

Håndbok i helsepedagogikk

Kunnskapsbaserte anbefalinger ved utvikling av kurs i
helsepedagogikk for fagpersoner og brukerrepresentanter



HÅNDBOK I HELSEPEDAGOGIKK – Kunnskapsbaserte anbefalinger ved utvikling av kurs i helsepedagogikk for fagpersoner og brukerrepresentanter.

© Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) 2019

Utgitt: Juni 2019

ISBN: 978-82-92686-35-5

Forfattere: Kari Hvinden, spesialrådgiver ved NK LMH, Ann-Helen Henriksen, spesialrådgiver/forsker ved NK LMH og Hilde Blindheim Børve, spesialrådgiver ved NK LMH

Ansvarlig redaktør: Siw Bratli

Håndboken som foreligger er en første utgave, som vil være gjenstand for pilottesting, videre utforming og revidering før endelig ferdigstilling. Den er en videreutvikling av Veileder for etablering av helsepedagogiske kompetanseutviklingsprogram (NK LMH 2010). Kompetanseprogrammet Treff meg!, som omhandler møter med ungdom i helse- og omsorgstjenesten, kan fungere som et supplement til håndboken (NK LMH 2013).

Håndboken kan lastes ned fra www.mestring.no.

NK LMH er en nasjonal kompetansetjeneste som bidrar til at lærings- og mestringsevne 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

Denne håndboken i helsepedagogikk beskriver faglige vurderinger og kunnskapsbaserte anbefalinger ved utvikling av kurs i helsepedagogikk. Håndboken er først og fremst en støtte til fagpersoner og brukerrepresentanter som skal utvikle kurs i helsepedagogikk, men den er aktuell for alle i helse- og omsorgstjenesten som driver lærings- og mestringsvirksomhet, individuelt og i gruppe. Kompetanse i helsepedagogikk er en forutsetning for å møte de behov for informasjon, undervisning og veiledning som brukere, pasienter og pårørende har. Det handler om kunnskap, ferdigheter og holdninger som er avgjørende for å bidra til å øke helsekompetansen i befolkningen.

NK LMHs rolle er å støtte faglig opp om lærings- og mestringsvirksomhet gjennom å veilede og gi kunnskapsbaserte anbefalinger for praksis. En sentral del av vårt arbeid er å bidra til god kvalitet på og likeverdig tilgang til kompetanseheving i helsepedagogikk. Arbeidet med håndboken inngår i denne satsingen, og er samtidig tydelig forankret i lovverk og nasjonale føringer for helse- og omsorgstjenesten.

Håndboken er utviklet i samarbeid med praksisfeltet. En nasjonal arbeidsgruppe har deltatt i diskusjoner om innholdet og formen på de faglige anbefalingene og bidratt med verdifull erfaringskunnskap. I tillegg har en rekke sentrale ressurspersoner og kompetansemiljøer vært sparringspartnere og gitt nyttige innspill. En stor takk til alle samarbeidspartnere for verdifulle bidrag underveis i prosessen!

Vi håper håndboken kommer til nytte i lærings- og mestringsfeltet og i helse- og omsorgstjenesten generelt.

Oslo, juni 2019

Siw Bratli
Leder NK LMH

Kari Hvinden
Prosjektleder og spesialrådgiver NK LMH

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	5
1.1 Håndbokens struktur	6
1.2 Begrepsavklaring	8
2. Hvorfor etablere kurs i helsepedagogikk?	10
2.1 Overordnet begrunnelse	10
2.2 Lokal kontekst og rammer for kurs i helsepedagogikk	12
Målgruppe og deltakerforutsetninger	12
Brukermedvirkning	13
Kursledere og undervisere	14
Tidsramme, lokaliteter og økonomi	14
2.3 Oppsummering og anbefalinger	15
3. Hva skal deltakere på kurs i helsepedagogikk lære?	17
3.1 Formål og mål	17
3.2 Hva er en god helsepedagog?	18
3.3 Oppsummering og anbefalinger	23
4. Hvordan skal deltakerne lære det?	25
4.1 Innhold i kurs i helsepedagogikk	25
Tema 1: Lærings- og mestringspraksis	25
Tema 2: Mestrings- og endringsprosesser	30
Tema 3: Relasjonskompetanse, holdninger og verdier	36
Tema 4: Kommunikasjon i relasjoner	37
Tema 5: Brukermedvirkning – hva, hvorfor og hvordan?	39
Tema 6: Læring, didaktikk og metode i arbeid med lærings- og mestringstilbud	43
4.2 Metoder og arbeidsform ved kurs i helsepedagogikk	51
Generelle didaktiske anbefalinger	53
Muligheter, begrensninger og utfordringer ved ulike undervisningsmetoder	55
5. Hvordan gikk kurset i helsepedagogikk?	61
5.1 Hensikt med evalueringen	61
5.2 Ulike metoder	61
5.3 Oppsummering og anbefalinger	63
6. Kursbeskrivelse: Kurs i helsepedagogikk	65
Kursdeltakere	66
Formål og mål	66
Innhold og undervisningsformer	67
Program	67
Organisering og praktisk informasjon	70
Litteraturliste	71

1. Innledning

Kompetanse i helsepedagogikk er en forutsetning for å kunne legge til rette for læring og mestring i en helsekontekst. Denne kompetansen er etterspurt på ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Fagpersoner ønsker mer kunnskap og muligheter for å utvikle ferdigheter, samt tilstrekkelig trygghet og mot til å møte brukeres behov for informasjon, undervisning og veiledning (Nichols mfl. 2018, Vågan mfl. 2016, Svavarsdottir 2016a, Byrne mfl. 2017, Lawn mfl. 2009). For å imøtekomme disse behovene, og som supplement til det som blir ivaretatt i profesjonenes grunn- og videreutdanninger, tilbyr de fleste helseforetak og enkelte kommuner egne kurs i helsepedagogikk. Det er imidlertid stor grad av variasjon med hensyn til tilgang på kurs og kursenes form og innhold (Vågan, Nøren 2015).

Helsepedagogikk som praksis og fagområde favner bredt. Med utgangspunkt i teori, forskning og erfaring kan vi likevel snakke om en kjerne av grunnleggende kunnskap innen helsepedagogikk som fagutøvere i helse- og omsorgstjenesten bør ha (Davies mfl. 2018, Vågan mfl. 2016, Lawn mfl. 2009, Svavarsdottir 2016b). Den overordnede hensikten med å utarbeide denne håndboken er å bidra til god kvalitet på kompetansehevende kurs i helsepedagogikk. Dette kan igjen bidra til bedre kvalitet på lærings- og mestringstilbud i praksis, både i individuelle møter og grupper.

Hovedmålgruppen for håndboken er alle som skal arrangere kurs i helsepedagogikk for fagpersoner og brukerrepresentanter i sykehus og kommuner. Store deler av håndbokens innhold er imidlertid aktuelt for alle som driver lærings- og mestringsevne for brukere, pasienter og pårørende.

Håndboken beskriver faglige vurderinger og kunnskapsbaserte anbefalinger ved utvikling av kurs i helsepedagogikk. Den kan benyttes oppskriftsmessig eller som utgangspunkt for lokale diskusjoner og didaktiske vurderinger. Didaktiske vurderinger handler om undervisningens *hva, hvorfor og hvordan*.

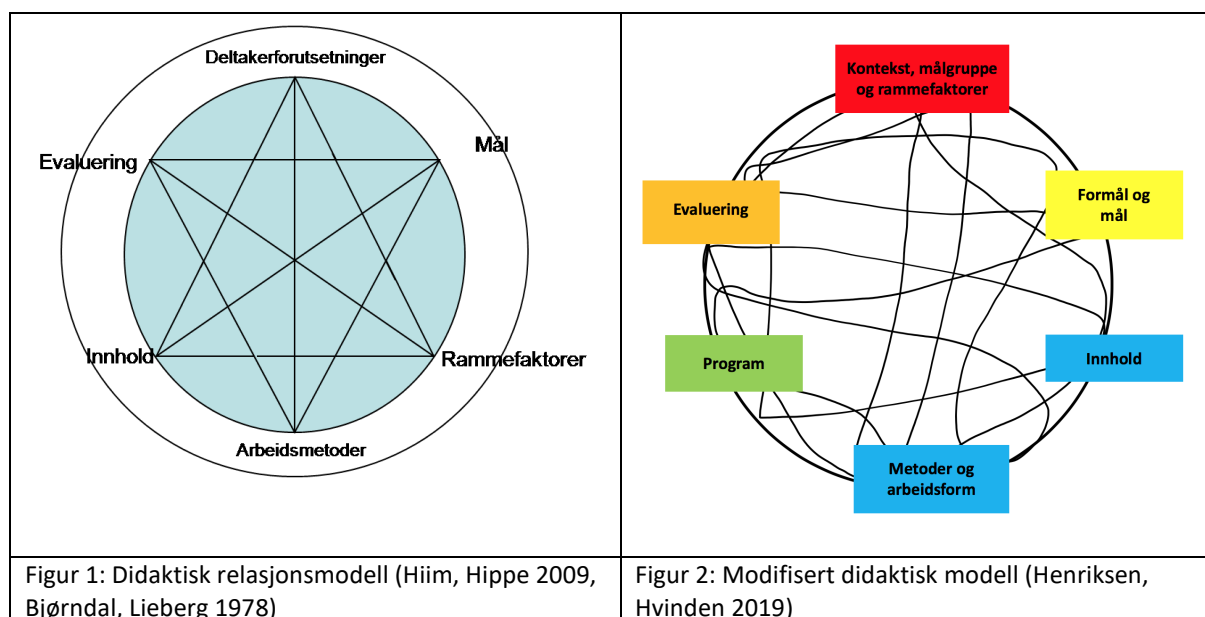
Det teoretiske fundamentet i håndboken er forankret i sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse. Den forskningsbaserte kunnskapen bygger dels

på litteratursøk, dels på lærebøker. Det er gjort et systematisk søk i publiserte kunnskapsoppsummeringer fra 2013–2018 (mai 2018). Håndboken baserer seg også på erfaringskunnskap fra praksisfeltet. Erfaringer fra det å drive kurs er hentet inn gjennom en nasjonal kartlegging av kurs i helsepedagogikk ved helseforetakene i 2015 ([Vågan, Nøren 2015](#)) og gjennom resultater fra to fokusgrupper med erfarne fagfolk fra feltet i 2015 ([Vågan, Børve 2016](#)). Vi har også benyttet en [kartlegging](#) av helseforetakenes kurs i helsepedagogikk i Helse Sør-Øst og påfølgende [anbefalinger](#) om læringsmål knyttet til kompetanseutvikling i helsepedagogikk (RK PPO, 2014), og en rapport fra Helse Midt om hva kommuneansatte mener om kompetanse og kompetansebehov på området læring og mestring innen helse (Bolsø, Conradsen 2015). Deltakererfaringer fra kurs i helsepedagogikk er hentet inn gjennom innblikk i evalueringsmaterieell fra noen helseforetak rundt omkring i landet. Disse er ikke systematisert og publisert, men benyttes likevel som kunnskapsgrunnlag.

1.1 Håndbokens struktur

Håndbokens struktur bygger på en modifisert utgave av [den didaktiske relasjonsmodellen](#) (Hiim, Hippe 2009, Bjørndal, Lieberg 1978, NK LMH 2018b). Modellen vi benytter er i større grad tilpasset en kontekst som handler om å utvikle kurs. Samme modell benyttes i brosjyren *Kort og godt.. om hvordan utvikle kurs i helsepedagogikk* (Henriksen, Hvinden 2019). Denne brosjyren anbefales lest før håndboken.

Alle elementene fra den didaktiske relasjonsmodellen er ivaretatt i den modifiserte modellen, men de er organisert noe annerledes. Rammefaktorer og deltakerforutsetninger blir behandlet sammen under det nye elementet *kontekst, målgruppe og rammefaktorer*. Begrunnelsen er at disse samlet sett utgjør et viktig utgangspunkt når det handler om å utvikle kurs i helsetjenesten. Vi har lagt til elementet *program*, fordi det i denne sammenheng også er viktig å ende opp med et tydelig og sammenhengende kursprogram.



Håndboken er strukturert i henhold til de enkelte elementene og spørsmål som elementene adresserer. Les mer om de ulike elementene og spørsmålene i brosyren *Kort og godt.. om å utvikle kurs i helsepedagogikk* (ibid).

Håndbokens videre struktur:

- **Kapittel 2: Hvorfor etablere kurs i helsepedagogikk?** (Kontekst, målgruppe og rammefaktorer) Dette er et viktig utgangspunkt ved utvikling av lokale kurs og bør vurderes samlet.
- **Kapittel 3: Hva skal deltakerne på kurs i helsepedagogikk lære?** (Formål og mål) Formål og mål må tilpasses kontekst, målgruppe og rammefaktorer.
- **Kapittel 4: Hvordan skal deltakerne lære det?** (Innhold, metoder og arbeidsform) Valg av innhold, metoder og arbeidsform avgjøres av kursets formål og mål.
- **Kapittel 5: Hvordan gikk det?** (Evaluering) Evaluering er viktig for kontinuerlig kvalitetsutvikling.
- **Kapittel 6: Kursbeskrivelse av *Kurs i helsepedagogikk*.** Et konkret eksempel på kurs i helsepedagogikk basert på håndbokens kunnskapsgrunnlag og anbefalinger. Kursbeskrivelsen er laget for de som skal delta på kurset.

Hvert kapittel, med unntak av kapittel 6, starter med en introduksjon av hva kapitlet inneholder og avsluttes med oppsummering, konkrete anbefalinger og lesetips. Noen

temaer i håndboken blir behandlet flere steder, men på ulike måter. Når det handler om læring, didaktikk og metode i kapittel 4.1, er det knyttet opp mot arbeid med lærings- og mestringstilbud for brukere, pasienter og pårørende, ikke kurs i helsepedagogikk for fagpersoner og brukerrepresentanter. Sistnevnte omtales i kapittel 4.2.

For å gjøre håndboken praktisk og brukervennlig er de enkelte temaene beskrevet så kort og presist som mulig. Det henvises i håndboken til praktiske verktøy som kan brukes både individuelt og i grupper. Mange av verktøyene finnes på mestring.no (NK LMH 2018c). Flere av disse kan benyttes både i kurs for fagpersoner og brukerrepresentanter (kurs i helsepedagogikk) og i lærings-og mestringstilbud for brukere, pasienter og pårørende.

1.2 Begrepsavklaring

Helsepedagogikk

[Helsepedagogikk](#) handler om å anvende pedagogiske prinsipper og verktøy for å fremme læring, mestring og helse hos brukere og pasienter som har helseutfordringer og deres pårørende (NK LMH 2013a). Hvordan helsepedagogikk forstås er knyttet til hvordan begrepene helse og pedagogikk forstås hver for seg og i sammenheng med fagtradisjon og yrkesområde. Vi legger til grunn et bredt og positivt helsebegrep. [Helse](#) ses som en ressurs og en evne til å mestre hverdagens krav, ikke utelukkende som fravær av sykdom og gode levevaner (NK LMH 2013b). Pedagogikkens grunnleggende mål er at den skal bidra til å forstå, forklare og eventuelt også gi råd og veiledning til praktisk-pedagogisk virksomhet (Imsen 2013). Helsepedagogikk som fagområde henter kunnskap fra blant annet helsefag, psykologi, pedagogikk, filosofi, sosialantropologi og sosiologi.

Helsepedagog

Begrepet helsepedagog brukes i håndboken som en betegnelse på fagpersoner i helse- og omsorgstjenesten som driver helsepedagogisk praksis (gir informasjon, undervisning og/eller veiledning, individuelt og i grupper). Betegnelsen benyttes for å understreke fagpersoners rolle som pedagoger i møte med brukere, pasienter og pårørende. Helsepedagog er ikke en tittel og forutsetter ikke en formell kompetanse utover det å være for eksempel sykepleier, lege eller ergoterapeut.

Kurs i helsepedagogikk

Denne betegnelsen benyttes gjennomgående i håndboken for kompetansehevende kurs for fagpersoner og brukerrepresentanter i helse- og omsorgstjenesten. Kursene handler om hvordan legge til rette for læring og videreutvikling av helse- og mestringskompetanse hos brukere, pasienter og pårørende.

Helsepedagogisk praksis og lærings- og mestringsvirksomhet

Begrepene helsepedagogisk praksis og lærings- og mestringsvirksomhet brukes begge i håndboken som samlebetegnelser for informasjon, undervisning og veiledning som legger til rette for læring og videreutvikling av helse- og mestringskompetanse. Praksissituasjonene og arenaene varierer, og det handler både om individuelle møter og tilbud i grupper.

