tro på egne krefter til å håndtere oppgaver og utfordringer.

Mestringstro innvirker på handlekraft og opplevelse av kontroll og er en viktig del av ens selvoppfatning. Når en lever med helseutfordringer over tid, er det mange ting som må læres for å håndtere situasjonen. Studier har vist at en sterk opplevelse av tro på egen mestring er knyttet til bedre helse, bedre sosial integrasjon og bedre måloppnåelse (Fagermoen og Lerdal 2011). Forhold som virker inn på mestringstro er kunnskap og ferdigheter, tidligere erfaringer med å ha lyktes, et ønskemål om positivt resultat, handlingens vanskelighetsgrad og hvor stor innsats som må til for å nå målet (Bandura 2001). Bandura drøfter hvilke kilder som kan bidra til å utvikle og styrke mestringstroen og nevner fire hovedkilder:

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

Med grunnlag i forskning (Fagermoen og Lerdal 2011) om begrepet mestringstro anbefales det å:

- Identifisere og støtte pasientens tidligere og nåværende erfaringer med å håndtere situasjoner på en god måte.
- Be pasienter, brukere og pårørende om å legge merke til og lytte til hvordan andre lykkes med å håndtere utfordringer.
- Gi positive tilbakemeldinger og oppmuntring på den innsatsen som legges ned
- Gi støtte når ny helseadferd læres, og når nye situasjoner håndteres.

Det finnes verktøy som måler mestringstro, og som benyttes til å se om intervensjoner har effekt slik at en får økt mestringstro (instrumentet General Self-Efficacy Scale (GSE) er oversatt til norsk, og har 10 utsagn med en skala fra 1 'Ikke riktig' til 4 'Helt riktig'). Verktøyet er imidlertid mest brukt innen forskning, mindre i klinisk praksis.

Salutogenese

Salutogenese er en teori om fysisk og psykisk helse som fokuserer på hva som fremmer god helse og gir individer økt mestring og velvære. Salutogenese ble utviklet som en motsats til patologien som vektlegger årsaker til sykdom. Innen den salutogene forståelsen handler helse om holdninger til livet; holdninger til å takle stress og uventede forhold. Aaron Antonovsky kaller denne holdningen for «sense of coherence» (SOC), oversatt til «opplevelse av sammenheng» (OAS) på norsk.

Opplevelse av sammenheng (OAS)

OAS kan forstås som en opplevelse av sammenheng, eller forståelsen av situasjonen det enkelte individ skal håndtere ut fra tre aspekter eller dimensjoner som er i et gjensidig samspill:

- Begripelighet
- Håndterbarhet
- Meningsfullhet

Ifølge denne teorien handler OAS om å være motivert for å håndtere stressende situasjoner, ha tro på at man forstår situasjonen og har ressurser tilgjengelig.

Fire fokusområder

Ifølge Antonovsky kan salutogenese vise vei til bedre helse både på samfunns- og individnivå. Teorien vektlegger et fokus på fire områder for helsemessig bedring: Indre følelser, sosiale relasjoner, å være psykisk stabil og å involvere seg i givende aktiviteter.

Fordi samspillet mellom personen og omgivelsene alltid vil være i forandring, er det ikke mulig å gi en fullendt liste over alle mulige mestringsressurser en kan ha behov for. Personer som har tilgang til, og evne til å bruke, mestringsressursene i seg selv og i sine omgivelser, vil mestre spenning og få erfaringer som stimulerer til videre utvikling av OAS. Antonovsky formulerte følgende definisjon for å identifisere mestringsressurser: «enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning». I tillegg identifiserte Antonovsky følgende mestringsressurser, ment som eksempler på hovedområder.

Mestringsressurser kan være:

- **Kultur.** Kulturen gir hver og en av oss en plass i verden. En kultur som stimulerer og muliggjør en persons deltagelse på ulike arenaer, er en god kollektiv OAS som kan fremme vedkommendes OAS, helse og velvære.
- **Sosial støtte.** Personer som har nære bånd til andre og opplever at en eller flere bryr seg om dem, løser ofte spenning lettere enn de som mangler slike kvaliteter i sine relasjoner. Vissheten om at man har sosial støtte tilgjengelig er ofte tilstrekkelig for at det skal kunne være en mestringsressurs. Det har en tendens til å øke en persons styrke. Kvaliteten på den sosiale støtten har betydning, og nære emosjonelle bånd er definert som særs viktig (Antonovsky 1987).
- **Religion og verdier.** Dette er mestringsressurser som gir forankring, retning og mening i livet.
- **Fysiske og biokjemiske ressurser.** Eksempler på fysiske og biokjemiske ressurser kan være god fysikk, gode gener og et sterkt immunsystem.
- **Materielle verdier.** Eksempler på materielle verdier er ernæring, klær, penger og bolig.
- **Kontinuitet, oversikt og kontroll.** Dette er sosiokulturelle mestringsressurser som bestemmes av kulturen og samfunnet personen er en del av.

- **Mestringsstrategier.** Gode mestringsstrategier kjennetegnes av høy grad av rasjonalitet, fleksibilitet, vidsyn og forutsigbarhet, evne til handling og regulering av følelser.
- **Kunnskap og intelligens.** Kunnskap og intelligens er kognitive ressurser. Kunnskap gir innsikt og aktualiserer valg. Handling og bevisste valg kan styrke opplevelsen av mestring.
- **Egoidentitet.** Dette er, ifølge salutogenesen, en ressurs på det emosjonelle nivå og omhandler opplevelsen personen har av seg selv. Kvaliteten på sosial støtte og egoidentitet sees på som spesielt viktige mestringsressurser i denne teorien.

Empowerment

Begrepet oppsto i 1960-årene i USA da stigmatiserte grupper som etniske minoriteter, kvinner og funksjonshemmede begynte å kjempe for menneskerettigheter og respekt. Empowerment er i dag en sentral politisk målsetting innen helse- og omsorgspolitikken ([Helsedirektoratet 2015](#)). Empowerment er et begrep som brukes av mange aktører, men som har et noe uklart innhold. De ulike tilnærmingene deler likevel alle et positivt syn på mennesket som et aktivt og handlende subjekt, som vil og kan sitt eget beste hvis forholdene legges til rette for det (Askheim 2012).