Lærings- og mestringstilbud/-kurs

Lærings- og mestringstilbud/-kurs er konkrete pedagogiske tilbud *for brukere, pasienter og pårørende* i helse- og omsorgstjenesten. Lærings- og mestringstilbud gis i sykehusavdelinger, frisklivssentraler, fastlegepraksiser og poliklinikker, i hjemmet og ved lærings- og mestringssentre, helsestasjoner med mer.

Undervisning

Undervisning brukes i håndboken som en samlebetegnelse for ulike læringsaktiviteter som for eksempel presentasjon, gruppearbeid, brukerfortelling med mer.

Helsekompetanse

«Helsekompetanse» er den norske oversettelsen av det engelske begrepet *health literacy*. Helse- og omsorgsdepartementet definerer helsekompetanse som «personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (HOD 2019). Lærings- og mestringstilbud er sentrale tiltak for å styrke personers helsekompetanse. For å arbeide med å styrke helsekompetansen hos brukere, pasienter og pårørende er det nødvendig med kompetanse i helsepedagogikk.

2. Hvorfor etablere kurs i helsepedagogikk?

I dette kapitlet presenterer vi først en overordnet begrunnelse for kurs i helsepedagogikk, med utgangspunkt i brukeres behov, nødvendigheten av helsepedagogisk kompetanse og juridiske føringer for helse- og omsorgstjenesten. Deretter beskriver vi ulike områder som det er viktig å vurdere ved etablering av lokale kurs. Det handler om målgruppen for kurset og hva som karakteriserer den, samt hvilke muligheter og begrensninger som ligger i de lokale rammefaktorene.

2.1 Overordnet begrunnelse

Et økende antall mennesker har helseutfordringer som påvirker livet og hverdagen, både for den det gjelder og for de som står vedkommende nær. Det kan være langvarig sykdom og skade, nedsatt funksjonsevne eller belastninger knyttet til psykisk helse og rus. Det er også et stort antall mennesker som står i fare for å *utvikle* helseutfordringer som følge av livsstilsvalg. Uavhengig av om helseutfordringene er akutte, kort- eller langvarige, vil mange ha behov for informasjon, undervisning, veiledning og støtte for å håndtere situasjonen, både underveis og i etterkant. Å leve med helseutfordringer medfører ofte store forandringer i hverdagen. Lærings- og mestringsvirksomhet, forstått som informasjon, undervisning og veiledning, skal støtte personer i å håndtere utfordringer og gjøre endringer som fremmer helse og forebygger sykdom og skade (Helsedirektoratet 2015, Hvinden 2011). Dette skjer i planlagte og tilfeldige individuelle møter og i grupper. Forskning viser at mestringsstøttende tiltak som informasjon, undervisning og veiledning med mestring som mål fremmer helse og livskvalitet ([Stenberg mfl. 2016](#), Nøst mfl. 2016). Forskning viser også at slike tiltak er god helseøkonomi ([Stenberg mfl. 2018](#)).

Kompetanse i helsepedagogikk er grunnleggende for å møte behovene for informasjon, undervisning og veiledning i helse- og omsorgstjenesten (Davies 2018, [Vågan mfl. 2016](#), Svavarsdottir 2016b). Den pedagogiske funksjonen til fagpersoner i helse- og omsorgstjenesten utøves i en kompleks kontekst. Det handler om møter på forskjellige

arenaer med personer i ulike situasjoner, med variasjon i alder og helseutfordringer og ikke minst personer som har ulik grad av helsekompetanse (health literacy). Det er utviklet en rekke metoder og verktøy for å drive pedagogisk virksomhet i helse- og omsorgstjenesten, både profesjonsspesifikke og generelle. Noen er komplekse og krever ulike former for sertifisering, andre er enkle og tilgjengelige for alle (Zoffmann 2004, Langeland 2011).

De pedagogiske oppgavene som fagpersoner i helse- og omsorgstjenesten har, er forankret i juridiske føringer, stortingsmeldinger, veiledere, strategier og handlingsplaner.

[Kommunehelseloven](#) angir at kommunen skal sikre nødvendig opplæring av bruker, pasient og pårørende, samt legge til rette for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne (§1-1) (HOD 2012a). Viktigheten av å støtte personers mestrings- og endringsprosesser i helse- og omsorgstjenesten får støtte i dag, blant annet gjennom prioriteringskriteriene for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Her er støtte til fysisk, sosial og psykisk mestring angitt som sentrale prinsipper for prioritering ([HOD, NOU 16/2018](#)).

[Spesialisthelsetjenesteloven](#) beskriver at en av sykehusenes fire hovedoppgaver er å drive pasient- og pårørendeopplæring (§3-8) (HOD 2001a). De som yter helse- og omsorgstjenester etter [Lov om helsepersonell m.v.](#), skal gi informasjon til den som har krav på det etter føringene i [pasient- og brukerrettighetsloven](#) § 3-2 til 3-4 (HOD 2001b, HOD 2001c). «Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen». Han/hun skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Dette gjelder også med hensyn til pasientens nærmeste pårørende» (§3-5). Fagpersoner skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen. De skal også dokumentere informasjon som er gitt i pasientens eller brukerens journal. Helsepersonell har i tillegg plikt til å ivareta barns behov for informasjon og nødvendig oppfølging ved sykdom, rusproblemer, skade eller død hos foreldre eller søsken (Helsepersonelloven §10a og b). Også [Lov om folkehelsearbeid](#) inneholder føringer for pedagogisk virksomhet i helse- og omsorgstjenesten (HOD 2012b). Her står det at kommuner skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og

forebygge sykdom (§7). I lovens formål står det at den skal «bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse» (§1).

2.2 Lokal kontekst og rammer for kurs i helsepedagogikk

Lokale behov, rammer, formål og mål er avgjørende for hvordan kurs kan utformes. Innen lærings- og mestringfeltet har kurs i helsepedagogikk i stor grad handlet om at sykehusene har satt sammen generelle kurs der innholdet har dreid seg om gruppeledelse, brukermedvirkning, kommunikasjon og pedagogikk (Vågan, Nøren 2015, Hvinden 2011). Også disse kursene varierer betydelig med hensyn til målgrupper, lokale rammer (tilgang på kursledere, økonomi, fysiske omgivelser), innhold og arbeidsformer (ibid). Kortere og mer spissede kurs i for eksempel empatisk kommunikasjon, motiverende samtale (MI) eller helsecoaching kan også betraktes som kompetanseheving innen helsepedagogikk.

Målgruppe og deltakerforutsetninger

Deltakere på kurs i helsepedagogikk er fagpersoner og brukerrepresentanter som skal styrke sin kompetanse i helsepedagogikk. Målgruppen er ofte tverrprofesjonell og kan komme fra både sykehus og kommuner. Målgruppen kan imidlertid også være en bestemt faggruppe, et tverrfaglig team eller studenter og fagpersoner i ulike utdanningsløp. Det kan være helse- og omsorgspersonell generelt, de som arbeider i en bestemt avdeling (for eksempel i et frisklivs- og mestringssenter eller en rehabiliteringsavdeling) eller de som er involvert i en bestemt form for lærings- og mestringstilbud (for eksempel *Mestringstreff*). I [Helse Bergen](#) tilbys blant annet egne kurs for brukerrepresentanter i tillegg til at disse kan delta på kurs sammen med fagpersoner (Helse Bergen 2019).

Deltakere på kurs i helsepedagogikk har ulike forutsetninger og forventninger når de kommer på kurs. Tidligere erfaringer, kompetanse og motivasjon vil variere. Motivasjon er en viktig forutsetning for læring, og det er rimelig å forvente at de som søker kompetanseheving innen helsepedagogikk i utgangspunktet er motivert for å lære. Deltakernes holdninger kan være forskjellige, for eksempel knyttet til brukermedvirkning og

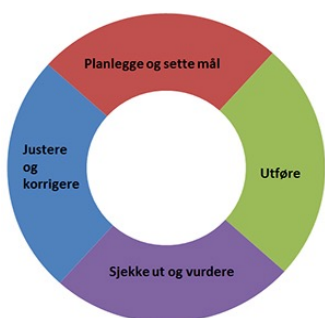
støtte til egenmestring (Davies mfl. 2018, Gee mfl. 2017). Deltakernes engasjement og vilje til samhandling og deltakelse er sentralt i et slikt kurs. Det er av betydning at de som leder og underviser på kurset innhenter kunnskap om deltakerforutsetninger og forventninger til kurset. Dette kan gjøres i forkant av kurset eller i starten på kurset.

Forskning viser at kvaliteter ved deltakernes arbeidsplasser har betydning for hvorvidt økt kunnskap og nye ferdigheter kan anvendes i praksis (Gee mfl. 2017, Duprez mfl 2017). I følge Duprez mfl. (2017) er ledelsens holdning til å styrke de ansattes ferdigheter knyttet til å støtte egenmestring (self-management), stor betydning for hvordan det var mulig å ha fokus på dette i etterkant av kurs.

Brukermedvirkning

Brukere skal gis anledning til å medvirke i utvikling av helse- og omsorgstjenester ([Pasient- og brukerrettighetsloven](#) (HOD 2001c). Hovedhensikten med brukermedvirkning når det handler om å utvikle kurs i helsepedagogikk er å sikre at innholdet og arbeidsformene er relevante og møter deltakernes behov, enten de er fagpersoner eller brukerrepresentanter.

I praksis handler brukermedvirkning her om at brukerrepresentanter og fagpersoner samarbeider om å planlegge, gjennomføre, evaluere og justere kurs i helsepedagogikk. Innen lærings- og mestringsfeltet refereres det gjerne til samarbeidsmodellen som er basert på Demings sirkel for kvalitetsutvikling av tjenester (Langley mfl. 2009, [NK LMH 2018](#)) (figur 2).



Figur 2: Demings kvalitetssirkel, Langley mfl. 2009

Samarbeidsmodellen forutsetter brukermedvirkning i alle fire fasene av prosessen. Modellen kan benyttes sammen med didaktiske modeller for å planlegge undervisningens *hva, hvorfor og hvordan*. Den som leder arbeidet med å utvikle kurset etablerer en arbeidsgruppe som inkluderer aktuelle fagpersoner og brukerrepresentanter. For å sikre brukerperspektivet anbefaler vi at arbeidsgruppen har minst to brukerrepresentanter. Gjennom hele prosessen skal brukerrepresentantene bidra med kunnskap og erfaringer fra brukers ståsted, slik at innholdet og formen på tilbudet er relevant og møter deltakernes behov. Rekruttering av aktuelle brukerrepresentanter er lederens ansvar (NK LMH 2018a). Les mer om brukermedvirkning i kapittel 4.1.

Kursledere og undervisere

Hvem som underviser og hvordan de gjør det representerer viktige rammer for kurs i helsepedagogikk. Det fremheves som sentralt at kursledere og brukerrepresentanter som underviser på kurs i helsepedagogikk er skolert for oppgavene (Vågan mfl. 2016, Vågan, Børve 2016). Erfarne kursledere uttrykker ønske om to kursledere med tydelig rollefordeling. Det gir trygghet og anledning til kvalitetsutvikling gjennom felles refleksjon både underveis og etter kurset. Betydningen av gode kommunikasjonsevner og evne til å skape gode relasjoner mellom kursleder og deltakere vektlegges. Praksisfeltet uttrykker også ønske om veiledning og kollegastøtte og en form for mentorordning eller hjelpetelefon etter kurset.

I praksis ledes og drives de fleste kurs i helsepedagogikk av ansatte i lærings- og mestringsvirksomheten (rådgivere, koordinatore, ledere). Noen ivaretar det meste av undervisningen selv, andre engasjerer eksterne ressurspersoner med spesiell kompetanse på hele eller deler av innholdet i kurset. De fleste som leder og underviser i kursene er helsepersonell som har spesiell interesse for helsepedagogikk og som i mange tilfeller også har en uformell eller formell merkompetanse i form av kurs eller videreutdanning.

Tidsramme, lokaliteter og økonomi

Praksisfeltet løfter fram nødvendigheten av tilstrekkelig tid som vesentlig når man skal styrke kompetansen innen helsepedagogikk (Vågan, Nøren 2015, Vågan, Børve 2016). Kartleggingen av kurs i helsepedagogikk ved sykehusene i Norge viser en variasjon i

tidsrammer for kurs fra én til 13 dager, majoriteten hadde fire til fem dager (ibid). Forskning viser at tidsrammer og anledning til øvelse og oppfølging har stor betydning for å kunne anvende ny kunnskap i praksis (Duprez mfl. 2017, Kloster, Granum 2009). Hvis hensikten er å utvikle ferdigheter og holdninger (ikke kun formidle kunnskap), har oppfølging som varer over seks måneder best effekt.

Romutforming og tilgang til undervisningsmateriell kan hemme eller fremme læring. Det har betydning for hvilke undervisningsmetoder og aktiviteter man kan ta i bruk. Er det rom for å kunne dele kursdeltakerne i mindre grupper? Kan man bevege seg i rommet under øvelser? Det fysiske rommet har også betydning for trygghet og trivsel, noe som igjen har betydning for læring (Larsen 2005).

Økonomiske rammer kan være førende for øvrige rammefaktorer, ikke minst hvem som underviser og hvor mye tid det er til rådighet. Økonomi er en viktig faktor med hensyn til om man skal benytte interne fagressurser eller leie inn fagpersoner til å undervise, og hvordan brukerrepresentanter som bidrar sammen med fagpersoner skal honoreres. De fleste helseforetak har rutiner for honorering av brukerrepresentanter, men ikke alle kommuner har tilsvarende. Hvorvidt kurset skal koste noe for de som deltar er også et viktig spørsmål.

2.3 Oppsummering og anbefalinger

De overordnede begrunnelsene for å etablere kurs i helsepedagogikk er å finne i brukernes behov for tilpassede lærings- og mestringstilbud, nødvendigheten av helsepedagogisk kompetanse hos fagpersoner og brukerrepresentanter som gir denne type tilbud, samt juridiske føringer som inkluderer både rettigheter for brukere og plikter for helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

Lokalt er det viktig å vurdere hvem som er målgruppe for et kurs i helsepedagogikk og hvilke forutsetninger deltakerne har. Dette er avgjørende for kursets videre planlegging. Andre lokale rammer som må vurderes tidlig i planleggingsfasen er ressurser med hensyn til kursledere og undervisere, brukermedvirkning, lokaliteter, tid og økonomi. Nedenfor beskrives anbefalinger knyttet til rammer:

- Deltakere på kurs i helsepedagogikk bør være motiverte for å videreutvikle sin kompetanse
- Deltakelse bør være forankret i ledelsen hos fagutøverne og forankret i en plan for hva en styrket kompetanse skal brukes til
- Kurs i helsepedagogikk bør utvikles i et samarbeid mellom fagpersoner og brukerrepresentanter
- De som underviser og leder kursene bør innhente kunnskap om hvem deltakerne på kurset er og hvilke forventninger de har til kurset
- De som underviser og leder kursene må ha tilstrekkelig kompetanse innen pedagogikk og de temaene de ellers underviser i
- Det bør være to erfarne kursledere som sammen leder kursene, for eksempel en fagperson og en brukerrepresentant
- Kursene må ha en viss varighet og strekke seg over tid, slik at de muliggjør læringsprosesser som inkluderer både praktiske øvelser og tilbakemelding
- Det fysiske miljøet (arenaen) der kurset holdes må gi rom for varierte læringsaktiviteter og trygghet og trivsel for både deltakere og kursholdere
- Økonomiske forhold knyttet til gjennomføring av kurset må avklares i planleggingsfasen
- Honorering av brukerrepresentanter og andre som bidrar med undervisning må avklares i planleggingen av kurset (se gjeldende retningslinjer i foretak og kommuner)



Lesetips:

- Helsedirektoratet (2015). [Veileder om habilitering, rehabilitering og individuell plan](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator). Kapittel 6 om læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten og kapittel 4 om medvirkning, informasjon og kommunikasjon. Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Folkehelseinstituttet (2015). [Modell for kvalitetsforbedring](https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring). Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- NK LMH (2019). [Lovgrunnlag og sentrale føringer](https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/lovgrunnlag-sentrale-foringer/). Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/lovgrunnlag-sentrale-foringer/>

3. Hva skal deltakere på kurs i helsepedagogikk lære?

I dette kapitlet ser vi nærmere på hva som kan være formål og mål for kurs i helsepedagogikk. Med utgangspunkt i formålet beskriver vi nærmere hva det ligger i å være en god helsepedagog. Målene som beskrives her er basert på den kunnskapen som håndboken bygger på. Kapitlet avsluttes med en oppsummering og anbefalinger knyttet til hva et kurs i helsepedagogikk bør inneholde for å innfri de konkrete læringsmålene.

3.1 Formål og mål

Utgangspunktet for all kursutvikling er formålet med kurset og målene for deltakernes læring og utbytte. Innhold og form kan først komme på plass etter at målene er definert. I denne sammenheng er det viktig at representanter fra kursdeltakerne, både fagpersoner og brukerrepresentanter, har mulighet til å si noe om hva som er viktig for dem når det skal utvikles et kurs med dem som målgruppe. Målene må tilpasses de ramme faktorene som den lokale konteksten representerer.

Formålet beskriver en generell og overordnet kompetanse, og i denne sammenheng er det å: Videreutvikle og styrke deltakernes kompetanse som gode helsepedagoger og bidra til at de opplever tilstrekkelig trygghet til å gjennomføre lærings- og mestringstilbud til brukere, pasienter og pårørende.

Læringsmålene angir mål for tilegnet kunnskap, ferdighet og/eller holdning. De er en presisering av formålet. Målene nedenfor er hentet fra kursbeskrivelsen i kapittel 6. Dette er et fem-dagers kurs som er utformet med utgangspunkt i håndbokens kunnskapsgrunnlag.

Læringsmålene er at deltakerne etter gjennomført kurs kan

- redegjøre for sentrale begreper og temaer innen helsepedagogikk
- redegjøre for viktigheten av relasjonens og samspillet betydning når det handler om læring og mestring innen helse

- legge til rette for lærings- og mestringsvirksomhet med utgangspunkt i den enkeltes helsekompetanse, behov og ønsker
- planlegge lærings- og mestringstilbud i grupper, sammen med brukerrepresentanter
- anvende ulike pedagogiske arbeidsformer og metoder, både i individuelle møter og i grupper
- anerkjenne brukernes erfaringskunnskap og praktisere sidestilt samarbeid

3.2 Hva er en god helsepedagog?

De fleste fagpersoner i helse- og omsorgstjenesten har oppgaver av helsepedagogisk karakter. Å være en god fagperson innen helse er ikke ensbetydende med å være en god helsepedagog. Man kan imidlertid ikke være en god helsepedagog uten å være en dyktig fagperson. Kurs i helsepedagogikk skal bidra med kunnskap, ferdigheter og holdninger som er viktige for å videreutvikle den helsepedagogiske kompetansen. I dette kapitlet ser vi nærmere på hvilke elementer som er viktige for å utvikle helsepedagogisk kompetanse og bli en god helsepedagog. Flere av elementene vil bli utdypet i de etterfølgende kapitlene.

Det å være en god helsepedagog er ikke noe man automatisk blir, selv om noen synes mer personlig egnet enn andre. For de fleste vil den helsepedagogiske kompetansen hele tiden kunne utvikles i relasjon til kunnskap og ferdigheter man tilegner seg og erfaringer man gjør seg i praksis. Å kunne reflektere over egen praksis er derfor et viktig element når man skal videreutvikle sin helsepedagogiske kompetanse. Denne refleksjonen bør gis plass i et kurs i helsepedagogikk.

Kompetanse

Kompetansebegrepet blir brukt på mange ulike måter og ulike begreper har ofte overlappende betydning. I denne sammenheng forstår vi kompetanse som kunnskap, ferdigheter, holdninger og verdier som kommer til uttrykk i handling.

Skau (2017) beskriver at overordnet profesjonell kompetanse består av tre komponenter: Teoretisk kunnskap (fagkunnskap, teori og forskning), yrkesspesifikk kunnskap (praktiske ferdigheter, teknikker og metoder) og personlig kompetanse (verdigrunnlag, holdninger,

menneskesyn mm). Disse elementene avhenger av hverandre, men vektes forskjellig i ulike yrker og profesjoner.

Utvikling av relasjonskompetanse anses som viktig i ulike helsefaglige utdanninger (Litland, Rommetveit 2018, Eide, Eide 2018, Aas 2007). Relasjonskompetanse er en nødvendig forutsetning for at man som fagperson kan understøtte pasienter og pårørende i deres lærings- og mestringsprosesser. I helsepedagogisk praksis kan det være nyttig å la seg inspirere av Klinges begrep om relasjonskompetanse (Klinge 2016, Klinge 2018), selv om hun anvender begrepet i en allmennpedagogisk sammenheng (skole- og undervisningskontekst). Begrunnelsen er dels at det teoretiske grunnlaget er svært relevant for helsepedagogisk praksis, og dels at de kjennetegn og betingelser som Klinge beskriver gjør det mulig «å snakke profesjonelt og konkret om noe som ellers kan virke diffust og personlig» (Klinge 2018, s. 25).

Enkelt formulert er relasjonskompetanse «evnen til å inngå i positivt samspill med andre» (Klinge 2016). Det handler om å etablere positive relasjoner basert på tillit og trygghet. Denne evnen er medfødt og betinget av vår oppvekst og samtidig en dynamisk størrelse som endrer seg fra situasjon til situasjon. Det gir derfor mer mening å snakke om at man kan handle relasjonskompetent i spesifikke situasjoner enn at relasjonskompetanse er noe man har.

Profesjonell relasjonskompetanse er mer komplisert og krevende enn allmenn relasjonskompetanse, da det relasjonelle ikke kan ses isolert fra den faglige konteksten. Evnen til profesjonell relasjonskompetanse kan utvikles og forbedres for eksempel ved hjelp av refleksjon over egen praksis og veiledning. Man kan reflektere over sin adferd med hensyn til tre kjennetegn: 1) bruk av avstemmere, 2) understøttelse av tre allmenne psykologiske behov og 3) omsorgsetiske handlinger.

Å bruke avstemmere vil si at man er i stand til å registrere pasientens eller den pårørendes signaler og kan respondere hensiktsmessig både verbalt og nonverbalt slik at samspillet blir avstemt og at fagpersonen og pasienten eller den pårørende dermed er på bølgelengde. Dette kan gjøres gjennom for eksempel ord, kroppsspråk, stemmeleie og berøring. De tre

allmenne psykologiske behov er: Behovet for å oppleve selvbestemmelse, kompetanse og tilhørighet (Deci, Ryan, 2017). Å imøtekomme disse behovene anses å være en viktig drivkraft og forutsetning for å skape indre motivasjon for læring og ivareta den enkeltes trivsel (les mer i kapittel 4.1, tema 5). Å handle omsorgsetisk vil si å skape omsorgsfulle relasjoner med respekt for pasientens perspektiv. Dette innebærer at man lar faglige og trivselsmessige aspekter gå hånd i hånd. For å samstemme de tre kjennetegnene krever det en receptiv rettethet fra fagpersonens side. Det innebærer å skape overenstemmelse mellom handlinger og ord i forhold til både pasientens selvbestemmelse, kompetanse og tilknytning, samt selve saksforholdet. Å handle relasjonskompetent i helsepedagogisk praksis innebærer derfor å kunne fortolke en spesifikk situasjon og handle deretter (innovativ kompetanse). Les mer om betingelser for å handle relasjonskompetent i vedlegget til håndboken.

Det er imidlertid flere betingelser som må være til stede for at fagpersoner skal kunne handle relasjonskompetent. For å understøtte pasienter og pårørende i lærings- og mestringsprosesser må fagpersonen, utover å ha nødvendig fagspesifikk teoretisk og yrkesspesifikk kunnskap, også ha helsepedagogisk kunnskap, samt de rette personlige holdninger og verdier (Vågan mfl. 2016, Svavarsdóttir 2016a, Skau 2017, Tveiten 2016). Disse områdene blir i fortsettelsen beskrevet med relevant teori, forskning og erfaringskunnskap. Først handler det om holdninger og verdier.

Holdninger, verdier og etikk

Hvilke holdninger og verdier er viktige for å bli en god helsepedagog? Det dreier seg blant annet om holdninger og verdier knyttet til det å anerkjenne brukernes ekspertise og det å reflektere over egen praksis (Tveiten 2016). Pasienter med hjerte-karsykdom svarer i Svavarsdóttir sin studie (2016a) at de blant annet ønsker seg opplæring av helsepersonell som har et helhetlig syn på pasientenes situasjon, sensitivitet for pasientens interesser og læringsbehov samt evne til å skreddersy pasientopplæringen i tråd med den enkeltes situasjon. Davis mfl. (2018) nevner det å kunne skape og utvikle empati som en viktig faktor. Dette samsvarer med ett av kompetanseområdene fra en systematisk [litteratuoppsummering](#) om kompetanse i helsepedagogikk knyttet til læring i grupper som forskere ved NK LMH gjorde i 2016 (Vågan mfl. 2016). Det handler om personlig kunnskap og

personlige egenskaper og holdninger knyttet til evnen til å vise omsorg, empati, interesse, respekt og en ikke-dømmende holdning som viktige forutsetninger for å skape gode relasjoner.

Å skape gode relasjoner krever også god kommunikasjon (Eide, Eide 2017). Eide og Eide sier at kommunikasjonen bør være «personorientert, helsefremmende og motiverende» (ibid). Ifølge dem henger verdier og etikk mye sammen. Etikk handler om hva som er godt, rett og rettferdig, mens moral handler om de holdninger og verdier man som helsepedagog har med seg i sin praksis. Deres teoretiske grunnlag for å forstå betydningen av personorientert kommunikasjon bygger på Løgstrups og Levinas relasjonsetikk. I en helsekontekst handler relasjonsetikk blant annet om det ansvar vi har med hensyn til hvordan vi forvalter vår makt som helsepersonell knyttet til den tillit som pasienten viser oss. Ifølge Løgstrup er det moralske ansvaret for å gjøre det som er best for en person, kort fortalt, en balansegang mellom paternalisme og personens autonomi. For Levina handler det moralske ansvaret om «å respektere enhver person som unik og genuint forskjellig fra en selv» (ibid s. 90) og er dermed et forsvar for enhver persons autonomi og integritet. Dette medfører at man bør se personen som et helt menneske med iboende ressurser, muligheter, egne verdier, ønsker og mål når det gjelder egen helse og livssituasjon forøvrig, ikke kun som pasient eller bruker. Personsentrert kommunikasjon innebærer å forholde seg åpent og anerkjennende til den andre som en unik person, noe som forutsetter at man er oppmerksomt tilstede og lytter godt både til det som blir sagt og det som kommer til uttrykk nonverbalt. Det sentrale i personorientert kommunikasjon er å forstå hva som er viktig for personen i den aktuelle situasjonen. Personorientert kommunikasjon består av ulike elementer (ibid):

- Å anerkjenne pasientens/personens perspektiv
- Å forstå personens psykososiale kontekst
- Å nå frem til en felles forståelse i overenstemmelse med personens verdier
- Å dele makt, det vil si å stimulere personen til å utøve selvbestemmelse og at kontroll over egen situasjon der dette er mulig.

For å utvikle helsepedagogisk kompetanse og bli en god helsepedagog er det viktig å reflektere over egne holdninger og verdier. Ifølge Eide og Eide handler etisk refleksjon om «hva som er til beste for den enkelte pasienten som person, hvilken slags institusjon vi vil

være med på å skape og hva slags person vi selv vil være som helsepersonell» (ibid, s. 114). Les mer om mer om kommunikasjon i kapittel 4.1).

Kunnskaper og ferdigheter

Å kunne reflektere over egne holdninger og verdier er ikke tilstrekkelig for å være en god helsepedagog. Pasienter ønsker også at fagpersoner er oppdatert på fagspesifikk kunnskap (Davies mfl. 2018, Vågan mfl. 2016, Svavarsdóttir 2016b). For å kunne skreddersy læringstilbud i tråd med den enkeltes situasjon og understøtte pasienter og pårørende i deres lærings- og mestringsprosesser er det i tillegg nødvendig med kunnskaper og ferdigheter innen helsepedagogikk.

I tidligere nevnte litteraturoppsummering om kompetanse i helsepedagogikk knyttet til læring i grupper (Vågan mfl. 2016) pekes det på seks kompetanseområder som er viktige for utbyttet av lærings- og mestringstilbud. Disse kompetanseområdene inkluderer kunnskaper, ferdigheter og holdninger knyttet til:

- **Gruppeledelse** – kan skape trygge og støttende omgivelser og stimulere til aktiv gruppedeltagelse (blant annet erfaringsdeling)
- **Fag** – har oppdatert kunnskap knyttet til diagnoser, behandling og egenbehandling
- **Kommunikasjon** – har generelle kommunikasjonsferdigheter, evne til å lede grupper og skape atmosfære for god kommunikasjon
- **Mestring** – kan arbeide med mestring i praksis; inkludert å finne og anerkjenne mestringsressurser og mestringsstrategier
- **Pedagogikk** – har kunnskap om læring som fenomen, tilpasning av læringsaktiviteter og gjennomføring av læringstilbud
- **Personlig kunnskap/personlige egenskaper og holdninger** – har evne til å vise omsorg, empati, interesse, respekt og ikke-dømmende holdning; viktige forutsetninger for å skape gode relasjoner.

Davies mfl. gjorde i 2018 en litteraturgjennomgang om opplæring av helsepersonell knyttet til det å gi støtte til egenmestring (self-management support). Resultatet av gjennomgangen er at de identifiserte syv viktige læringsområder. De handler blant annet om å tydeliggjøre kunnskapsgrunnlag og evidens, trene ferdigheter, fremme trygghet og selvtillit, legge til

rette for refleksjon og skape og utvikle empati. Flere av områdene er gjengangere fra tidligere nevnte studier.

3.3 Oppsummering og anbefalinger

Det er i nevnte teorier, studier og erfaringskunnskap en generell enighet om hvilke typer kunnskap og hvilke ferdigheter som er viktige når formålet er å videreutvikle helsepedagogisk kompetanse og bli en god helsepedagog. Som helsepedagog må du reflektere over egne holdninger og verdier og skape tillitsfulle og trygge relasjoner basert på anerkjennelse, empati og omsorg. Du må være oppdatert på din fagspesifikke kunnskap og i tillegg ha kunnskap om bl.a. mestringsprosesser, kommunikasjon og (helse)pedagogikk. Det er viktig å kjenne til relevante redskaper og ha ferdigheter til å anvende de i praksis. Refleksjon over egen helsepedagogisk praksis er nødvendig for å videreutvikle kompetanse. Hva den enkelte helsepedagog eller kommende helsepedagog har bruk for avhenger av hva man har med seg fra sin grunnutdanning, hvilke praksiserfaringer man har og i hvilken kontekst man fungerer som helsepedagog.

For å videreutvikle og styrke deltakernes kompetanse som gode helsepedagoger, må kurs i helsepedagogikk handle om temaer som er nevnt i dette kapitlet. Hvilke temaer og hvor dypt de skal berøres i lokale kurs, må styres av formål og mål som settes for de konkrete kursene. Nedenfor finner du aktuelle temaer som blir beskrevet nærmere i kapittel 4.

- Lærings- og mestringspraksis (å legge til rette for læring og mestring i ulike helsekontekster)
- Mestrings- og endringsprosesser
- Relasjonskompetanse, holdninger og verdier
- Kommunikasjon i relasjoner
- Brukermedvirkning – hva, hvorfor og hvordan?
- Læring, didaktikk og metode i arbeid med lærings- og mestringstilbud



Lesetips:

- Dalland O (2010). [Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere](#). Revidert utgave. Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Eide H, Eide T (2017). [Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling og etikk](#). Gyldendal. Oslo.
- Tveiten S (2016). [Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring](#). Fagbokforlaget. Bergen.
- Vågan A mfl. (2016). [Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring](#), *Sykepleien Forskning*.

4. Hvordan skal deltakerne lære det?

Dette kapitlet handler om hvordan kurset kan innfri målene med kurset. I første del av kapitlet beskriver vi innholdet med utgangspunkt i temaer knyttet til formål og mål, samt hva som er viktig for å være en god helsepedagog (kapittel 3.1 og 3.2). I andre del beskrives ulike metoder og arbeidsformer for kurs i helsepedagogikk og konkrete anbefalinger for praksis. Beskrivelsen inkluderer muligheter, begrensninger og utfordringer ved ulike metoder og arbeidsformer. Vi gir lesetips knyttet til både innhold, metoder og arbeidsform.

4.1 Innhold i kurs i helsepedagogikk

Som tidligere nevnt er det mange mulige innholdselementer i et kurs i helsepedagogikk, og det er nødvendig å gjøre prioriteringer. Beskrivelsene er korte og adresserer *hva* temaene handler om og *hvorfor* de er viktige. For de som ønsker å lese mer er det en fordypning knyttet til enkelte temaer i vedlegget.

Temaer som beskrives er:

- Lærings- og mestringspraksis (å legge til rette for læring og mestring i ulike helsekontekster)
- Mestrings- og endringsprosesser
- Relasjonskompetanse, holdninger og verdier
- Kommunikasjon i relasjoner
- Brukermedvirkning – hva, hvorfor og hvordan?
- Læring, didaktikk og metode i arbeid med lærings- og mestringstilbud

Tema 1: Lærings- og mestringspraksis

Et viktig tema i helsepedagogisk praksis er å forstå den praksissituasjonen du står i som fagperson eller brukerrepresentant, og at du evner å tilpasse og legge til rette for læring og mestring i ulike situasjoner. Helsekonteksten er mangfoldig, og det er mange variabler vi må ta hensyn til i hver enkelt situasjon. Det kan handle om å gi informasjon om en medisinsk prosedyre til en pasient som ikke forstår norsk, å lede et gruppebasert lærings- og mestringskurs for barn som lever med diabetes, å veilede pårørende til en person som har

demens eller det kan handle om å holde et kurs i livsstilsendring der deltakernes helsekompetanse er lav.