Begrepet empowerment benyttes ofte i Norge, selv om det finnes forsøk på norske oversettelser. Begreper som bemyndigelse, egenkraftmobilisering, myndiggjøring og medvirkning er noen begreper som benyttes. Stang (1998) bruker begrepet bemyndigelse og sier at «bemyndigelse er en psykososial prosess hvor det skjer en maktoverføring på individ- og/eller systemnivå fra mennesker som har makt og innflytelse til mennesker som opplever å mangle kontroll over sentrale faktorer i sitt liv, slik at sistnevnte gjennom erkjennelse av egne ressurser og muligheter blir gjort i stand til å få kontroll over de faktorene som de opplever viktige for dem, og som dermed gir dem muligheten til å mestre sine liv og sine omgivelser».

Empowerment innebærer at personer i en avmaktsposisjon 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 også vært et perspektiv i lærings- og mestringsarbeidet, noe en kan se spor av 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» (Vifladt og Hopen 2004).

Empowerment kan betraktes som en grunnholdning og basis for den teoretiske forankringen til *Mestringstreff*. Det handler om en grunnleggende tro på at deltakerne selv er kompetente og sitter inne med viktige svar, og at de kan være sine egne hjelpere. Grunnholdningen er subjekt til subjekt eller jeg-du relasjoner og en tro på at «den som har skoen på, vet best hvor den trykker». Det handler også om et positivt syn på at det er mulig å få til endring. Kursets mål er å gi deltakerne mulighet til å se egne ressurser og oppdage nye måter å mestre hverdagen på. Empowerment gjenspeiles i adferd som viser respekt for at hvert individ er ekspert på eget liv, når en anerkjenner deltakernes synspunkter og ved å legge til rette for erfaringsutveksling og dialog mellom deltakerne. Empowerment styrkes når det åpnes opp for at ulike synspunkter, perspektiver og refleksjoner kan komme frem. Det innebærer også at deltakerne selv er ansvarlig for hva de vil dele og hva de vil holde for seg selv. Mange av verktøyene i verktøykassa (håndbokas del 2) har empowerment som mål (kognitiv modell, bekymringsskuffer, sommerfuglmodellen, med flere).

Individuelle mestringsstrategier

Når vi opplever en psykologisk stressituasjon vil vi forsøke å mestre den på ulikt vis. En psykologisk stressituasjon oppstår når sentrale deler ved oss selv, slik som vår selvoppfatning, våre mål eller våre verdier, utfordres eller trues (Lazarus og Folkman 1984). Måten vi velger å mestre stressituasjonen på, kalles mestringsstrategi.

Det er to ulike måter å mestre en situasjon på; enten unnvike den eller forsøke å takle den:

1. Mestring ved følelsesregulering kjennetegnes ved at vi forsøker å dempe skyldfølelse, angst eller indre uro ved å fornekte eller unnvike situasjonen. Benytter vi oss av denne strategien gjør vi ikke noe med selve problemet. Denne strategien kan være nyttig å bruke i en startfase der ens problemer virker overveldende. Da kan vi redusere spenninger og oppnå en følelsesmessig balanse.
2. Mestring ved problemløsning kjennetegnes ved at vi går aktivt inn for å finne årsakene til problemene, og vi går til handling for å forsøke å gjøre noe med situasjonen. Denne strategien er ofte en naturlig overgang fra mestringsstrategien ovenfor. Den beste måten å mestre en situasjon på i lengden er selvfølgelig å ta tak i problemene og prøve å ordne opp i dem.

17.3 Endringsteori

En sentral og mye brukt teori knyttet endring av helseadferd er utviklet av Prochaska, Norcross og DiClemente (1994). Teorien er laget med utgangspunkt i en rekke studier av hvordan folk endres. De beskriver en prosess som består av seks faser som 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.

Stadiene i endringsprosessen

- **Føroverveielse.** Lite innstilt på endring. De positive effektene av egen adferd oppfattes som større enn de negative. Veileders oppgave: Still spørsmål og følg opp svarene. Gi eventuelt litt individrettet informasjon.
- **Overveielse.** Opplever negative konsekvenser ved nåværende adferd, men er usikker på hvor stort problemet egentlig er. Stor grad av ambivalens. Veileders oppgave: Still spørsmål og følg opp svarene. Fokuser på at deltaker finner gode grunner for å endre. Snakk om hva man kan tape ved å gjøre endring. Utforsk ambivalens

- **Forberedelse.** Tar beslutning om å gjøre endring og gjør små forsøk på endring. Veileders oppgave: Still spørsmål og utfordre deltaker til å lage realistiske, enkle mål og en konkret plan. Vær støttende på at endring er mulig.
- **Handling.** Endringene iverksettes og blir synlig. Veileders oppgave: Still spørsmål, gi støtte. Inviter til snakk om utfordringer.
- **Vedlikehold.** Iverksatt handling betyr ikke alltid varig endring. Kan oppleve at ambivalens i forhold til endringen vender tilbake. Veileders oppgave: Still spørsmål, gi støtte. Snakk om endringen og det man får til. Snakk om strategier for å unngå tilbakefall.
- **Tilbakefall.** Innebærer retur til tidligere adferd. Kan være for en avgrenset periode, et tilbakeskritt som bidrar til læring. Veileders oppgave: Gi aksept for at tilbakefall er naturlig. Still spørsmål og gi støtte. Utforsk ambivalens.

Målet er at møtet mellom veileder og deltaker skal styrke motivasjon og opplevelse av mestring hos deltaker. Dette er en skjematisk måte å fremstille endring på som kan gjøre det enklere å forstå endringsprosessen. Utgangspunktet for modellen er at viljestyrt og varig endring følger et mønster som kjennetegnes av at personen har ulike tanker, følelser og adferd i de ulike fasene. Fasene reflekterer deltakerens motivasjon til endring. Det er veileders oppgave å tilpasse veiledningen i forhold til hvor i endringshjulet deltakeren befinner seg. Målet med veiledningen er å hjelpe deltakeren et skritt videre i endringsprosessen, mot varig endring. Veileder støtter deltakeren i alle faser, også når deltakeren ikke klarer å nå sine mål eller opplever tilbakefall. Tilbakefall er en naturlig del av endringsprosessen, og man kan gå flere runder rundt i hjulet før man oppnår varig endring.

Motiverende Intervju (MI) er et verktøy som anbefales brukt i arbeid med endringsprosesser. Det er beskrevet nærmere i verktøykassen under pedagogiske verktøy og metoder kapittel 9.2. Motiverende intervju/samtale er et velkjent verktøy, og du kan lese utfyllende om det på [Helsedirektoratets nettsider](#).