Variasjon i brukernes behov, helsekompetanse og kulturelle bakgrunn

Ulike personer har i utgangspunktet ulike behov og ressurser knyttet til det å håndtere sykdom og helseutfordringer. Hva er viktig for dem? Hva kan de fra før, hva har de behov for å mestre, og hvordan er motivasjonen for å lære nye ting? Et erkjent behov vil øke motivasjonen for å motta informasjon, delta på kurs og jobbe mot egne mål. Å identifisere en persons «helseprosjekt» er en oppgave som innebærer å finne ut hva som er viktig for personen og hvilke behov, mål og prioriteringer vedkommende har. Dette er gjerne knyttet til ens personlige kontekst og handler ikke bare om helse og sykdom, men også om familie og nettverk, personlige interesser og hva som oppleves som meningsfullt i eget liv.

Forutsetningene for å hente inn og forstå helseinformasjon og kunnskap som formidles varierer. Det handler om språk, kunnskap, kognitiv kapasitet, kulturell bakgrunn, sosiale ferdigheter, motivasjon, tekniske ferdigheter med mer (Pettersen 2005, Nutbeam 2000). Helsepersonell skal fremme likeverdige helsetjenester gjennom å legge til rette for læring ut fra den enkeltes behov og evne til å forstå (Pasientrettighetsloven, 2001c). Å ta hensyn til brukernes helsekompetanse handler om å møte brukere, pasienter og pårørende der de er. Sensitivitet for kulturelle forskjeller og det å ha kulturkompetanse er av betydning i arbeidet med lærings- og mestringstilbud (Lawn mfl. 2009, Qureshi 2009). Å bruke sin sensitivitet vil si å bruke både sin affektive og sin kognitive dimensjon, det vil si både følelser og fornuft (Martinsen 2000). Å vise forståelse for andres verdier og unikheter, og ivareta disse, er å utøve kultursensitivitet (Quershi 2009). Les mer om helsekompetanse og kultursensitivitet i vedlegget til håndboken.

Ulike helseutfordringer

I helsepedagogisk praksis møter man brukere, pasienter og pårørende som har symptomer og helseplager som har betydning for mulighetene til å motta informasjon, delta i undervisning og veiledning. Det handler om hvordan for eksempel kognitiv svikt, smerter, uro, lite energi, trøtthet, angst eller depresjon kan påvirke grad av motivasjon, konsentrasjon, oppmerksomhet, kommunikasjonsevne med mer. Det vil for eksempel

sannsynligvis være stor forskjell på hvordan legge til rette for læring og mestring for en gruppe ungdom som har diagnosen ME, sammenliknet med en gruppe ungdom som har ADHD. Å ta hensyn til aktuelle helsemessige utfordringer er nødvendig, enten det handler om individuelle møter eller grupper, eller om det dreier seg om akutte eller langvarige helseutfordringer.

Vi vet en del om hva det innebærer å leve med helseutfordringer (Ambrosio 2015, Vågan mfl. 2018). Det kan betraktes som en prosess i ulike faser, der det å bevege seg fremover i prosessen forutsetter informasjon, undervisning og ny læring. Vi vet også en del om at man i ulike faser av akutte helseplager er mer eller mindre mottakelig for informasjon, undervisning og veiledning. Utrygghet, usikkerhet og angst i forbindelse med akutte situasjoner har betydning for hvordan informasjon, undervisning og veiledning bør foregå.

Pårørende – i alle aldre

Når det gjelder pårørende, er det flere behov å ta hensyn til enn de vi for øvrig beskriver i dette kapitlet ([Helsedirektoratet 2017b](#)). Et viktig anliggende er hva pårørende trenger å vite for å ivareta den som har en helseutfordring. Det kan for eksempel handle om informasjon og veiledning knyttet til å forstå og håndtere situasjonen og støtte den nærstående. Et annet viktig anliggende er hva pårørende selv trenger for å håndtere belastninger og unngå utvikling av egne utfordringer, for bedre helse og livskvalitet. Det handler blant annet om støtte i form av informasjon og kunnskap, erfaringsdeling eller avlastningstiltak.

Pårørende er en mangfoldig gruppe. Det er individuelle forskjeller med hensyn til alder, form for tilknytning og grad av ansvar i de enkelte relasjonene. Eksempelvis har foreldre som pårørende et formelt ansvar for barn under 18 år. I hvilken grad voksne pårørende tar ansvar for sine foreldre varierer. En spesielt sårbar gruppe i denne sammenheng er barn og unge som er pårørende til foreldre eller annen nær omsorgsperson. Barn er også pårørende når det er søsken som har en helsetilstand som krever spesiell oppmerksomhet. Barn og unges tanker, følelser og hverdagsliv påvirkes når foreldre, søsken eller andre nære omsorgspersoner opplever sykdom, rusproblemer, skade eller dør. Helsepersonell har plikt til å bidra til å ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som barn og unge pårørende har. Les mer om pårørende i vedlegget til håndboken.

Å møte personer i ulike aldersgrupper

Å møte personer med ulik alder krever ulike undervisnings- veilednings- og informasjonsstrategier. Man må ta hensyn til om brukere er barn, ungdom, voksne eller eldre. Det finnes ulike antagelser om hva som kjennetegner læring generelt for ulike livsfaser. Det er likevel store individuelle forskjeller basert på andre faktorer innen de enkelte fasene. Overgangen mellom fasene er glidende. Samtidig gjør spesielle forhold seg gjeldende i situasjoner preget av redsel for smerter, frykt for adskillelse, angst for det ukjente, tap av kontroll, ensomhet, sinne med mer. Det er derfor uansett alder og livsfase viktig å møte den enkelte person med respekt og forståelse for individuelle læringsbehov. Livsfaseinndelingen som er beskrevet nedenfor tar utgangspunkt i Illeris (2012) sin aldersinndeling samt et kapittel om geragogikk av Findsen og Formosa (2011). Les mer om livsfaser og læring, pedagogikk, andragogikk og geragogikk i vedlegget til håndboken.

Barn (fra fødsel til pubertet (11-13 år))

Barndommen er preget av store utviklings-, modnings- og tilegnelsesprosesser. Læring påvirkes i stor grad av ytre faktorer som nære omsorgspersoner, barnehager og skoler. Den kognitive evne utvikles gjennom ulike stadier. Det må tas hensyn til hvor barnet er i sin utvikling, og barnet må møtes på egne premisser. Det er viktig å etablere en god og omsorgsfull relasjon for å skape nødvendig tillit og trygghet. Barn tenker konkret. Avhengig av alder kan lek, kosedyr, film, fortellinger, tegning, bilder eller sang brukes som verktøy når barn skal lære for å mestre i en helsekontekst.

Unge (fra pubertet til 20-35 år)

I ungdommen skal mye læres med hensyn til fag, sosiale relasjoner, følelser og identitet. Identitetsdannelsen kan medføre ulike opp- og nedturer. Perioden er preget av utallige valgmuligheter og aktuelle begrensninger (eksempelvis helseutfordringer). Ungdom har mer fokus på identitetsdannelse og sosiale relasjoner som venner og kjærester enn ytre krav om læring. For å imøtekomme eventuell motstand bør man ta utgangspunkt i det som betyr noe for den enkelte unge og la vedkommende få innflytelse på og medbestemmelse for det som skal læres. Først mot slutten av ungdomsperioden er man fullt ut kognitivt utviklet.

Voksne (fra 20-35 år til 45-65 år)

Perioden er preget av orientering mot familie og arbeid. Den voksne tar ansvar for eget liv. Helseutfordringer kan derfor ses som en trussel mot det livet man gjerne vil leve. Voksne er målrettede med hensyn til det de vil lære, men engasjerer seg sjelden i læring de ikke ser meningen med eller har interesse av. Voksne bør derfor motiveres på bakgrunn av det de ser som meningsfullt. Det er viktig å ta utgangspunkt i voksnes egne læringsmål, egne erfaringer og det de kjenner fra før.

Eldre (fra 45-65 til død)

Perioden er preget av at eventuelle barn er flyttet hjemmefra og at man ikke lenger er i arbeid. Det snakkes om endringer som innebærer at man begynner å forholde seg til og akseptere at livet har en ende. Denne gruppen har ikke samme målrettethet som de yngre, men det er viktig å være klar over at heller ikke denne gruppen er homogen. De som har overskudd orienteres mot mening og harmoni i tilværelsen og dermed kvalitative goder (som kultur, sosiale aktiviteter, å være noe for noen/frivillig arbeid). Selvvalgte læringsaktiviteter er derfor primært personlige og lystbetonte. For noen inntreffer imidlertid kognitiv svekkelse og diverse helseutfordringer som kan bidra til sårbarhet. Dette er noe man bør være oppmerksom på i møte med eldre. Enkelte opplever en trussel mot den uavhengighet og kontroll som de har bygget opp i sitt voksne liv. Noen trenger mer tid for å lære og en del har i tillegg visuelle og auditive utfordringer. Det bør derfor kommuniseres på måter som kompenserer for eventuelle vanskeligheter.

Ulike arenaer og situasjoner

Arenaer og lokaler der lærings- og mestringsvirksomheten foregår har betydning for de pedagogiske møtene. Dette handler om hvordan omgivelser fremmer eller hemmer viktige forutsetninger for læring. Det skjer lærings- og mestringsvirksomhet ved sengekanten på pasientrommet, på helsestasjonen, i frisklivssentralen, legekantoret, poliklinikken, i hjemmet, på lærings- og mestringssentret med mer. Arenaene bør ha en utforming som fremmer trygghet og trivsel, er egnet for likeverdig dialog og tillater bruk av egnede pedagogiske metoder. Det er ikke alltid enkelt å imøtekomme dette i en helsetjeneste som preges av travelhet, maktubalanse og omgivelser som ikke er utformet for læringsaktivitet.

En spørreundersøkelse blant helsepersonell viser at ramme faktorer som tid, rom og organisering hyppig påpekes som hindring for god helsepedagogisk praksis (Kloster, Granum 2009). Mangel på fysiske rom og ro omkring oppgaven løftes fram som viktige faktorer for kvaliteten på tjenestene.



Lesetips:

- Andreassen TA (2005). [*Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser.*](#) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland O (2010). [*Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere.*](#) Revidert utgave. Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2017b). [*Pårørendeveileder.*](#) Nettressurs, hentet ut juni 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- Eide, K mfl. (red.) (2009). [*Over profesjonelle barrierer – Et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge.*](#) Kultursensitivitet i profesjonell yrkesutøvelse. Oslo: Gyldendal akademisk.
- [*BarnsBeste.*](#) Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende. Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://sshf.no/helsefaglig/kompetansetjenester/barnsbeste>
- Helsenorge.no <https://helsenorge.no/parorende/barn-trenger-apenhet-om-sykdom>
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. [*ABC-opplæring.*](#) Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://abc.aldringoghelse.no>
- NK LMH (2013): Kompetansehevingsprogrammet [*Treff meg!*](#) Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://mestring.no/umm/kompetanseheving/>
- Pettersen KS, Jenum AK (2014). [*Hva betyr lav «Health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon?*](#) *Sykepleien Forskning.*
- Pårørendesenteret Stavanger. Nettressurs hentet ut juni 2019. <http://www.parorendesenteret.no/hjem>

Tema 2: Mestrings- og endringsprosesser

Helse- og omsorgstjenesten har som oppgave å støtte den enkelte i å mestre sine helseutfordringer (HOD 2012a, HOD 2001a, HOD 2001c). Denne oppgaven er forankret i et omfattende teori- og kunnskapsområde som blant annet handler om hva man legger i mestringsbegrepet, hvordan det oppleves å ha ulike helseutfordringer, hvordan mestre nødvendige endringer som følge av sykdom og funksjonssvikt og hvilke metoder og verktøy som egner seg til å arbeide med disse prosessene. God helse og et godt liv handler om mer

enn fravær av sykdom. Det handler om å håndtere hverdagen og kjenne tilhørighet i fellesskap også når helseutfordringer oppstår. Forskning viser at lærings- og mestringstilbud bidrar til gjensidig læring, støtte og håp, samt gir økt mestring og empowerment (Stenberg mfl. 2016).

Å ha et mestringsfokus eller mestringsperspektiv betegner det å legge vekt på det som fungerer og bygge på det som virker i stedet for ensidig å reparere det syke. I helse- og omsorgstjenesten har det å arbeide med menneskers mestrings- og endringsprosesser hatt mindre faglig fokus enn utredning og behandling. Innenfor rehabilitering, forebygging og helsefremmende arbeid har det hatt større fokus, men også her har den medisinske og diagnoseorienterte kunnskapen hatt en stor plass. Å ha tilstrekkelig kompetanse til å arbeide med mestrings- og endringsprosesser, både teoretisk og praktisk, anses som vesentlig for de som driver lærings- og mestringsvirksomhet (Vågan mfl. 2016). Nedenfor beskrives noen temaer, med referanser til teori og forskning, som er aktuelle å inkludere i kurs i helsepedagogikk.

Om mestring

Mestring er et mye brukt begrep som generelt viser til hvordan en person håndterer oppgaver og utfordringer som vedkommende møter i livsløpet. I en helsekontekst dreier det seg om konkrete oppgaver som krever kompetanse og ferdigheter (for eksempel hvordan ta inhalasjonsmedisiner) eller om mer omfattende følelsesmessige eller relasjonelle utfordringer (for eksempel hvordan forholde seg til arbeidsuførhet).

[Mestringsbegrepet](#) har ulike betydninger avhengig av tema og teoretisk utgangspunkt (NK LMH 2013c). Når det handler om å mestre tilværelsen med helseutfordringer, vil mestring for én person ikke nødvendigvis innebære det samme som for en annen. I et lærings- og mestringstilbud kan det være nyttig å tematisere hva mestring er for den enkelte. Hva er viktig for deg å håndtere i denne situasjonen? Hva slags mestring er god mestring? Når begrepet assosieres med å vinne eller være flink er mestring et problematisk begrep. Slik forstått kan mestring bidra til å legge stein til byrden for folk som strever med å håndtere utfordringene sine. I vår tid er det et ideal å være uavhengig og selvhjulpen, og respekt

knyttet til det å greie seg selv. Det kan synes som om mennesker som er avhengig av støtte fra andre, opplever mindreverdighet (Henriksen, Vetlesen 2006).

Hvordan vi fortolker og forstår mestringsbegrepet, har betydning for hvordan vi nærmer oss fagområdet i praksis. Denne håndboken lener seg på et omfattende teori- og begrepsarbeid om mestring som er beskrevet i rapporten *Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse* ([Vågan mfl. 2018](#)). Her beskrives både individorienterte og sosialt orienterte mestringsteorier. Mestring og helseatferd forstås ikke kun på bakgrunn av individuelle egenskaper, ferdigheter eller strategier, men også som uttrykk for samfunnsmessige og sosiale forhold (Antonovsky 1987, Lazarus, Folkman 1984, Bronfenbrenner 1995). [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. (NK LMH 2013c). Situasjon forstås her for eksempel som sosialt nettverk, støtteapparat, institusjoner og samfunn.

De ulike teoretiske perspektivene er i ulik grad forsøkt oversatt til praksisutøvelse. Antonovskys teori om salutogenese er for eksempel utgangspunktet for etablering av salutogene grupper både innenfor kreftomsorg og feltet psykisk helse (Langeland 2011). Salutogene samtalegrupper retter oppmerksomheten mot dialog, refleksjon og et støttende klima. Tilnærmingen er ressursfokusert og målet er at deltakerne blir oppmerksomme på egne indre og ytre ressurser og kan øke evnen til å ta disse i bruk når utfordringer oppstår. Salutogene samtalegrupper gir deltakerne innsikt i egne og andres ressurser, og muligheter for å bruke disse for å oppleve økt grad av mestring (ibid).

Å leve med helseutfordringer – en prosess

For å kunne støtte brukere, pasienter og pårørende i deres behov for informasjon, undervisning og veiledning trenger helsepersonell kunnskap om hvordan det er å leve med helseutfordringer. Det handler om følelser, tanker, relasjoner og praktiske utfordringer som kan ha betydning for familie- og hverdagsliv. Det er gjort omfattende forskning og utviklet mye teori omkring hvordan det er å leve med helseutfordringer som kronisk sykdom, funksjonsnedsettelse og langvarige fysiske og psykiske belastninger (Vågan mfl. 2018, Ambrosio mfl. 2015). Noe av dette er sammenfattet i fagrapporten *Sentrale begreper og*

teorier for fagområdet læring og mestring innen helse ([Vågan mfl. 2018](#)). Forskningen viser at det er viktig å fokusere på å leve med helseutfordringer som prosess heller enn en statisk tilstand. Ambrosio mfl. (2015) beskriver hvordan det å leve med sykdom har blitt forstått og brukt i forskning. De identifiserer fem sentrale faser i en prosess: *Acceptance* (akseptere at det er en ny situasjon) – *coping* (lære å mestre utfordringene) – *self-management* (planlegge og ta ansvar for egen helse gjennom økt kunnskap) – *integration* (gjøre endringer i livet og venne seg til en ny hverdag og *adjustment* (tilpasse endringer og utvikling i eget selvbylde og identitet). Denne prosessen er avhengig av en rekke faktorer som virker sammen. Det dreier seg om personlige forhold som pasientens personlige ressurser og motivasjon, tidligere sykdomserfaringer, kunnskap, evner og muligheter. Det dreier seg også om faktorer som tilgjengelige ressurser som kvalitet og omfang på sosial og helsefaglig støtte. Ikke minst avhenger forløpet av egne og andres mål, planer og ulike intervensjoner.

En [dansk håndbok](#) for lærings- og mestringsarbeid (Hinrichsen 2012) beskriver kjennetegn ved mestringsprosessen i fem faser. Beskrivelsen har mange fellestrekk med analysen til [Ambrosio og medarbeidere \(2015\)](#). Fasene betegnes som: Livet før, livet endres, åpning mot nye veier, mine nye veier og livet nå. Her beskrives hva som karakteriserer de ulike fasene, og hva det er viktig å være oppmerksom på i dialogen med brukere som befinner seg på ulike steder i prosessen. Les mer om mestringsprosessen i vedlegget til håndboken.

Mestringsstrategier

Stress, helseutfordringer og traumatiske opplevelser kan møtes på ulike måter, hvorav to tilnærminger har fått oppmerksomhet i forskning og praksis (Lazarus, Folkman 1984). *Problemfokusert mestring* handler om at personen gjør noe aktivt og problemløsende med utfordringen, og *emosjonsfokusert mestring* at personen gjør noe med opplevelsen og følelsene som problemet skaper. Innenfor begge tilnærmingene kan vi ta i bruk ulike strategier for å mestre. Et eksempel på problemfokusert mestring er å innhente informasjon om forventede smerter etter en operasjon (planlagt problemløsning). Å distansere seg fra ubehagelige kommentarer om et funksjonstap (distansering) er eksempel på emosjonsfokusert mestring. Eksempler på andre mestringsstrategier er å styrke egen kunnskap på det aktuelle området, søke støtte fra omgivelsene, sørge for tilstrekkelig søvn,

positivt selvsnakk, bevisstgjøring av egen, indre dialog eller lystbetont fysisk aktivitet og trening.

Verktøy som kan brukes i mestringsarbeid (Flere av disse finnes på mestring.no ([NK LMH 2018c](#)) og i Mestringstreff ([Sandvik, Hvinden 2017](#))).

- ABCD-modellen og diamanten. Tankefeller og negative automatiske tanker (kognitiv metode)
- Hjelpemåter – sortering av tanker og følelser
- Oppmerksomhetsøvelser: Pusteanker og SOAL
- Livets elv
- Jeg-budskap og selvhevdende tale
- Pedagogisk sol
- Mestringsprosessen
- Helsekoppen
- Hvor trykker skoen?
- Sortering av utfordringer og bekymringer (bekymringsskuffer)
- Aktivitetskartlegging
- Nettverkskartlegging

Om endring og endringsprosesser

Helsepersonell har viktig helserelatert kunnskap, men det er til syvende og sist brukere, pasienter og pårørende som avgjør hvordan de vil leve for å ta vare på egen helse. Personers selvstendige beslutninger om å gjøre endringer er svært viktige for prosessen, og forståelse av denne selvbestemmelsen er fundamentet i all informasjon, undervisning og veiledning knyttet til endring. Når det er snakk om livsstilsendring, rettes mye oppmerksomhet mot sammenhengen mellom livsstil og sykdom. Folk kan føle selvbekreftelse for egen sykdom, spesielt hvis de ikke klarer å legge om til en sunnere livsstil. For å forstå folks valg og prioriteringer er det nyttig å vite hva slags mening de knytter til hendelser i livet, for eksempel det å bli syk og måtte leve med sykdom.

Den transteoretiske modellen er en sentral og mye brukt teori knyttet til endring av helseatferd (Prochaska mfl 1992, Vågan mfl 2018, s. 34). Modellen er laget med

utgangspunkt i en rekke studier av hvordan folk endrer seg. Den beskriver en prosess som består av fem faser eller stadier som er de samme, uavhengig av hva som skal endres og om endringen er en del av et behandlingsopplegg eller noe man tar hånd om alene. Personens psykologiske beredskap i form av motivasjon, vilje og preferanser for å endre adferd, henger sammen med hvilken fase personen befinner seg i. Følgelig trenger de også ulike tiltak. I praksis gjennomgås fasene som en spiralbevegelse der tilbakeskritt og nye forsøk er en del av veien mot endring. Les mer om teorien og bruken av den i *Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring* (Vågan mfl. 2018) og i vedlegget til håndboken. Motiverende samtale som metode har i stor grad vært benyttet sammen med den transteoretiske modellen i arbeid med lærings- og mestringstilbud der endring av atferd har hatt stort fokus. Les mer om motiverende samtale (MI) under tema 5, Kommunikasjon i relasjoner)

Verktøy som kan brukes i endringsarbeid (Noen av disse finnes på mestring.no).

- Aktiv lytting, bekreftelse og refleksjon
- Åpne spørsmål
- SØT-modellen
- SMART-mål
- Ambivalens- og diskrepansutforskning
- Handlingsplan og aktivitetsdagbok



Lesetips:

- Vågan mfl. (2018). [*Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse*](#). Fagrapport NK LMH 1/2018.
- 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
- 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.

Tema 3: Relasjonskompetanse, holdninger og verdier

Denne tematikken handler om noe av det som konstituerer oss som gode helsepedagoger (se kapittel 3.2). Her ble det konstatert at helsefaglig kunnskap ikke er tilstrekkelig for å utvikle helsepedagogisk kompetanse. En god helsepedagog må ha kunnskap om læring og mestring og samtidig kunne reflektere omkring egne holdninger og verdier. Utvikling av relasjonskompetanse ble sett som en forutsetning for at man som fagperson kan understøtte pasienter og pårørende i deres lærings- og mestringsprosesser.

Relasjonskompetanse

I kapittel 3.2 ble relasjonskompetanse forstått som evnen til å inngå i positivt samspill med andre. Vi tar utgangspunkt i Klings begrep om relasjonskompetanse (Klinge, 2016). Hun forstår relasjonskompetanse som en måte å handle på i ulike situasjoner, ikke som noe man har. Det er visse betingelser som skal være tilstede for at man kan handle relasjonskompetent. Noe dreier seg om hvordan man selv har det når det gjelder å kunne forholde seg positivt, åpent og nærværende i relasjonene, noe handler om den helsefaglige kunnskapen og den helsepedagogiske kunnskapen en har. Å kunne handle relasjonskompetent avhenger av at man er i stand til både å bruke sin kunnskap og samtidig være oppmerksom på trivselsmessige aspekter. Les mer om temaet i kapittel 3.2 og i vedlegget til håndboken.

Holdninger og verdier

Flere studier peker på betydningen av helsepedagogens holdninger og verdier (Vågan mfl. 2016, Skau 2017, Tveiten 2016). Det dreier seg om å kunne lytte, vise omsorg, empati, interesse, respekt og en ikke-dømmende holdning, noe som er viktige forutsetninger for å skape tillit og gode relasjoner (Eide, Eide 2017).

Å legge til rette for læring og mestring innebærer fortsatt å utfordre tradisjonelle roller for helsepersonell. Det krever en bredere og mer helhetlig tilnærming enn det som tradisjonelt forbindes med å håndtere sykdom. Det handler om samarbeid med brukerne som likeverdige partnere. Holdningene vi har til en slik tilnærming er viktig. Holdninger preger måten vi kommuniserer med pasienter og pårørende på. Les mer om kommunikasjon i kapittel 3.2 og under Tema 4: Kommunikasjon i relasjoner.

Flere studier viser at for å støtte egenmestring (self-management) er det viktig å kartlegge og arbeide med fagpersoners holdninger (Davies mfl. 2018, Gee mfl. 2017, Duprez mfl. 2017). Når vi ønsker å videreutvikle vår helsepedagogiske kompetanse er det derfor avgjørende å kunne reflektere over hvilke holdninger og verdier som preger vår egen helsepedagogiske praksis, og hvilken betydning det har. Ved å ta utgangspunkt i personlige erfaringer med spesifikke situasjoner kan vi reflektere over slike spørsmål, samt på hvilken måte vi handlet eller ikke handlet relasjonskompetent. Det kan være vanskelig å reflektere over slike personlige forhold. I en undervisningssituasjon kan man i stedet bruke case eller små filmer som man kan analysere. Les mer om ulike betingelser for å handle relasjonskompetent i vedlegget til håndboken.



Lesetips:

- Skau GM (2017). *Gode fagfolk vokser – Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 5. utgave, 2017. Cappelen Damm Akademisk. Oslo.
- Klinge L (2016). Lærerens relationskompetanse er en nødvendig innovativ kompetanse. *Tidskrift for professionstudier* 23, 2016.
- Eide H, Eide T (2017). «Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk» 3. utgave, 2017. Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Pressbooks. Praksisveileder I skolen, kapittel 8, *Aktiv lytting*. Nettressurs hentet ut mars 2019. <https://praksisveilederen.pressbooks.com/chapter/kapittel-8-aktiv-lytting/>
- Litand AS, Rommetveit M (2018). [Utvikling av relasjonskompetanse hos studenter ved master i klinisk sykepleie, spesialisering helsesøster](#). *Nordisk sygeplejeforskning* 02/2018 (Volum 8).
- Brøbecher H, Delmar C (2007). *Det relationelle møte og relasjonskompetanse*. Klinisk sykepleie.

Tema 4: Kommunikasjon i relasjoner

Hva karakteriserer god kommunikasjon i denne konteksten og hvorfor er det viktig? Eide og Eide (2017) sier at god, faglig fundert og profesjonell kommunikasjon er personorientert, helsefremmende og motiverende. At den er personorientert innebærer at man ser personen

som et helt menneske. At den har et helsefremmende formål innebærer at man ser hele personen ikke kun en person med helseutfordringer.

God profesjonell kommunikasjon kan også bidra til å motivere en person og styrke personen i å bruke egne ressurser og gjennomføre endringer der dette er nødvendig for å fremme helse. Teorien om selvbestemmelse (Deci, Ryan 2017), som også er nevnt i kapittel 3.2, belyser hvordan kommunikasjon påvirker indre motivasjon. Teorien peker på tre grunnleggende psykologiske behov som vi alle har og som påvirker indre motivasjon; behovet for selvbestemmelse, opplevelse av å ha kompetanse eller å mestre og det å ha tilknytning. Å møte disse behovene på en god måte gjennom kommunikasjon styrker personers motivasjon til å gjennomføre sine helseprosjekter, enten det handler om å bruke medisinene riktig, endre kosthold eller å forsone seg med en livssituasjon som innebærer å leve med helseutfordringer. Å støtte opp om personers selvbestemmelse kan være å lytte aktivt, undersøke hva personen selv tenker og opplever som viktig, og legge til rette for en likeverdig dialog. Gjennom å lytte aktivt og anerkjenne den andres behov for å ha kontroll over egen situasjon, kan en møte behovet for å oppleve mestring og kompetanse. Å skape en god relasjon bidrar til å ivareta behovet for tilknytning.

En rekke forhold og ferdigheter har betydning for om kommunikasjonen fungerer og oppleves som hjelpende og støttende for de det handler om (Eide, Eide 2017, s.33).

Det dreier seg om å

1. lytte aktivt
2. observere og fortolke verbale og nonverbale signaler
3. forstå hva den andre opplever som viktig
4. anerkjenne den andres helseprosjekt
5. stimulere den andres selvbestemmelse og ressurser
6. formidle informasjon på en klar og forståelig måte
7. strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon
8. skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
9. forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål
10. medvirke til gode beslutninger og løsninger - samvalg

Det hevdes at gode kommunikasjonsferdigheter er viktig i helsepedagogisk praksis (Duprez mfl. 2017, Svavarsdottir 2016, Vågan mfl. 2016, Vågan, Børve 2016, Lawn mfl. 2009). God kommunikasjon kan bidra til en bedre helsetjeneste og føre til større tilfredshet hos brukere, pasienter og pårørende. Det er en myte at det å kommunisere godt er et personlighetstrekk som du enten har eller ikke har. Noen har talent for god kommunikasjon, men de fleste blir bedre med trening. Metoder for god kommunikasjon må læres og, ikke minst, *trenes* på (Guldbrandsen 2008). Les mer utdypende om ulike modeller for kommunikasjon i vedlegget til håndboken.



Lesetips:

- Eide H, Eide T (2017). [Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk.](#) Gyldendal. Osklo.
- Brudal L (2014). [Empatisk kommunikasjon. Et verktøy for menneskemøter.](#) Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Guldbrandsen P (2008). [God kommunikasjon – også for legens skyld!](#) *Tidsskrift for Den norske legeforening 2008*; 128, 2840-2
- Slåtteland N (2014). [Helsekommunikasjon og digitale medier.](#) Gyldendal Akademisk
- Johnsen K (red), Engvold HO (red) (2013). [Klinisk kommunikasjon i praksis.](#) Universitetsforlaget. Oslo.
- Region Midt-Jylland: *Patientkommunikation*. Nettressurs hentet ut juni 2019. <http://www.patientkommunikation.dk>

Tema 5: Brukermedvirkning – hva, hvorfor og hvordan?

Erfarne kursholdere innen helsepedagogikk fremhever viktigheten av å tematisere hvordan fagpersoner kan lære å legge til rette for samarbeid med brukere (Vågan, Børve 2016).

Brukere har en viktig stemme og skal medvirke både i egne lærings- og mestringsprosesser og i utvikling av tjenester ([Helsedirektoratet 2015, kapittel 6](#)). Hva dette innebærer i praksis er imidlertid ikke en selvfølge, verken i individuelle møter, grupper eller i utvikling av tjenester. Det er grunnleggende å forstå *hva* medvirkning er i denne sammenheng, *hvorfor* det er viktig og nødvendig og *hvordan* det kan foregå. I tillegg til kunnskap og holdninger er det nødvendig å ha tilstrekkelige ferdigheter i å legge til rette for medvirkning.

Hva er brukermedvirkning?

Brukermedvirkning i lærings- og mestringsvirksomheten handler om at brukere, pasienter og pårørende inngår i et samarbeid med fagpersoner på ulike nivåer (Strøm 2010). Det innebærer at brukere er med i beslutningsprosesser knyttet til egne tilbud og i utvikling av tjenester. For brukeren innebærer det å bli tatt på alvor og møtt med respekt og at hans/hennes kunnskap om seg selv og eget liv anerkjennes (Rise 2012). For fagpersoner innebærer det å anerkjenne at brukerne har kompetanse av betydning som det er viktig å få frem. [Brukermedvirkning](#) i lærings- og mestringsvirksomheten betraktes både som en verdi, en strategi og en metode (NK LMH 2018).

Et begrep som ofte fremheves sammen med brukermedvirkning i lærings- og mestringsammenheng er [empowerment](#) (NK LMH 2013d). Begrepet tar utgangspunkt i Freires arbeid om frigjørende og kritisk pedagogikk (Vågan mfl. 2018). Empowerment har en individuell psykologisk dimensjon som viser til individuelle bevisstgjøringsprosesser hvor den enkelte blir mer bevisst på egne ressurser, opplever økt mestring og blir bedre i stand til å kontrollere eget liv. I tillegg har det en relasjonell dimensjon som handler om samhandling og kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter/brukere. Et viktig element her er overføring av makt fra fagpersoner til brukere av tjenester og likestilling av fagkunnskap og brukerkunnskap i utforming og gjennomføring av kurs eller tilbud.

Hvorfor brukermedvirkning?

Medvirkning er en verdi som bygger på en demokratisk begrunnet rett til selvbestemmelse og likeverd (Andreassen 2005). Det gir mennesker som søker hjelp og støtte mulighet til å styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser, bidra med egen kompetanse og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet.

Brukermedvirkning som strategi kan ha ulike formål. Medvirkning i egen mestringsprosess bidrar til å styrke den enkelte brukers motivasjon og selvilde og motvirke hjelpeløshet (Zoffmann 2004). Det å medvirke når det handler om valg og beslutninger knyttet til eget helsetilbud, samt å kunne delta i utformingen av helse- og omsorgstjenestene, er for mange helsefremmende i seg selv (Humerfelt 2012).