18. FØRINGER

NK LMH har på sine nettsider samlet dokumenter som beskriver sentrale myndigheters føringer og begrunnelser for framtidig satsing på lærings- og mestringsvirksomhet i helsetjenesten.

18.1 Lovgrunnlaget

Det foreligger tydelige juridiske føringer for at både sykehus og kommuner skal drive lærings- og mestringsvirksomhet. Lovreguleringen av pasientopplæring er ulikt formulert i [helse- og omsorgstjenesteloven](#) og [spesialisthelsetjenesteloven](#), og kan oppfattes som svakere vektlagt for kommunene. Regjeringen har tydeliggjort kommunenes ansvar for læring og mestring i den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven. I formålsparagraf § 1-1 står det blant annet at «Lovens formål er særlig å: forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne».

18.2 Andre føringer

Den nye [primærhelsetjenestemeldinga](#) er en videreføring og konkretisering av [samhandlingsreformen](#). Det er fokus på økt brukerorientering og samarbeid med frivillige lag og organisasjoner i utvikling av helsetjenesten. Det legges vekt på bedre og mer bærekraftig utnyttelse av personellressursene, både med tanke på forebyggingsperspektivet og i oppfølgingen av brukere med sammensatte behov. Kommunene oppfordres til å være mer proaktive og arbeide annerledes for å møte framtidens helseutfordringer. I arbeidet med primærhelsetjenestemeldingen har brukerorganisasjoner pekt på at kommunene må etablere flere lærings- og mestringstilbud, etablere rutiner for å innhente bruker- og pårørendeerfaring i utvikling av tjenestetilbudet og at det må stimuleres til flere samarbeidsprosjekter der brukerorganisasjoner er involvert. Meldingen viser til at mange kommuner har etablert frisklivstilbud, men svært få kommuner har etablert andre lærings- og mestringstilbud. Lærings- og mestringstilbud fremheves som viktige elementer i rehabiliteringsprosessen.

I årene framover skal flere tjenester tilbys i kommunene. Innen flere tjenesteområder, blant annet innenfor læring og mestring og rehabilitering, er det behov for å tydeliggjøre arbeidsdelingen mellom sykehus og kommune. Helsedirektoratet har utarbeidet en [rapport](#) som beskriver prinsippene for ansvarsfordeling innen rehabilitering. *Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* beskriver nærmere [oppgave- og ansvarsdelingen](#) knyttet til lærings- og mestringstilbud. De [lovpålagte samarbeidsavtalene](#) mellom sykehus og kommune skal konkretisere disse prinsippene lokalt. Læring og mestring er beskrevet i avtale 2 og 10. Kommunale lærings- og mestringstilbud skal i stor grad være rettet mot store diagnosegrupper og/eller tilbud på tvers av diagnose og ha fokus på å *leve med* helseutfordringer.

Det finnes ingen nasjonal veileder innen lærings- og mestringsfeltet, men den nye [veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#) har et omfattende kapittel om lærings- og mestringsvirksomhet som gir retning for praksis. Lærings- og mestringsvirksomheten defineres her bredt og inkluderer tilbud i kommune, sykehus, brukerorganisasjoner og annen frivillighet, individuelle tilbud og gruppetilbud.

Brukermedvirkning og brukerorienterte tjenester og tilbud vektlegges spesielt i de helsepolitiske føringene. Dette krever omstilling til nye arbeidsformer og samhandlingsmønstre mellom brukere og fagpersoner, og at det legges til rette for samarbeid med pasient- og brukerorganisasjonene med mål om å styrke tjenester og tilbud ([Meld. St. 10 \(2012–2013\)](#), [Meld. St. 19 \(2014–2015\)](#); [Meld. St. 26 \(2014–2015\)](#)). Å samarbeide med brukere, pasienter og pårørende i utvikling, gjennomføring og evaluering av tjenestetilbud er nytt for mange og forutsetter kompetanse.

[Selvorganisert selvhjelp](#) er et verktøy som mennesker kan ta i bruk i prosessen med å håndtere livet på en bedre måte. Arbeidet er diagnoseuavhengig og retter seg mot alle som opplever å ha et behov. Helsedirektoratet mener at selvorganisert selvhjelp kan og skal være et sentralt element innen ulike innsats- og arbeidsområder og viser til selvhjelp som et mulig supplement til for eksempel frisklivstilbud og lærings- og mestringstilbud. Det er en helsepolitisk satsning at selvhjelp skal være en del av, og en ressurs i det helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeidet både lokalt og nasjonalt. Selvhjelp har som utgangspunkt at alle mennesker har iboende ressurser som kan aktiviseres når livsproblemer oppstår. Les mer om selvorganisert selvhjelp på nettsidene til [Selvhjelp Norge](#).

18.3 Samarbeid mellom sykehus og kommune

Samhandling om helhetlige lærings- og mestringsforløp

For å få til helhetlige lærings- og mestringsforløp, er samarbeid mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten og frivillige lag og organisasjoner nødvendig. Det er ønskelig at alle kommuner har tilbud, ikke bare knyttet til å endre levevaner, men også til å mestre og håndtere livet med sykdom. Disse lokale *leve-med-tilbudene* er ment som et tillegg til sykdomsrettet individuell informasjon og veiledning og gruppebaserte diagnosespesifikke lærings- og mestringstilbud i sykehusene.

Tilrettelegging av strukturerte lærings- og mestringstilbud skal så langt det er mulig, og innen rammen av faglig forsvarlighet, gis i kommunene. Avklaring av ansvar og oppgaver bør skje etter de samme prinsippene som for habilitering og rehabilitering, og beskrives nærmere i *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*, i kapittelet om avklaring av ansvar og oppgaver.

Sykehusenes lærings- og mestringsvirksomhet

De fleste helseforetak har etablert en lærings- og mestringstjeneste, som ressurs for å støtte opp under pasient- og pårørendeopplæring. Tjenesten er oftest organisert som et lærings- og mestringssenter og tilbyr i stor grad gruppebaserte, diagnoserettete lærings- og mestringstilbud, med krav om spesialisert kompetanse. I tillegg driver sykehusene utstrakt lærings- og mestringsvirksomhet knyttet til individuelle møter, både ved sengeavdelinger og poliklinikker. Sykehusene driver også omfattende [kompetanseheving i helsepedagogikk](#) for fagpersoner, både i sykehus og kommuner (noen også for brukerrepresentanter).