Det å lytte til og ta hensyn til brukernes kunnskap, interesser og behov bidrar til å utvikle lærings- og mestringstjenester som er brukervennlige, effektive og som har høy kvalitet (Helsedirektoratet 2017a, Stenberg mfl. 2016). Det blir ofte brukt som argument at tjenestene blir mer treffsikre med brukermedvirkning. Brukerrepresentanter kan bidra til å gjøre fagpersoner bedre i sitt fag, bedre på samhandling og de kan bidra til å bygge bro mellom «oss» og «dem». Å styrke brukernes innflytelse kan redusere ubalansen i makt mellom bruker og fagperson (Strøm 2010). Fagpersoner kan lempe på sin suverene posisjon som eksperter og forholde seg til brukere som samarbeidspartnere og medspillere som også er eksperter.

Hvordan praktisere brukermedvirkning?

Ansvar for å legge til rette for medvirkning og ivareta brukerrepresentantene i lærings- og mestringsevne ligger hos fagpersonene ([HOD 2001a](#), [HOD 2012a](#)). Fagpersoners holdning til medvirkning har stor betydning for hvordan det praktiseres (Andreassen 2018, Duprez mfl. 2017, Strøm, Fagermoen 2014, Humerfeldt 2012, Lawn mfl. 2009).

Brukermedvirkning fremmes av fagpersoner som har en relasjonell tilnærming og som legger vekt på å ivareta brukernes subjektive forståelse av virkeligheten og seg selv. Brukerens helsekompetanse er av avgjørende betydning for hvordan fagpersoner kan legge til rette for medvirkning. Les mer om ulike modeller for kommunikasjon i vedlegget til håndboken.

Gjensidig anerkjennelse mellom brukere og fagpersoner er en forutsetning for å lykkes med brukermedvirkning. Medvirkning forutsetter at personene er i stand til å medvirke. Det kan handle om individuelle, kontekstuelle og kulturelle forutsetninger. Brukerrepresentanter som deltar i lærings- og mestringstilbud peker på betydningen av å få praktisk trening i og tilbakemeldinger på sine oppgaver.

Det er vanlig å skille mellom brukermedvirkning på tre ulike nivåer, henholdsvis individ-, tjeneste- og systemnivå (Helsedirektoratet 2017a, Andreassen 2005, HOD 2001a). I denne sammenheng handler det først og fremst om individuell medvirkning og medvirkning i utvikling av tjenester. Brukermedvirkning på *individnivå* handler om den enkeltes innflytelse på egne lærings- og mestringstilbud og muligheten for å bli møtt i forhold til hva som er viktig for vedkommende som pasient, bruker eller pårørende. Brukermedvirkning på

tjenestenivå handler om at brukerrepresentanter samarbeider med fagpersoner om planlegging og gjennomføring av lærings- og mestringstilbud som en del av helse- og omsorgstjenesten (Hvinden 2011, Strøm 2010).

For å gi brukere reell innflytelse på tilbudenes utforming, må det være brukermedvirkning i alle faser av samarbeidsprosessen (jfr. Kapittel 2.2) 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 som bidrar i planlegging, gjennomføring og evaluering av tilbud har minst to brukerrepresentanter. 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 egen 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. Rolleavklaring er svært viktig, både med hensyn til hvilke roller brukere og fagpersoner har, men også fordi brukerrepresentanter kan ha ulike roller. En brukerrolle innebærer en *på-vegne-av-rolle* i planlegging, gjennomføring og evaluering av kurs. Her representerer vedkommende en organisasjon eller brukergruppe. I en annen og mer personlig rolle legges det vekt på *meg og min bruker- eller mestringsfortelling*. Noen innehar begge disse rollene, andre velger eller er mer komfortabel med å inneha én av dem. Med bakgrunn i egen kompetanse er det forventet at brukerrepresentantene:

- Deler sine erfaringer med arbeidsgruppa og deltar i de beslutninger som ligger til arbeidsgruppa å ta knyttet til innhold, form med mer
- Deler sin kunnskap og erfaring med deltakerne i læringstilbudet (egen historie og/eller erfaringsutveksling, andre tilbud/brukerorganisasjoner)
- Bidrar til åpenhet om vanskelige tema
- Sikrer et hverdagspråk
- Bistår med kunnskap om praktisk tilrettelegging for brukere med spesielle behov
- Bistår i rekruttering av deltakere gjennom å spre informasjon i egne nettverk

- Deltar i oppsummerings- og evalueringsarbeidet for å kvalitetssikre og videreutvikle både samarbeidet i arbeidsgruppa og tilbudets innhold og form



Lesetips:

- Vågan mfl. (2018). Kapittel 5 om brukermedvirkning og empowerment i [Vågan mfl. 2018. Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse](#). Fagrapport NK LMH 1/2018.
- Hinrichsen EK (2012). *Fortellinger som metode* (kapittel 4 og 8) i den [Danske håndboken](#) for lærings- og mestringsarbeid. Region Midt-Jylland, CFK. Folkesundhet og Kvalitetsudvikling.
- Andreassen TA (2005). [Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser](#). Gyldendal Akademisk. Oslo.
- NK LMH, Om brukermedvirkning på nettsiden mestring.no
- NK LMH, Filmer om brukermedvirkning, rekruttering og honorering av brukerrepresentanter. <https://mestring.no/informasjonsmaterieell/filmer/>

Tema 6: Læring, didaktikk og metode i arbeid med lærings- og mestringstilbud

Dette avsnittet handler om kunnskap og overveielser knyttet til læring, didaktikk og metode i arbeidet med lærings- og mestringstilbud til brukere, pasienter og pårørende. Hensikten med temaet er å bidra til at fagpersoner og brukerrepresentanter har tilstrekkelig kunnskap til å gjøre kompetente valg ved planlegging og gjennomføring av lærings- og mestringstilbud i praksis, enten det handler om individuelle møter eller grupper. Innholdet her supplerer i stor grad det som beskrives i kapittel 4.2 (om arbeidsmetoder for *kurs i helsepedagogikk*). Det anbefales å lese begge kapitlene som en helhet.

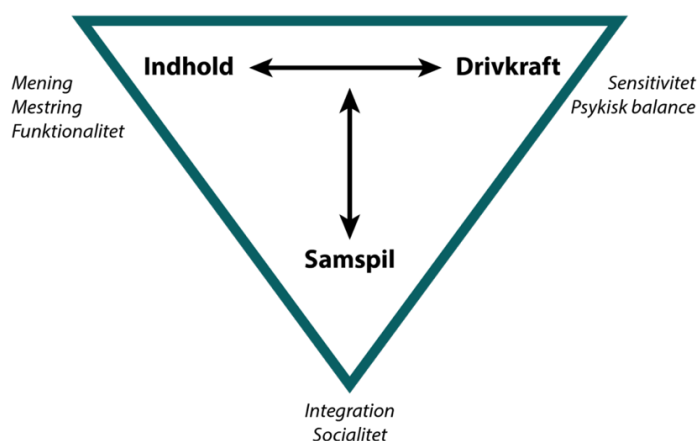
Læring

Hvilket syn vi har på læring som fenomen har betydning for hvordan vi legger til rette for læring. Ulike teori- og fagtradisjoner legger vekt på forskjellige forhold når de beskriver hva læring er og hvordan læring kan foregå. Utgangspunktet for denne håndboken er i hovedsak kognitive og sosiale læringsteorier som vektlegger samspillet mellom individuelle og sosiale faktorer. Læring forstås som en aktiv prosess som finner sted når personer samhandler i sosiale omgivelser og relasjoner, og mottar, tolker og knytter informasjon, kunnskap og

erfaring til det man allerede vet eller har erfart. Ifølge disse teoriene innebærer læring å endre tanker, følelser og måter å samhandle med andre på (Vågan mfl. 2018).

I kognitiv læringsteori vektlegges de individuelle tankeprosessene hos den som skal lære. Måten vi tenker omkring en hendelse på, påvirker hvilke følelser som blir knyttet til denne hendelsen. Språk, tenkning og problemløsning står sentralt, samt hvordan persepsjon og tankeprosesser påvirker læring. En kognitiv tilnærming bygger på ideen om at en hendelse ikke automatisk fører til en følelse. Mellom hendelsen og følelsen er tankene våre omkring hendelsen. Ulike følelser er knyttet til bestemte tankemønstre. Å ha en kognitiv tilnærming innebærer å arbeide med å bli bevisst negative tanker for deretter å jobbe med å endre disse. Mennesker som sliter med helseutfordringer har gjerne en strøm av ubehagelige tanker. De negative tankene virker troverdige og kan bygge på virkelige hendelser, men er ofte overdrevne eller ugyldige. Angst eller frykt er forbundet med tanker om trussel eller fare. Depressive følelser er forbundet med tanker om feil eller tap, meningsløshet eller håpløshet. Det finnes ulike verktøy som kan benyttes innen kognitiv tilnærming. Gode eksempler er den kognitive diamanten og ABCD-modellen. Les mer om verktøy på mestring.no.

Der hvor kognitiv læringsteori fokuserer på tankeprosessene i det enkelte individ, fremhever sosiale læringsteorier betydningen av individets samspill med sosiale prosesser. I *Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse* (Vågan mfl. 2018) beskrives fire teorier: Banduras sosialkognitive læringsteori, den transteoretiske endringsmodell (Prochaska, DiClemente og Norcross), Vygotskijs kulturhistoriske læringsteori og Lave og Wengers teori om situert læring. De to første teoriene har fokus på samspillet mellom individuelle og sosiale faktorer, de to siste har fokus på innvirkning av erfaringer og sosial samhandling. Illeris (2012) har laget en læringsmodell hvor læring ses som en samspillsprosses mellom kognitive, psykodynamiske og sosiale prosesser.



Figur 3: Læringsmodellen til Illeris (2012).

Dimensjonene *innhold* og *drivkraft* avspeiler individnivå. Innhold handler om det som skal læres mens drivkraft omhandler den enkeltes motivasjon, følelser og vilje. Dimensjonen *samspill* beskriver et omgivelsesnivå og dreier seg om handling (praksis), kommunikasjon og samarbeid. I samspillet mellom individ og omgivelser søker det enkelte individ å oppnå en akseptabel sosial og samfunnsmessig integrasjon, samtidig med at det skjer en individuell sosial utvikling.

Didaktikk

Betegnelsen didaktikk refererer til undervisningslære og didaktiske spørsmål handler om den pedagogiske virksomhetens *hva, hvorfor og hvordan* (Brataas 2011). Didaktikken sier noe om nødvendige overveielser knyttet til pedagogisk virksomhet og hvordan disse henger sammen. Det finnes ulike didaktiske modeller som kan brukes for å planlegge undervisning. De består i stor grad av de samme elementene; kontekst og rammer, målgruppe, mål, innhold, metoder og vurdering (evaluering). [Den didaktiske relasjonsmodellen](#) tar utgangspunkt i seks gjensidig avhengige elementer som er vesentlige når man planlegger undervisning (Hiim, Hippe 2009, NK LMH). Den didaktiske modellen som benyttes i denne håndboken er en modifisert utgave av den didaktiske relasjonsmodellen (begge modeller er omtalt og illustrert i kapittel 1, s. 5). Brosjyren *Kort og godt om hvordan utvikle kurs i helsepedagogikk* er et didaktisk verktøy for å utvikle kurs i helsepedagogikk, men kan også brukes til utvikling av lærings- og mestringskurs (Henriksen, Hvinden 2019).

Metode og arbeidsform

Det finnes ikke én løsning når det gjelder pedagogisk metode eller arbeidsform i møte med brukere, pasienter og pårørende. Valg av metode og arbeidsform avhenger *alltid* av formålet og målene med aktiviteten. Handler det om at brukerne skal nå bestemte kunnskapsmål og eventuelt hvilke? Eller handler målene om å håndtere praktiske ferdigheter, vanskelige følelser eller mestre sosial deltakelse? Målene styrer valg av metoder og arbeidsform. Hvilke metoder er det nødvendig å beherske for å være en god helsepedagog, og hvilke muligheter og begrensninger innebærer ulike metoder? Nedenfor beskrives kort hva som ligger i utvalgte metoder. Beskrivelsene er et supplement til det som står i kapittel 4.2, og har fokus på metoder som brukes i tilbud til brukere, pasienter og pårørende. Aktuelle verktøy som kan benyttes finner du på mestring.no.

Informasjon

Juridiske føringer vektlegger at helsepersonell har plikt til å informere pasienter og pårørende og at de samme gruppene har rett til å motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2). Ordet informasjon beskrives ofte som enveis formidling av fakta eller opplysninger. I helsetjenesten er det imidlertid vanlig å tenke mer dialog og medvirkning i forståelsen av begrepet informasjon enn det som ulike definisjoner opprinnelig inkluderer. Det ligger et ansvar på den som informerer å forsikre seg om at mottakeren forstår den informasjonen som gis (ibid). Det er viktig å ta høyde for mottakerens helsekompetanse (les mer om helsekompetanse i håndbokens elektroniske utgave). Informasjonsbrosjyrer og informasjonsfilmer benyttes også som verktøy for å informere, i tillegg til informasjon gitt ansikt-til-ansikt, individuelt og i gruppe.

Undervisning og veiledning

Undervisning er et samlebegrep for ulike læringsaktiviteter som skal støtte opp under læring og læringsprosesser. I all undervisning må formålet være tydelig, samt hvem som definerer målene. Når det handler om undervisning i helse- og omsorgstjenesten er det viktig at brukere, pasienter og pårørende selv sier noe om hva som er viktig for dem å få undervisning om og til hvilke tidspunkter. Det er også av betydning å etterspørre hva de mener er gode metoder og verktøy i ulike undervisningssituasjoner.

Veiledning kan defineres som en «formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten 2008). En som veileder innen helse bistår, gjennom sin faglige innsikt og holdning, en person i å definere egne utfordringer og få kunnskap og ferdigheter til å håndtere disse. Veiledning forutsetter gode kommunikasjonsferdigheter hos veilederen. Det er viktig at det etableres en god relasjon mellom partene. Sentralt i all helseveiledning er at veilederen etter beste evne forsøker å finne ut hvor den andre er i sin lærings- og endringsprosess (ibid).

Målet med både veiledning og undervisning er at mestringskompetansen styrkes gjennom oppdagelse og læring. Forskjellen kan relateres til hvordan målet nås. Undervisning er tradisjonelt styrt av at den som underviser i stor grad planlegger og gjennomfører ut fra egne vurderinger. I lærings- og mestringsvirksomhet har imidlertid brukermedvirkning en stor plass i undervisningssammenheng. Veiledning handler, i større grad enn i undervisning, om å møte den andre der den er og høre hva hans eller hennes behov er. Veilederen kan ikke i samme grad planlegge innholdet da veiledningen tar utgangspunkt i brukerens behov. Medvirkning og brukeren som aktiv og ekspert på seg selv er sentralt. Veilederen skal ikke først og fremst gi svar, men hjelpe den andre til selv å finne svar. Dette kan bidra til mestring. Det finnes ulike teoretiske tilnærminger til veiledning, noe som har betydning for hvordan veiledningen benevnes og praktiseres (Tveiten 2013). Både undervisning og veiledning kan foregå individuelt eller i gruppe. Les mer om ulike former for veiledning i vedlegget til håndboken.

Erfaringsdeling

Erfaringsdeling fremheves som viktig for utbyttet av lærings- og mestringstilbud. Utbyttet er ikke alene knyttet til læring, men også til sosial tilhørighet og det å treffe andre som forstår hvordan man har det. Selvorganiserte selvhjelpsgrupper og likepersonstilbud bygger primært på erfaringsdeling. I gruppebaserte lærings- og mestringstilbud kan det legges 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. Brukerfortellinger er en form for erfaringsdeling. Les mer om erfaringsdeling i kapittel 4.2.

Brukerfortellinger (narrativer)

Fortellinger står sentralt i menneskers liv. Ifølge narrativ teori er det å tenke og handle ut fra ens egne historier grunnleggende hos oss mennesker (White 2006). Det er en prosess som skaper mening i tilværelsen vår og er med på å bygge vår identitet. Å fortelle er å dele opplevelser og gjøre egne erfaringer tilgjengelige for andre. Les mer om bruk av fortellinger i kapittel 4.2.

Fortellinger benyttes ofte når det handler om lærings- og mestringstilbud i grupper. Deltakere på kurs oppgir at de har stor nytte av å høre andres fortellinger om hvordan de håndterer sine helseutfordringer. En brukerfortelling kan ta utgangspunkt i en beskrivelse av en konkret og betydningsfull begivenhet eller hendelse. Gjennom refleksjon og diskusjon kan fortellingen bli noe mer enn kun en historie som blir fortalt. Fortellingen kan brukes som innledning til diskusjoner eller for å rette oppmerksomheten mot temaer som for eksempel nyttige mestringsstrategier, smarte tips for god energiøkonomisering eller hverdagslivet med for eksempel kols. Fortellinger kan bidra til å gi andre personer i samme situasjon et nytt perspektiv på egen situasjon. De kan bidra til kontakt med egne erfaringer, både smertefulle og gledelige, og de kan bidra til at man ser at fremtiden innebærer både håp og visse realiteter.