Veiledning

Det foreligger en generell [veiledningsplikt](#) mellom helseforetak og kommuner. Helseforetakene skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Fra 2017 er denne veiledningsplikten gjort gjensidig og innebærer at kommunene også har en veiledningsplikt overfor helseforetakene.

Lærings- og mestringssentrene i sykehusene bør tilby veiledning til kommunene innen dette feltet. En av samhandlingsreformens intensjoner er at blant annet at kompetanseoppbygging i kommunene skal føre til at flere oppgaver kan løses i kommunene. I [Stortingsmelding nr 47](#), kapittel 6 belyses sammenhengen mellom oppbygging av lærings- og mestringstilbud i kommunene og behov for kompetanseoppbygging. Lærings- og mestringstilbud eksemplifiseres som en kompetansekrevede funksjon fordi tilbudet er tverrfaglig og i noen grad krever spesialisert kompetanse for å sikre gode og effektive tjenester. I 2013 la helse- og omsorgsdepartementet frem et [rundskriv knyttet til spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt](#) ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, der formålet var å gi en nærmere avklaring av innholdet i veiledningsplikten. Veiledningsplikten er regulert av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3. Rundskrivet presiserer at plikten er begrenset til veiledning om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine

oppgaver etter lov og forskrift. Dette skal sees i sammenheng med kravet om faglig forsvarlighet. Det er så langt ikke definert noen retningslinje for innhold i veiledningsplikten. Følgende punkter er relevante for et eventuelt samarbeid med spesialisthelsetjenesten om veiledningsplikt knyttet til kompetanseheving og læring og mestring:

- Lærings- og mestringstilbud er en ny måte å organisere tjenester på i kommunene
- Arbeidsmåten med brukermedvirkning (Standard metode), er en ny måte å gjennomføre tjenestetilbud på i kommunene
- Gruppebaserte lærings- og mestringstilbud defineres som et kompetansekrevenende tilbud både i forhold til arbeidsmetode og kravet til tverrfaglighet
- Sykehusene har lang erfaring med læring og mestring generelt og lang erfaring med å etablere gruppebaserte lærings- og mestringstilbud
- Lærings- og mestringstilbudet skal være av god faglig kvalitet, med utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis

Samarbeidsavtaler

De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner skal konkretisere den lokale samhandlingen. Når det avtales samarbeidstiltak om læring og mestring skal dette nedfelles i avtalen, jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, andre ledd. Det er varierer hvordan helseforetak og kommuner har nedfelt noe om læring og mestring i samarbeidsavtalene, men det er anbefalt at læring og mestring omtales i tilbud til mennesker med behov for helhetlige koordinerte tjenester og innen helsefremmende og forebyggende arbeid.

18.4 Kommunal organisering av læring og mestring i grupper

Hovedaktiviteten innen læring og mestring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skjer per i dag i individuelle møter, integrert i fagavdelingenes øvrige praksis. Lærings- og mestringsvirksomhet i grupper er i en oppbyggingsfase i kommunene. Det stor variasjon med hensyn til organisering, ressursbruk, rammer, kompetanse og tilbud. Virksomheten kan være knyttet til egne lærings- og mestringssentre, frisklivssentraler, frisklivs- og mestringssentre, lokalmedisinske tjenester, brukerorganisasjoner, helsehus og ulike fagavdelinger, kommunale og interkommunale.

Når det handler om organisering av gruppebaserte lærings- og mestringstilbud etter samarbeidsmodellen *Standard metode*, er også variasjon stor. NK LMH gjennomførte i 2015 en [nasjonal kartlegging](#) som viste stort mangfold. Mange kommuner formidlet i samme kartlegging en klar usikkerhet knyttet til organiseringen av tilbudene. Den nasjonale kartleggingen viser at det er noen modeller for kommunal/interkommunal organisering av gruppebasert lærings- og mestringsvirksomhet som går igjen. Kommunene kan ha:

- **Eget lærings- og mestringssenter (LMS):** Dette innebærer at de har en egen arena for virksomheten, og at en eller flere personer er ansatt for å drifte virksomheten. Tverrfaglig personell fra ulike avdelinger i kommunen bidrar inn i tilbudene, sammen med erfarne brukerrepresentanter. [Sandefjord kommune](#) har hatt et eget LMS i 12 år. [Drammen kommune](#) og [Narvik kommune](#) har også egne LMS.
- **Læring og mestring som en egen avdeling** som inkluderer ulike tjenester. [Fredrikstad kommune](#) har valgt en slik løsning, og avdelingen huser både Frisklivssentral og kreftkoordinator.

- **Lærings- og mestringstilbud integrert i andre tjenester,** for eksempel rehabiliteringsavdeling eller Frisklivssentral. [Friskliv Follo](#) er et interkommunalt samarbeid om lærings- og mestringstilbud via Frisklivssentralene i regionen.
- **Friskliv og læring og mestring i ulike kombinasjoner:** [Trondheim kommune](#) har valgt å organisere gruppebaserte tilbud gjennom å ha en egen koordinator for friskliv, læring og mestring, plassert i Enhet for fysioterapitjenester. [Orkdal](#) har et Frisklivs- og mestringssenter.
- **Interkommunalt samarbeid om lærings- og mestringstilbud:** Flere kommuner samarbeider om å utvikle gruppebaserte lærings- og mestringstilbud som så arrangeres i de ulike kommunene, eller tilbudene arrangeres i én kommune, mens deltakere inviteres fra flere kommuner. Flere kommuner på Sørlandet har gått sammen om å organisere lærings- og mestringstilbud i samarbeidet [Knutepunkt Sørlandet](#). Her er Frisklivssentralene sentrale i gjennomføringen.

Veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator anbefaler at lærings- og mestringstilbud organiseres i tilknytning til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Dette er ikke vanlig praksis i dag, men det kan ligge gode muligheter for samarbeid og samhandling i en slik løsning.

Det er gjort lite forskning knyttet til hvilke modeller som kan betraktes som *beste praksis*. Det er behov for mer kunnskap om muligheter og utfordringer knyttet til ulike former for kommunal organisering.