Å benytte brukernes fortellinger forutsetter god planlegging, både for å ivareta de som skal dele sine erfaringer og opplevelser, og for at fortellingene skal treffe de som deltar på et lærings- og mestringstilbud. Kursleder og brukerrepresentanter må diskutere hvilke erfaringer som er relevante i den konkrete kurskonteksten og hvordan historien skal fortelles.

Motiverende samtaler

[Motiverende samtale \(MI\)](#) er en brukersentrert samtalemetode som har til hensikt å øke indre motivasjon for endring ved å utforske og løse ambivalens (Helsedirektoratet 2017c). Det er en systematisk og mye brukt kommunikasjonsform i arbeid med mennesker i endringsprosesser. Samarbeid er vesentlig og i samtalen bistår veileder med å utforske motivasjonskreftene hos bruker. Det legges vekt på at det finnes ressurser og endringspotensial og at fagpersonens oppgave er å legge til rette for at disse ressursene kan

utløses. Motivasjonssamtalens verdigrunnlag er samarbeid og autonomi hos brukeren, og det bygger på antakelsen om at mennesker i større grad følger opp de endringsmålene de selv formulerer og forsvare. Samtalepartneren skal lokke frem endring og ikke gi råd uten å bli bedt om det.

Rådgivning

Begrepet rådgivning brukes i mange sammenhenger. Å gi råd til noen betyr å legge føringer for og bestemme retning for den andre, noe som ikke nødvendigvis er i samsvar med veiledning og brukermedvirkning. Det kan bety å fortelle noen hva vi synes de bør gjøre, tenke, mene, tro og kanskje føle. Noen ganger er det på sin plass å gi råd, men de bør i hovedsak gis når andre ber om dem, og da gjerne i form av forslag. Hvis vi ønsker råd fra andre, medvirker vi gjennom å be om råd. Fagpersoner i helse- og omsorgstjenesten har tradisjonelt god trening i å gi andre råd. I lærings- og mestringsvirksomheten er man generelt mer opptatt av et ressurs- og mestringsfokus heller enn problemfokus, og da er rådgivning mindre aktuelt.

Grupper som metode i lærings- og mestringsarbeid

Mye lærings- og mestringsvirksomhet foregår i grupper på ulike arenaer; i sykehusavdelinger, lærings- og mestringssentre, frisklivssentraler, rehabiliteringsenheter med mer. Grupper synes velegnet innen helse- og omsorgsfeltet (Heap 2005) og kan som metode bidra til å få fram deltakernes ressurser på en god måte. Lærings- og mestringsstilbud i gruppe er imidlertid ikke en god løsning for alle, ei heller i alle sammenhenger. Mange har, av ulike grunner, behov for individuelle opplegg, enten som et supplement eller et alternativ til grupper.

Grunntanken ved grupper er at medlemmene både kan hjelpe seg selv og hverandre gjennom å dele følelser og informasjon, sammenligne holdninger og erfaringer og støtte hverandre i å eksperimentere, ta risiko og jobbe med endring. Gjennom å utvikle personlige forhold seg imellom kan gruppen utveksle ideer, forslag, løsninger og gi hverandre motforestillinger (ibid). Nettverket i en gruppe preges gjerne av jevnbyrdighet, sammenlignet med helsetjenestens hierarkiske tradisjon. En godt fungerende gruppe preges av inngående forståelse for og identifikasjon av hverandres livssituasjoner.

Gruppeprosessen er en hovedressurs når man arbeider med grupper. En god gruppeprosess forutsetter samarbeid og at det utvikler seg personlige forhold mellom deltakerne i gruppen. Gruppelederen har som oppgave å utnytte gruppedynamikk og fremme engasjement og deltakelse i gruppen slik at gjennomføringen ikke preges av forelesning og tradisjonell medisinsk informasjon. En viktig funksjon er å anerkjenne og stimulere de muligheter og ressurser som er innebygget i selve gruppesituasjonen. Det kan oppleves som en utfordring for gruppeprosessen (og gruppelederen) hvis enkelte deltakere enten er svært dominerende eller helt tause. Som gruppeleder må man finne en balanse mellom å stimulere til deltakelse og styre prosessen. Først og fremst er det en god ide å formulere et klart formål for gruppen og et ønske om at alle erfaringer kommer frem og er like viktige. Opplever det at noen tar for stor plass kan gruppelederen vise til dette ønsket og på en vennlig måte forsøke å invitere tause deltakere til å delta. Jo mindre gruppen er, jo større sjanse er det for at tause deltakere får mot til å bidra. Opplever man likevel dominerende adferd som er destruktiv for gruppeprosessen, må man som gruppeleder adressere det mer direkte. Øving og erfaring fra praksis er nødvendig for å bli en god gruppeleder. 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. Les mer om gruppeprosesser og gruppeledelse i vedlegget til håndboken.



Lesetips:

- Bang S, Heap K (1999). *Skjulte ressurser. Om veiledning i grupper*. Universitetsforlaget.
- Berge T (2019). *Tankens kraft: En kognitiv tilnærming*. Nettressurs hentet ut 25. mars 2019. <https://www.kognitiv.no/selvhelp/tankens-kraft-en-kognitiv-tilnaerming/>
- Christiansen B (red) (2013). *Helseveiledning*. Gyldendal. Oslo.
- Heap K (2005). *Gruppet metode for sosial- og helsearbeidere*. 5.utgave. Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Helsedirektoratet (2017c). *Motiverende intervju*. Nettressurs hentet ut 25.mars 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>
- Hiim H, Hippe E (2006). *Praksisveiledning i lærerutdanningen*. En didaktisk veiledningsstrategi. Gyldendal akademisk. Oslo.

- Hinrichsen EK (2012). *Håndbog til lærings- og mestringsuddannelser*. Erfaringsviden og faglig viden hånd i hånd. Århus: Region Midtjylland, CFK. Folkesundhet og Kvalitetsudvikling.
- Illeris K (2012). [Læring](#). Gyldendal Akademisk. Oslo
- Tveiten S (2013). *Veiledning – mer enn ord*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Vråle GB (2015). *Veiledning når det røyner på*. Gyldendal akademisk. Oslo.
- Ulleberg I (2014). *Kommunikasjon og veiledning: en innføring i Gregory Batesons kommunikasjonsteori- med historier fra veiledningspraksis*. Universitetsforlaget
- Vågan A mfl. (2018). *Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring- og mestring innen helse*. Fagrapport 1/2018, NK LMH.

4.2 Metoder og arbeidsform ved kurs i helsepedagogikk

Denne delen handler om metoder og arbeidsform i relasjon til kurs i helsepedagogikk. Å velge passende metoder og arbeidsformer når dere gjennomfører kurs i helsepedagogikk er viktig, da det er med på å bestemme hvilken form for utbytte (kunnskap, ferdighet eller holdning) som blir gjort mulig for deltakerne. Valg av metode og arbeidsform gjenspeiler hvordan vi forstår læring og hvordan vi lærer. Man kan likevel ikke gå direkte fra en generell og teoretisk læringsteori til en konkret og praktisk metode eller arbeidsform. Pettersen (2005) nevner i stedet tre undervisningsmetaforer (overførings-, tilegnelses- og deltakermetaforen) som er inspirert av ulike teorier og presenterer deretter syv prinsipper for læring knyttet til de siste to metaforene. Prinsippene er:

- 1) Aktivering av tidligere erfaring, kunnskap og kompetanse
- 2) Fokus på utvikling av fleksible og funksjonelle kunnskapsbaser
- 3) Utvikling av metakognitiv kompetanse og selvregulert læring
- 4) Undervisning og læring med utgangspunkt i problemsituasjoner og kognitive konflikter
- 5) Læring og undervisning knyttet til autentiske oppgaver og kontekster
- 6) Læring og undervisning med vekt på deltakelse, utfordring og støtte
- 7) Læring og undervisning med fokus på artikkelasjon, rikholdighet og elaborering.

Disse prinsippene ligger til grunn når vi i fortsettelsen beskriver generelle didaktiske anbefalinger samt muligheter, begrensninger og utfordringer ved ulike metoder.

Å velge passende metoder og arbeidsformer er et didaktisk anliggende, der noen metoder og arbeidsformer passer bedre til noen mål enn andre. Valg av metoder må understøtte formålet og de konkrete målene for det enkelte kurs best mulig. Valg av metoder avhenger også av kontekst og rammer og i særdeleshet av den konkrete målgruppen. Det er viktig at kursledere og andre som underviser er fortrolige med de metodene som brukes. Noen ganger kan det være nødvendig å styrke kompetansen knyttet til bruk av spesielle metoder i forkant av kurs.

Fordi kurs i helsepedagogikk er svært ulike med hensyn til både kontekst og rammer (målgruppe, kursledere, tid, økonomi, lokaler) og konkrete mål, kan det ikke direkte generaliseres anbefalinger fra et konkret kurs til et annet (Tveiten mfl. 2016). Ved valg av metoder må man derfor være oppmerksom på hvilke muligheter og begrensninger som er tilstede innen de gitte rammene, hva som kjennetegner den konkrete konteksten og hvilke metoder som passer for å nå konkrete mål.

En kartlegging av kurs i helsepedagogikk ved landets lærings- og mestringssentre viser at de fleste som arrangerer kurs i helsepedagogikk kombinerer tradisjonell undervisning og forelesning med praksisnære og deltakersentrerte arbeids- og undervisningsformer som for eksempel gruppearbeid, ulike typer praktiske øvelser og refleksjonsoppgaver (Vågan, Nøren 2015). Dette samsvarer med funn i studien av Tveiten mfl. (2016), som vektlegger integrering av teori og egenaktivitet, mulighet for refleksjon og erfaringsdeling og det å få både forståelse og ferdigheter som kan bidra til endret praksis. En metode som også blir nevnt er bruk av fortellinger fortalt av brukerrepresentanter med evne til å bidra med erfaringer på en generalisert måte (ibid). I en litteraturoppsummering knyttet til hvordan styrke kompetansen for å støtte egenmestring (self-management) blir det brukt en kombinasjon av mange metoder (Duprez mfl. 2017). Teoretisk undervisning og presentasjon kombineres med interaktive metoder som rollespill, refleksjon, diskusjon og individuell tilbakemelding på øvelser og ferdigheter.

Nedenfor beskrives noen generelle didaktiske anbefalinger som er relevante for kurs i helsepedagogikk, og som bør overveies når dere skal utvikle et kurs i helsepedagogikk. Muligheter og begrensninger ved utvalgte metoder og arbeidsformer løftes frem.

Generelle didaktiske anbefalinger

- **Tilpass metoder og arbeidsformer til formål og mål** (som igjen er tilpasset praksisoppgavene)

Kunnskapsmål: Tradisjonelle undervisningsformer som presentasjoner og tavleundervisning passer godt for kunnskapsmål. Tilpass også disse til deltakernes behov og forutsetninger. Gi rom for spørsmål og at deltakerne kan relatere stoffet til egne erfaringer og egen praksis.

Ferdighetsmål: Det krever øvelse å utvikle ferdigheter. Øvelser bør relateres til de helsepedagogiske oppgaver deltakerne har i sin praksis.

Holdningsmål: Gruppediskusjoner, refleksjonsoppgaver og erfaringsutveksling egner seg godt på holdningsmål.

- **Tilpass metoder og arbeidsformer til kontekst og rammer**

Valg av metode avgjøres også av kontekst og rammer. Faktorer som for eksempel antall deltakere, kursledere/undervisere, lokaler, økonomi og tid har betydning for hva som lar seg realisere.

- **Tilpass metoder og arbeidsformer til tid på dagen**

Teoritunge elementer kan med fordel plasseres tidlig på dagen hvor konsentrasjonen ofte er best, mens det kan være en fordel med mer deltakeraktiverende former sist på dagen. Vær også oppmerksom på at det kan oppstå en viss trøtthet etter lunsj.

- **Variér mellom ulike metoder og arbeidsformer**

Uansett tid på dagen er det hensiktsmessig å variere mellom ulike metoder. Variasjon skaper økt oppmerksomhet, skjerper deltakernes konsentrasjon og imøtekommer deltakernes ulike preferanser og ulike måter å lære på.

- **Husk pauser**

Det er forskjell på hvor lenge man kan konsentrere seg, derfor er det viktig å legge inn pauser. Pauser gir muligheter for å bevege kroppen, og det er ofte i pauser at deltakerne får muligheter for å dele erfaringer på egne premisser og danne viktige relasjoner, som kan benyttes senere som nettverk.

- **Aktivér deltakerne på ulike vis**

Uansett hvilken metode som velges er det en fordel å aktivere deltakerne da dette påvirker læringspotensialet i positiv retning. Aktivering kan for eksempel være å be deltakerne om å diskutere spørsmål med sidemannen eller lage små refleksjonsoppgaver.

- **Inkludér fortellinger**

Forfortellinger er individuelle historier som inkluderer fortellerens beskrivelse av opplevelser med utfordringer så vel som suksessopplevelser. Fortellinger er en god måte å få fokus på og gjøre levende den praksis som kurset relaterer seg til. Den muliggjør at deltakerne får tilgang til relevante erfaringer og kan potensielt virke både motiverende og bidra til holdningsendring.

- **Skap rom for praksisnære øvelser**

Teori og kunnskap om helsepedagogikk og kommunikasjon og tilknyttede metoder og verktøy er ikke tilstrekkelig for å utvikle helsepedagogisk kompetanse, trening må til. Kunnskap må settes i relasjon til den enkeltes praksis og ferdigheter må øves. Simuleringstrening med rollespill er en effektiv og sikker metode for læring og utvikling av praktiske kommunikasjonsferdigheter innen helsefeltet.

- **Gi alltid tilbakemelding på øvelser**

Øvelser bør ikke stå alene. For å få mest mulig ut av øvelser kreves tilbakemelding og refleksjon. Ved felles tilbakemeldinger er det potensiale for læring og refleksjon så vel hos mottaker som hos de som gir og de som lytter til tilbakemeldingene.

- **Skap rom for refleksjon og erfaringsdeling**

Refleksjon er en nødvendig faktor for å kunne relatere ny kunnskap til egen praksis og egne erfaringer. Refleksjon kan bidra til nye handlingsalternativer og dermed utvikling av helsepedagogisk praksis og helsepedagogisk kompetanse. Å dele og diskutere erfaringer med andre gir muligheter både for økt praksiskunnskap og for utvidet forståelse. I kursevalueringer nevner deltakerne ofte erfaringsdelingen som et viktig utbytte.

- **Lag en oppfølgingsdag til kurset**

Hvis rammene tillater det, er det nyttig å lage en oppfølgingsdag til kurset. Det skaper en fin mulighet for deltakerne til å teste ut noe av det de har lært og som de kan dele med hverandre. Det kan også gjøres ved å ha flere dager, eller uker, mellom de enkelte kursdagene og ha hjemmeoppgaver mellom dagene.

- **Ta opp forventninger ved kursstart**

Gjennom å ta opp deltakernes forventninger ved kursstart kan man sikre seg at de har realistiske forventninger til kurset fra start av. Samtidig kan man, om det er mulig, forsøke å imøtekomme behov og forventninger som ikke umiddelbart var tenkt inn i kurset fra start, men som lar seg implementere.

Muligheter, begrensninger og utfordringer ved ulike undervisningsmetoder

Presentasjon

Presentasjon er en god metode når man skal formidle kunnskap. Læringspotensialet i en presentasjon avhenger imidlertid av hvor relevant kunnskapen er for deltakerne og deltakernes helsepedagogiske praksis. Det er derfor viktig å tilpasse innholdet i en presentasjon til deltakerne. Hvis man på forhånd ikke har tilstrekkelig kunnskap om deltakernes behov eller kunnskapsnivå, kan det være nyttig å spørre om dette ved kursstart, slik at man kan forsøke å treffe riktig nivå. Det er også viktig å gi deltakerne mulighet for å stille spørsmål, enten løpende eller til slutt. Holder man en ren teoretisk presentasjon er det en god ide å aktivere deltakerne gjennom for eksempel å be dem diskutere hvordan det teoretiske kan relateres til praksis eller inkludere små oppgaver underveis. En typisk utfordring for de som underviser er at man gjerne vil videreformidle for mye kunnskap på kort tid. Fordi det er begrenset hvor mye man som deltaker kan huske fra teoretiske presentasjoner, er det viktig at man er tydelig på hvilke budskap man vil at deltakerne skal ha med seg og formidler det enkelt og tydelig. Ofte må man formidle ting enklere enn man kanskje er komfortabel med, og man må ikke være redd for å gjenta viktige poenger.