19. LITTERATURLISTE

- Ahmadi mfl. (2015). The Effectiveness of self-management program on quality of life in patients with sickle cell disease. *Iran J Ped Hematol Oncol*. 2015; 5(1): 18–26. Published online 2015 Mar 15.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4402153/>
- Aktivitetsdagbok. Helsedirektoratet. Hentet fra nettsiden, april 2017.
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetsdagbok-for-deg-som-vil-komme-i-bedre-form>
- Aktivitetskartlegging. Balanse og variasjon i hverdagens gjøremål. Hentet fra nettsiden, april 2017.
<http://www.kognitiv.no/psykiske-lidelser/ulike-typer/vedvarende-utmattelse/individuell-behandling/balanse-og-variasjon-i-hverdagens-gjoremal-time-3-4-og-5/>
- Ambrosio mfl (2015). Living with chronic illness in adults: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing* Volume 24, Issue 17-18 September 2015 Pages 2357-2367 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12827/abstract>
Omtale på NK LMHs nettside mestring.no:
<http://mestring.no/oppleves-a-leve-langvarige-helseutfordringer-nyttig-kunnskap-begrepsanalyse/>
- Antonovsky A (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Fransisco: Jossey-Bass Inc.
- Askheim OP (2012) *Empowerment i teori og praksis*. Gyldendal. Oslo.
- Austvoll-Dahlgren A mfl. (2011). *Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 09 – 2011. ISBN 978-82-8121-405-7 ISSN 1890-1298.
- Bandura A (2001). Social cognitive theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura A (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: WH Freeman and Company.
- Barth T, Prescott P, Børtveit B (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Gyldendal norsk forlag. Oslo
- Barth T, Børtveit T og Prescott P (2013). *Motiverende intervju. Samtaler om endring*. Gyldendal.
- Barth T (2014). Motiverende Intervju: hvorfor og hvordan benytte denne samtaleteknikken? Nettressursen forebygging.no, hentet ut juni 2017.
- Berge T, Dehli L, Fjerstad E (2014). *Energityvene. Utmattelse i sykdom og hverdag*. Aschehoug. Oslo.
- Berge T, Fjerstad E (2016) *Å leve godt med sykdom*. Gyldendal. Oslo.
- Berge T, Fjerstad E Balanse og variasjon i hverdagens gjøremål. Diakonhjemmet sykehus. Hentet fra nettsiden april 2017. <http://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2015/10/Hverdagens-gj--rem--l-07-08-2015.pdf>
- Bjorvatn (2016) *Søvn dagbok – kartlegg din egen søvn*. Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer. Nettressurs: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovn-dagbok-kartlegg-din-egen-sovn>
- Bjorvatn B (2016) *Gode råd ved søvnproblemer*. Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer. Nettressurs: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/avslapningsovelser>
- Blanchard K, Zigarmi D, Zigarmi C (1985). *Leadership and one minute manager*. Morrow. NY.
- BUSK er utviklet av psykologspesialist Vigdis Galtung ved Hubro kompetansesenter. Ingen konkrete referanser er tilgjengelige.
- Börjesson M (2009). *Motivasjon og medfølelse*. Varberg, Argument Forlag.
- Boekaerts, M (1996). *Coping with Stress in Childhood and Adolescence*. In Z Moshe og NS Endler (Eds.), *Handbook of*

coping (pp. 452-484). New York: John Wiley & Sons.

- Brady TJ mfl. (2013). A Meta-Analysis of Health Status, Health Behaviors, and Health Care Utilization Outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. *Prev Chronic Dis* 2013 ;10:120112.
- Braungart M mfl. (2011). *Applying Learning Theories to Healthcare Practice*. In S Bastable, P Gramet, P Jacobs og D Sopczyk (Eds.), *Health Professional as Educator - Principles of Teaching and Learning*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Bruner JS (1966). *Toward a Theory of Instruction*. Cambridge: Mass: Belkapp Press.
- Carnes D mfl. (2012). Effective delivery styles and content for self-management interventions for chronic musculoskeletal pain: a systematic literature review. *Clinical Journal of Pain* 2012; 28(4): 344-354.
- Christiansen B (red) (2013). *Helseveiledning*. Gyldendal. Oslo. ISBN/EAN: 9788205443501
- Corbin JM, Strauss A (1991). A nursing model for chronic illness management. Based upon the trajectory framework. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 5(3), 155-174.
- Deltasenteret (2009). *Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Håndbok med informasjon og veiledning. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rad-for-mennesker-med-nedsatt-funksjonse/id574596/>
- Doran GT (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, nov 1981
- Drammen kommune. Friskliv, læring og mestring. Nettressurs, hentet ut 6. mars 2017. <https://www.drammen.kommune.no/helse-og-omsorg/helse-og-omsorg/laring-og-friskliv/>
- Egeland R (2010). *Mindfulness i hverdagen; lev livet nå*. Pantagurel Forlag. Hentet fra nettsiden, april 2017.
- Eide G og Nordenhof I (2014). *Fellesskap og ferdigheter: veier til mestring i barne- og ungdomsgrupper*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Eikill AK (2017). *Hvordan få til god planlegging? Håndbok for fagpersoner*. Nettressurs, hentet ut 5. juni 2018. <http://mestringforalle.no/snarveier/om-oss/handbok/>
- Eraut M (2010). Knowledge, working practices, and learning. In S. Billet (Ed.), *Learning through practice* (pp. 37-58). London: Springer.
- Fagermoen MS, Lerdal A (2011). Teoretiske modeller for læring og mestring. In Lerdal A & Fagermoen MS. (Eds.), *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2016). Livskvalitet og trivsel i Norge. Nettressurs: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>
- Forebygging.no. En kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid. Nettressurs, hentet ut 6. Mars 2017. <http://www.forebygging.no/Ordbok/A-E/Empowerment/>
- Forum for Livsstyrketrening. Nettressurs, hentet ut 6. Mars 2017. <http://www.livsstyrketrening.no/Hovedside> , og <http://www.livsstyrketrening.no/Dokument/Kurs>
- Fredrikstad kommune. Friskliv, læring og mestring, avd. læring og mestring i Fredrikstad kommune. Nettressurs, hentet ut 3. Mars 2017. <https://www.helsehusetfredrikstad.no/friskliv-og-mestring-avd-lring-og-mest>
- Friskliv Follo. Nettressurs, hentet ut 6. mars 2017. <https://www.frisklivfollo.no/kontakt/>
- Funkis. *Mestring med funkis*. Hentet fra nettsiden, april 2017. <http://www.funkis.no/node/732>

- Fugelli P, Ingstad B (2009): *Helse på norsk: god helse slik folk ser det*. Gyldendal akademisk forlag. Oslo
- Fyrand L (2016). *Sosial nettverk. Teori og praksis*. 3.utgave. Universitetsforlaget. Oslo.
- Fønhus MS, Stenberg U, Hafstad E (2015). Mestringstiltak med brukermedvirkning for personer som har langvarige helseutfordringer. Notat nr. 978-82-8121-964-9 – 2015. Kunnskapssenteret.
- Gallefoss F og Bakke P (2000). Impact of patient education and self-management on morbidity in asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory medicine*. April 2000.
- Gallefoss F (2001). Effekt av pasientopplæring for astmatikere og lungesyke:
http://www.uib.no/info/dr_grad/2001/gallefoss.html
- Gjengedal E og Hanestad BR (red) (2007) *Å leve med kronisk sykdom, en varig kursendring*. Cappelen akademisk forl.
- Grabowski D mfl. (2010). Sundhedspædagogik i patientuddannelse. En litteraturbaseret gennemgang af udvalgte sundhedspædagogiske begrebers anvendelse i patientuddannelse. *Steno Center for sundhedsfremme*.
- Grendstad NM (2011) *Å lære er å oppdage*. Didakta norsk forlag.
- Hartviksen M og Kversøy KS (2009). *Samarbeid og konflikt- to sider av samme sak: Søt-modellen*. Fagbokforlaget.
- Hatlevik I (2014). Meningsfulle sammenhenger. En studie av sammenhenger mellom læring på ulike arenaer og utvikling av ulike aspekter ved profesjonell kompetanse hos studenter i sykepleier-, lærer- og sosialarbeider-utdanningene. (Ph.d i profesjonsstudier), Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo.
- Heggen K (2007). Rammer for meistring. In TJ Ekeland og K Heggen (Eds.), *Meistring og myndiggjering - Reform eller retorikk?* (s. 64-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2011). Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak Nasjonal veileder.
- Helsedirektoratet (2012). Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. IS-1947.
- Helsedirektoratet (2013). Sov godt. Gode råd for bedre søvn. Brosjyre. IS-nummer: 0402.
- Helsedirektoratet (2014). Nasjonal plan for selvhjelp 2014-2018, IS-2168
- Helsedirektoratet (2015). Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.
- Helsedirektoratet (2016). Veileder for kommunale frisklivssentraler – Etablering, organisering og tilbud. IS-1896
- Helsedirektoratet (hentet ut 2017). Søvn og søvnvansker. Nettressurs: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler-og-veilederkurs#søvn-og-søvnvansker>
- Helsekoppen som verktøy er tatt inn på grunnlag av erfaring fra praksis. Den mangler så langt teoretiske referanser. Hentet fra nettsiden, april 2017 <http://mestringforalle.no/helsekoppen/>
- Hersey PH and Blanchard K (1988). *Management of organizational behavior. Utilizing Human Resources*. Prentice-Hall. New Jersey. 5th. edition.
- Hinderaker LE og Sundfør IE (2012). Informasjonsmateriell om energibesparende arbeidsmetoder ved lungesykdom. *Ergoterapeuten* 05.12 (s. 28-34).
- Hinrichsen EK (2012). *Håndbog til lærings- og mestringssuddannelser. Erfaringsviden og faglig viden hånd i hånd*. Århus: Region Midtjylland, CFK. Folkesundhet og Kvalitetsudvikling

<http://mestring.no/laerings-og-mestringstilbud/handbok-i-laerings-og-mestringsarbeid/>

- Hjelpehånden. Voksne for barn. hentet fra nettsiden, april 2017.
<http://www.vfb.no/?module=Articles&action=Article.publicOpen&id=1696>
- Hjort PF (1982). *Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål*. Tanum-Norli. Oslo.
- HOD (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- HOD (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- HOD (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- HOD (2011). Nasjonal veileder. Lovpålagte samarbeidsavtaler:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb/id661886/>
- HOD (2013). Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Rundskriv I-3/2013
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-32013-spesialisthelsetjenestens-veiled/id731993/>
- Hvinden K (2011). *Etablering av lærings- og mestringssentra – historie, grunnlagstenkning, innhold og organisering*. I Lerdal A og Fagermoen MS: Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning. Gyldendal.
- Illeris K (2011). *Kompetence – hvad, hvorfor og hvordan?* ISBN-13:9788759316542. Samfunnslitteratur. Danmark.
- Johansen T (2001). *ER DU KLAR? Selvhjelpstrening i gruppe – et tiukers program*. Kommuneforlaget.
- Kognitiv terapi. Hentet fra nettsiden, april 2017. <http://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/>
- Kroese A (2012). *Oppnå mer med mindre stress*. Hegnar Media.
- Knutepunkt Sørlandet. Læring og mestring innen helse. Nettressurs, hentet ut 6.mars 2017.
<http://www.knutepunktsorlandet.no/lmkurs/>
- Kunnskapssenteret (2007). *....og bedre skal det bli – ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse*. Veileder i brukermedvirkning.
- Langeland E (2011). Salutogenese – teori og praksis. Nettressurs (Napha), hentet ut 6.mars 2017.
<https://www.napha.no/content/14219/Salutogenese---teori-og-praksis>
- Langeland E (2011). *Salutogene samtalegrupper: En arena for økt mestring og velvære*. I: Lerdal, A og Fagermoen, MS: Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning. Gyldendal. Nettressurs (Napha), hentet ut 6.mars 2017. <https://www.napha.no/content/13969/Salutogene-samtalegrupper>
- Lave J og Wenger E (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press.
- Lazarus RS og Folkman S (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus RS og Launier R (1978). *Stress-related transactions between person and environment*. In L. A. Pervin og M. Lewis (Eds.), *Perspectives in international psychology* (pp. 287-327). New York: Plenum.
- Livshjulet. Om lyst på livet. Kunnskapssenteret. Hentet fra nettsiden, april 2017.
<http://www.kunnskapssenteret.no/209164/om-lyst-paa-livet>
- Livskvalitet. Store norske leksikon. Nettressurs: sist oppdatert 28. april 2015. Hentet ut 6. Mars 2017.
<https://snl.no/livskvalitet>

- Lorig KR mfl. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing utilization and costs: A randomized trial. *Medical Care*, 37(1):5-14, 1999.
- Lorig KR mfl. (2001). Chronic Disease Self-Management Program: 2-Year Health Status and Health Care Utilization Outcomes. *Medical Care*, 39(11),1217-1223, 200. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11606875>.
- Lorig KR mfl. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract*. 2001 Nov-Dec;4(6):256-62. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11769298>
- Lorig KR og Holman HR (2003). Self-management education: History, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of behavioral Medicine*, 26(1):1-7
- Mei-Chen Lee mfl. (2016). Self-Management Programs on eGFR, Depression, and Quality of Life among Patients with Chronic Kidney Disease: A Meta-Analysis. *Asian Nursing Research*. Volume 10, Issue 4, Pages 255-262 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131716300196>
- Meld. St 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Meld. St 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester.
- Meld. St 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Meld. St 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter.
- MINT [internasjonal side](#) og [nordisk side](#).
- Mockford C mfl. (2012). The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review. *International Journal for quality in Health Care*. (2012) 24 (1): 28-38.
- Morrison M (2010). History of SMART objectives. Hentet fra nettsiden, april 2017. <https://rapidbi.com/history-of-smart-objectives/>
- Motiverende intervju. Hentet fra nettsidene, april 2017. <http://www.motivationalinterviewing.org/> og <http://motivationalinterviewing.org/nordic>
- Motiverende Intervju, Helsedirektoratet (sist oppdatert 2016). <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/filmer-om-motiverende-intervju>
- Motiverende intervju, helsedirektoratet (sist oppdatert, april 2017). <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju>
- Motiverende samtalegrupper: Wikipedia. Nettressurs, hentet ut mai 2017. https://no.wikipedia.org/wiki/Motiverende_samtale
- Narvik kommune. Lærings- og mestringstjenesten. Nettressurs, hentet ut 6. mars 2017. <https://www.narvik.kommune.no/LMT/>
- Nettverkskartlegging. Helsekompetanse.no Hentet fra nettsiden, april 2017. <http://kurs.helsekompetanse.no/fritidkultur/16876>
- NK LMH (2010). *Veileder innen helsepedagogikk*. Nettressurs: <https://mestring.no/veileder-helsepedagogiske-kompetanseutviklingsprogram/>
- NK LMH (2011) *Arbeidsmåten i lærings- og mestringssentre/Standard metode*. Nettressurs: <http://mestring.no/hvordan-etablere-laerings-og-mestringstilbud/>
- NK LMH (2013) *Lærings- og mestringssentre i helseforetakene*. Nettressurs: Oppdatert 2017.

<https://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laerings-og-mestringscentre-i-helseforetakene/>

- NK LMH (2014a). *Mestringskurs for personer som har langvarige helseutfordringer*. Oppsummert forskning – tolkninger og vurderinger. http://mestring.no/wp-content/uploads/2014/01/2014_nk_lms_forskningsomtale_mestringskurs_brady_2013_140131.pdf
- NK LMH (2014b). *Hvordan etablere lærings- og mestringstilbud*. Nettressurs: <http://mestring.no/hvordan-etablere-laerings-og-mestringstilbud/>
- NK LMH (2014c). *Ti års erfaring med kommunalt lærings- og mestringssenter i Sandefjord*. Artikkel på mestring.no (Hvinden K og Hovde R). Nettressurs: [https://mestring.no/ti-ars-erfaring-med-kommunalt-laerings-og-mestringssenter-sandefjord/NK LMH \(2015\) Forskning relevant for utvikling av diagnoseuavhengige tilbud i kommunen](https://mestring.no/ti-ars-erfaring-med-kommunalt-laerings-og-mestringssenter-sandefjord/NK%20LMH%20(2015)%20Forskning%20relevant%20for%20utvikling%20av%20diagnoseuavhengige%20tilbud%20i%20kommunen). Artikkel (Hvinden K) mestring.no. Nettressurs: <https://mestring.no/forskning-relevant-for-utvikling-av-diagnoseuavhengige-tilbud-i-kommunen/>
- NK LMH (2014d). *Lærings- og mestringstjenester – føringer og forankring*. Nettressurs: Oppdater 2016. <https://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laerings-og-mestringstjenester-foringer-og-forankring/>
- NK LMH (2015a). *Kartlegging av diagnoseuavhengige tilbud*. Artikkel (Riiber Å) mestring.no <https://mestring.no/eksisterende-diagnoseuavhengige-laerings-og-mestringstilbud/>
- NK LMH (2015b). *Kartlegging av helsepedagogiske tilbud i spesialisthelsetjenesten*. Notat 1/2015 (Nøren T og Vågan A). Nettressurs: <https://mestring.no/nytt-notat-kartlegging-av-helsepedagogiske-tilbud-i-spesialisthelsetjenesten/>
- NK LMH (2016a). *Ny studie om helseøkonomisk nytteverdi av mestringsstøttende tilbud*. Nettressurs: <https://mestring.no/studie-helseokonomisk-nytteverdi-mestringsstottende-tilbud/>
- NK LMH (2016b). *Kommunal lærings- og mestringsvirksomhet. Samlede resultater fra nasjonal kartlegging gjennomført i 2015* (Berg B). NK LMH 4/2016 Notat. Nettressurs: <https://mestring.no/informasjonsmaterieill/rapporter-og-notater/>
- NK LMH (2016c). *Sentrale begreper, helsepedagogikk*. Nettressurs: <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/helsepedagogikk-2/>
- NK LMH (2016d). *Sentrale begreper, læring*. Nettressurs: <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/laering/>
- NK LMH (2016e). *Sentrale begreper, mestring*. Nettressurs: <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/mestring/>
- NK LMH (2016f). *Sentrale begreper, brukermedvirkning*. Nettressurs: <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/brukermedvirkning/>
- Orkdal kommune. Orkdal Frisklivs- og mestringssenter. Nettressurs, hentet ut 6.mars 2017. <http://www.orkdal.kommune.no/frisklivogmestring>
- Pallesen (2016). *Avslapningsøvelser*. Nasjonal kompetansetjeneste for Søvnssykdommer. Nettressurs: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnssykdommer-sovno/avslapningsoelser>
- Parker JDA og Endler NS (1996). *Coping and Defense. A Historical Overview*. In Z. Moshe & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping* (pp. 3-23). New York: John- Wiley & Sons.
- Pasient- og brukerorganisasjoner. Helsenorge.no Hentet fra nettsiden, april 2017. <https://helsenorge.no/pasient-og-brukerorganisasjoner/>
- Pedagogiske verktøy for lærings- og mestringstilbudet Helt sjef!. Hentet fra nettsiden, april 2017.

<https://mestring.no/umm/laerings-og-mestringstilbud/pedagogiske-verktoy/#ressurskartlegging>

- Pedagogikk. Store norske leksikon. Nettressurs, sist oppdatert 17.desember 2013. Hentet ut 6. Mars 2017. <https://snl.no/pedagogikk>
- Pran (2007). ICF- et felles spark for funksjon. *Fysioterapeuten*, 7: 14-26
- Prescott P og Børtveit T (2004). *Helse og atferdsendring*. Gyldendal norsk forlag. Oslo
- Prochaska JO, DiClemente CC og Norcross JC (1992). In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. PMID: 1329589.
- Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC (1994). *Changing for good*. New York: Morrow
- Psychologytools/psykologiske verktøy: Hentet fra nettsiden, april 2017. <http://psychologytools.com>
- Raknes S og Haugland BSM (2013). *Psykologisk førstehjelp – veiledning for bruk i førstelinjen*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Rollnick S, Miller WR og Butler CC (2009). *Motivasjonssamtalen i sundhetssektoren* (Dansk oversettelse)
- Rollnick S, Miller WR (2012). *Motivational Interviewing. Helping People Change*. Guildford Publications. New York. Third Edition.
- Salutogenese. Store norske leksikon. Nettressurs: sist oppdatert 23.november 2016. Hentet ut 6. Mars 2017. <https://sml.snl.no/salutogenese>
- Selvhjelp Ungdom. Hentet fra nettsiden, april 2017. http://www.selvhjelp.no/no/Temasider/Ungdom+-+16-35+%C3%A5r.b7C_wlWYi.ips
- Selvhjelp, mer enn grupper. Hentet fra nettsiden, april 2017. http://www.selvhjelp.no/no/Om_oss/Nyheter/Selvhjelp+%E2%80%93+mer+enn+grupper.b7C_wlvM5y.ips
- Shu-Hui Yo mfl. (2014). Effects of self-management education on quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Science* Volume 1, Issue 1 , March 2014, Pages 53-57.
- Skau GM (2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Cappelen Damm Akademisk.
- Skinner BF (1938). *The Behavior of organisms: An experimental analysis*. New York: Appleton-Century.
- Skoen. Skoen som verktøy er tatt inn på grunnlag av erfaring fra praksis. Den mangler så langt teoretiske referanser.
- Solbjør M og Steinsbekk A (2011). Brukermedvirkning i sykehusavdelinger – helsepersonellens erfaringer *Tidsskriftet Norske Lægeforening* Nr. 2, 21. januar 2011; 131:130-1.
- Sortering av bekymringer. Modellen er hentet fra Kreftforeningens kurshefte *Livslust når det røyner på*. Les også om modellen her. Hentet fra nettsiden, april 2017. <http://mestringforalle.no/sortere-bekymringer/>
- Søt-modellen. Hentet fra nettsiden, april 2017 <http://mestringforalle.no/sot-modellen/>
- Sosial og helsedepartementet (2001). *Å være i samme båt... Likemannsarbeid i funksjonshemmedes organisasjoner*. En veileder.
- Stang I (1998). *Makt og bemyndigelse*. Om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor. Universitetsforlaget.
- Stanford Medicine. Patient Education. Chronic Disease Self-Management Program. Nettressurs, hentet ut 6. mars 2017. <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>
- Stenberg U mfl. (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Education*

and Counseling. November 2016. Volume 99, Issue 11, Pages 1759-1771.

[http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(16\)30322-6/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(16)30322-6/pdf)

- Stenberg U mfl. (2016). Utbytte av lærings- og mestringstilbud. Sykepleien 105/4
<https://sykepleien.no/forskning/2017/03/styrket-mestring>
- Stenberg U mfl. (2018). Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. *Patient Education and Counseling*. June 2018. Volume 101, Issue 6, Pages 1006–1035.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399118300065>
- Strauss A og Glaser B (1975). *Chronic illness and the quality of life*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Stray J og Wittek L (2014). *Pedagogikk - en grunnbok*. Oslo: Cappelen Damm.
- Strøm A og Fagermoen MS (2014). User involvement as sharing knowledge – an extended perspective in patient education. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Desember 2014, Volume 2014:7 Pages 551-559.
- Thingnæs G (2005). *Mestringsbok ved posttraumatisk stresslidelse*, kap 33. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Thompson (2007). *The participation of adult service users, including older people, in developing social care*. Nettressurs, hentet ut 6. mars 2017. Social care institute for excellence.
<http://www.scie.org.uk/publications/guides/guide17/practiceexamples/example5.asp> .
- Thorndike E (1922). *The Psychology of Arithmetic*. New York: MacMillan.
- Trondheim kommune. Friskliv og mestring. Nettressurs, hentet ut 6. mars 2017.
<http://www.trondheim.kommune.no/content/1117715565/Frisklivssentralen>
- Tveiten, S (2008). *Veiledning – mer enn ord*. Fagbokforlaget
- Tveiten S (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. ISBN: 978-82-450-1958-2. 233 s. Fagbokforlaget.
- Ursin R (2007). Søvn – en oversikt *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 44, nummer 4, 2007, side 372-377
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=14240&a=2
- Vinther-Jensen og Jensen (2012). *Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes premisser*. Kvantitativ evaluering. Aarhus; Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midt-Jylland 2012. Rapport:
- Vågan A mfl. (2016). Helsepedagogikk kompetanse, læring og mestring. En systematisk litteraturoversikt over forskning på helsepedagogisk kompetanse. *Sykepleien forskning*. Publisert 09.12.2016.
<https://sykepleien.no/forskning/2016/12/helsepedagogisk-kompetanse-laering-og-mestring-en-systematisk-litteraturoversikt>
- Vågan A og Børve HB (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. Notat NK LMH 2/2016. Hentet fra nettsiden, april 2017.
<https://mestring.no/bade-innhold-form-avgjorende-utbytte-kurs-helsepedagogikk/>
- Vibe M, de (2008). *Oppmerksomhetstrening (OT) og stressmestring*. (Kompendium):
<http://www.kunnskapssenteret.no/om-oss/ansatte/de-vibe>
- Vifladt E og Hopen L (2002). *Helsepedagogikk – et virkemiddel for læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- Vifladt E og Hopen L (2004). *Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

-
- Vifladt E og Hopen L (2013). *Pasientopplæring - kompetanse, veivalg, lederskap*: Kolofon forlag AS.
 - Vygotsky LS (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: MA: Harvard University Press.
 - Wahl AK og Hanestad BR (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis. En innføring*. Fakbokforlaget.
 - WHO (2001)/Helsedirektoratet (2003). *ICF: Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*.