Dialog

Dialog er ikke en rendyrket metode i seg selv, men dialog og diskusjon er viktige elementer med hensyn til læringspotensialet i mange sammenhenger. Når man inviterer til dialog, er det viktig å være tydelig og konkret på hva som skal diskuteres. Dialog og diskusjon kan foregå både to og to, i mindre grupper og i plenum. Mulighetene ved dialog to og to og i små grupper er at flere kan være aktive, men begrensingen er at den som underviser har mindre overblikk over hva som blir diskutert. Foregår dialogen i plenum har den som underviser større mulighet for å holde fokus i dialogen, men må samtidig styre en gruppeprosess hvor noen ofte vil være mere aktiv og dominerende enn andre. En annen begrensning ved dialog

i små grupper er at ikke alle deltakere får høre alt. Det er derfor hensiktsmessig å be deltakerne om å oppsummere i plenum hovedpoenger fra det som ble diskutert. Også etter plenumsdiskusjoner er det nyttig å oppsummere hovedpoengene i diskusjonen.

Refleksjon

Refleksjon er et mangetydig begrep med ulike teoretiske røtter (Klemp 2013). Det finnes en rekke refleksjonsmodeller og verktøy. I en dagligdags forståelse av begrepet assosieres det med å tenke, men det faglige begrepet strekker seg ut over dette ved å henvise til en bestemt metakognitiv prosess (Sanders 2009). I en pedagogisk kontekst kan det forenklet forstås som evnen til å vurdere sine praksiserfaringer i tilknytning til ny kunnskap. Når man reflekterer over opplevelser eller hendelser kan det avdekke nye læringsbehov og behov for ny kunnskap. Kritisk refleksjon går enda lengre ved også å relatere opplevelsen eller hendelsen til egne holdninger, verdier og antakelser. Lykkes man med denne type refleksjon, kan det føre til nye handlinger og ny praksis. Kritisk refleksjon kan imidlertid innebære sterke følelser og reaksjoner for den enkelte da det også kan føre til endringer i ens selvoppfattelse (ibid). Denne type refleksjonsprosess egner seg derfor best sammen med en veileder eller mentor. I en kurskontekst må man være bevisst på at undervisningen ikke bør nærme seg en terapeutisk form. Det er derfor viktig å benytte veldefinerte refleksjonsøvelser, enten øvelsen er muntlig, skriftlig, individuell, i gruppe eller i plenum. Refleksjon kan utfordre ens selvforståelse og sårbarhet, og det krever både evne og motivasjon for å kunne se kritisk på egen praksis (ibid). Hos noen vil det derfor kunne vekke motstand. Det er viktig å definere formålet med øvelsene klart og bruke tydelige refleksjonsspørsmål. Samtidig er det viktig med et godt og trygt læringsmiljø der man blir motivert til nysgjerrighet og ingen føler seg avkledd (Dahl, Alvsvåg 2013). Den som underviser, må finne en god balanse mellom å være utfordrende og å være støttende (Klemp 2013, Sanders 2009). Å utforske hverandres praksis, reflektere i fellesskap og diskutere alternative løsninger sammen kan gi stor gevinst. For å gjøre situasjonen mindre følsom, kan man benytte skriftlige case eller ta utgangspunkt i en film. Mange profesjoner anser evnen til refleksjon som en del av det å være profesjonell, noe som innebærer at man som profesjonell kan og må utvikle seg over tid (Klemp 2013, Dahl, Alvsvåg 2013). Dette gjelder ikke minst for å bli en god helsepedagog.

Erfaringsdeling

Erfaringsdeling er heller ikke en metode som sådan, men en viktig faktor når det gjelder å utvide deltakernes kunnskap og forståelse og bidra til refleksjon over egen praksis. Deltakere kan lære mye av å dele erfaringer. Som tidligere skrevet er erfaringsdeling ofte noe som verdsettes høyt av kursdeltakere ifølge kursevalueringer. Erfaringsdelingen kan ta ulike former. Det kan for eksempel være en del av en dialog, enten i plenum eller mindre grupper, det kan være en del av et gruppearbeid, en konkret øvelse eller det kan ta form som egentlige brukerfortellinger. Man kan også formalisere erfaringsdeling ved å la deltakerne intervju hverandre. Det kan være en god ide å legge til rette for å danne nettverk med mål om erfaringsdeling, noe som deltakerne kan ha stor glede av i etterkant av kurs. Les mer om betydningen av erfaringsdeling i lærings- og mestringskurs i kapittel 4.1, tema 6.

Bruk av fortellinger (narrativer)

Fortellinger er en form for erfaringsdeling med relevans for fremtidig praksis. Det er viktig å være oppmerksom på hvilke fortellinger som er relevante og hvem som kan formidle sin historie på en god måte. Relevante fortellinger kan virke svært motiverende, mens fortellinger som ikke er relevante kan virke svært demotiverende på kursdeltakere (Tveiten mfl. 2016). I kurs i helsepedagogikk er det aktuelt med to ulike typer av fortellinger: 1) fortellinger fra fagpersoner og brukerrepresentanter med hensyn til utvikling og gjennomføring av lærings- og mestringstilbud og 2) brukerfortellinger fra pasienter eller pårørende som har deltatt på lærings- og mestringstilbud. Fagpersoner og brukerepresentanter kan bidra med å fortelle om egne erfaringer både utfordringer og suksessopplevelser knyttet til utvikling, etablering og gjennomføring av kurs. Når det gjelder pasient- eller pårørendefortellinger, er det viktig å forberede vedkommende på hvilke erfaringer som er relevante i den konkrete kurskontekst og hvorvidt de representerer seg selv eller en gruppe. Det at brukerfortellinger i sakens natur er subjektive er både metodens mulighet og begrensning. Det kan derfor være en fordel å velge ut brukere som kan formidle sin egen erfaring generalisert og fra et metaperspektiv (Tveiten mfl. 2016). Man må imidlertid være oppmerksom på at læring knyttet til brukerrollen kan påvirke fortellingen i den grad at det kan diskuteres hvorvidt det fortsatt er brukerens egen fortelling. Et alternativ er å engasjere flere brukere som kan bidra med ulike erfaringer og synspunkter.

Gruppearbeid

Gruppearbeid betegner en metode der deltakere blir aktivert i mindre eller større grupper med konkrete oppgaver eller diskusjoner som mål. For at et gruppearbeid skal fungere er det viktig med veldefinerte oppgaver og tydelig oppgaveinstruksjon. Som underviser må man huske å sikre seg at deltakerne forstår hva oppgaven går ut på. Mulighetene ved gruppearbeid er at det kan stimulere til dialog, diskusjon, erfaringsdeling og refleksjon. Begrensningene er at et velfungerende gruppearbeid også er avhengig av gruppedynamikk, om alle bidrar på lik linje og om noen er mer aktive eller dominerende enn andre. Fungerer ikke gruppedynamikken, kan det bli en utfordring med hensyn til metodens læringspotensialer. Man kan som kursleder velge å bruke litt tid i de enkelte gruppene og forsøke å invitere til at de mindre aktive får sagt noe. Det er fordeler og ulemper forbundet med å beholde samme grupper eller danne nye grupper i løpet av et kurs. Hvis man beholder samme grupper kan det skapes trygghet blant medlemmene i velfungerende grupper, mens det motsatte er tilfelle om grupper ikke fungerer. Dannes nye grupper, skapes nye dynamikker på godt og vondt og nye erfaringer møtes.

Praktiske øvelser og tilbakemelding

Når målet er å utvikle nye ferdigheter, er praktisk øvelse essensielt (Duprez mfl. 2017, Kloster, Granum 2009). Det handler både om øvelser på selve kurset og det å få øve på det man har lært på kurset i sin egen praksis. Øvelser bør rette seg mot praksisnære oppgaver og tar ofte utgangspunkt i ulike innholdselementer i kurset. Det kan handle om å teste ut modeller, redskaper eller verktøy. Hvis man presenterer didaktiske modeller på kurset, kan det være nyttig å la kursdeltakere jobbe med utvikling av et eget kurs og presentere dette på kurset. Det gir muligheter for å få tilbakemeldinger fra både andre deltakere og fra kursholdere. Det kan også være en fin hjemmeoppgave hvis kursets rammer tillater det.

De redskaper og verktøy som presenteres på et kurs bør det også gis muligheter for å øve på. De kan enten testes ut i grupper der kursdeltakere får mulighet til både å øve på rollen som helsepedagog eller erfare hvordan det er å være i brukerens sted. Det kan også gjøres i plenum hvor noen kursdeltakere deltar aktivt i selve øvelsen i sentrum av lokalet, mens resten av deltakerne sitter i en ring og observerer øvelsen eller rollespillet og gir tilbakemeldinger senere. Fordelen med øvelser i plenum er at alle får mulighet til å lære av

andres erfaringer, men ulempen er at ikke alle får mulighet til å delta aktivt i øvelsen selv. Uansett valgte metode er det viktig at rammene for øvelsen er tydelige, og at kursleder er med på å styre gjennomføringen. Det er ekstra viktig å ha klare rammer for rollespill da overspill av roller kan medføre lite hensiktsmessige utfordringer for andre rolledeltakere.

Avhengig av type øvelser vil enten erfaringsdeling omkring øvelsen, forskjellige former for tilbakemelding eller målrettet feedback være relevant. Tilbakemeldinger kan være mer eller mindre strukturerte og mer eller mindre dialogbaserte. Strukturerte tilbakemeldinger som vurdering av spesifikke ferdigheter kalles i den internasjonale litteraturen ofte for feedback. Det kan være et stort læringspotensial i å la kursdeltakere gi hverandre feedback. Samtidig kan det også for noen være vanskelig både å skulle gi og motta feedback og for noen kan det føles litt som en eksamenssituasjon. Både læringspotensialet og opplevelsen av å gi og motta feedback avhenger av *hvordan* feedback blir formidlet. Det er ulike modeller og råd i forhold til hvordan best gi feedback i spesifikke situasjoner og hvordan sikre seg at feedbacken baserer seg på faglige vurderinger heller enn subjektive meninger og holdninger, samt hvordan sikre seg at mottakeren lærer noe (Newman mfl. 2018, Ramani, Krackov 2012). Generelt kan man si at det er viktig å ha tydelige kriterier for hvordan dette skal gjøres og å formidle dette til kursdeltakerne før de eventuelt gir feedback til hverandre. For å kunne gi strukturert feedback, må man definere hva god praksis er. Hvis det eksempelvis handler om kommunikasjon, må man ha definert kriterier for hva god kommunikasjon er i den øvelsen som skal gjennomføres. Dette er en forutsetning for å kunne gi feedback basert på faglige vurderinger fremfor subjektive holdninger av hva som er viktig. For å gjøre det mer håndterbart kan man lage en sjekkliste av punkter som de som observerer kan ha fokus på. Ellers er generelle råd at man kun gir feedback på ting som kan endres, at man unngår å gi feedback på bakgrunn av egne tolkninger, men i stedet gir feedback på konkret adferd. En god start kan være å beskrive den adferd man har observert, for deretter å begrunne eventuelle konsekvenser av dette. Hvis feedback er basert på subjektive holdninger, bør det komme tydelig frem. Det kan være både fordeler og ulemper ved å la den som får feedback starte med å vurdere seg selv. Fordelen er at noen selv vil komme inn på ting som var vanskelige, og at det derfor er enklere å ta det opp når man gir feedback. Ulempen kan være at noen har vanskeligheter med å vurdere seg selv.



Lesetips:

- Tveiten S (2016). [Helspedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring.](#) Fagbokforlaget.
- Pettersen RC (2005). *Kvalitetslæring i høgere utdanning – Innføring i problem- og praksisbasert didaktikk.* Universitetsforlaget
- Illeris K (2012). *Læring.* Gyldendal Akademisk. Oslo

5. Hvordan gikk kurset i helsepedagogikk?

Dette kapitlet handler om hvordan kurs i helsepedagogikk kan evalueres. Ulike metoder for evaluering av kurs i helsepedagogikk beskrives, inkludert vurdering av deltakernes utbytte. Styrker og svakheter ved ulike metoder beskrives. Kapitlet avsluttes med anbefalinger for praksis. Kapitlet tar ikke for seg evaluering av lærings-og mestringstilbud for brukere, pasienter og pårørende eller vurdering av deres utbytte. Det kan du lese mer om på mestring.no.

5.1 Hensikt med evalueringen

Kurs i helsepedagogikk bør alltid evalueres med sikte på kvalitetsutvikling. Det kan handle om å få tilbakemeldinger på deltakernes tilfredshet med kursprogrammets innhold og arbeidsform, hvordan deltakerne vurderer eget utbytte av kurset og om den praktiske gjennomføringen av kurset. All evaluering og vurdering av utbytte gjøres med sikte på å gjøre nødvendige justeringer for senere kurs. Samarbeidet mellom brukerrepresentanter og fagpersoner bør også evalueres.

5.2 Ulike metoder

De fleste som holder kurs i helsepedagogikk evaluerer kursene både skriftlig og muntlig gjennom egenutviklede spørreskjemaer (Nøren, Vågan 2015). Bruk av standardiserte instrumenter for å rapportere utbytte eller måle effekt i etterkant av kurs er ikke vanlig praksis.

Spørsmål som en kursevaluering ønsker å besvare er:

- Var deltakerne fornøyde?
- Var nivået passe?
- Hvordan fungerte programmet?
- Hvordan fungerte prioriteringen av innholdet?
- Hvordan fungerte arbeidsformen?
- Hva var deltakerne viktigste utbytte?

Ved valg av evalueringsform er det viktig å vurdere hva man vil ha svar på, hva dataene skal brukes til og tiden man har til rådighet for å bearbeide data.

Muntlig evaluering i gruppen underveis og etter kurs

Muntlig evaluering underveis og etter endt kurs er den metoden som er minst tidkrevende i forhold til bearbeiding av data, men det tar verdifull tid fra selve kurset. Det er en uformell metode som med fordel kan benyttes systematisk etter hver kursdag for å få bekreftelse på at man er på rett spor, eventuelt om det er behov for å gjøre justeringer. Innspill bør møtes konstruktivt og diskuteres, og en må være oppmerksom på muligheten av motstridende innspill på bakgrunn av deltakernes ulike personlige preferanser. En av fordelene ved å la deltakerne gi tilbakemeldinger etter hver kursdag, er at de har ferskt i minne hva som faktisk har hendt. Det kan gjøres mer eller mindre strukturert, enten ved å la kursdeltakerne uttale seg om dagen generelt eller be dem forholde seg til de enkelte elementene. En ulempe ved metoden er at ikke alle er komfortable med å komme med innspill. Det kan kompenseres for ved å gjøre innspill frivillig og kombinere det med individuell skriftlig evaluering. Ønsker man å få innblikk i deltakernes utbytte, kan man ta en runde der alle deltakere blir bedt om å fortelle hva som var mest nyttig ved kursdagen eller hele kurset.

Skriftlig evaluering via spørreskjema

Ved skriftlig evaluering er det viktig at alle spørsmål formuleres så utvetydig som mulig, slik at man vet hva man får svar på. Kursdeltakerne kan for eksempel vurdere relevans og tilfredshet knyttet til innholds- og metodeelementene på en karakterskala fra 0 til 10, eller gjennom kategorier som varierer fra «lite relevant» til «svært relevant». På denne måten kan man se hvordan enkelte elementer blir vurdert. Det vil imidlertid ikke gi en forklaring på høy eller lav poengsum. Det er derfor hensiktsmessig å legge til noen åpne spørsmål. Åpne spørsmål starter med spørreord som hva, hvorfor og hvordan og gir svar som er mer beskrivende. Svar på åpne spørsmål er vanskeligere å bearbeide, men gir mer informasjon enn opptellinger i seg selv. Se eksempel på et skriftlig spørreskjema i brosjyren *Kort og godt om utvikling av kurs i helsepedagogikk* (Henriksen, Hvinden 2019). Man kan legge til spørsmål som adresserer deltakernes vurderinger av eget utbytte.

Bruk av elektroniske evalueringsskjemaer

Skriftlig evaluering kan med fordel gjennomføres elektronisk. Fordelen er at bearbeiding av data er enklere. Ulike instrumenter kan tilpasses og brukes, for eksempel [Questback](#) eller [easyQuest](#) (kan forutsette kjøp av lisens). Skjemaene kan sendes til deltakerne rett etter avsluttet kurs.

Vurdering av utbytte og læringsmål (utfallsmål)

Selvrapportert utbytte benyttes mye i forbindelse med evaluering av ulike former for kurs, selv om det har sine svakheter. Det er en tendens til at selvrapportert utbytte, for eksempel tilegnelse av bestemte ferdigheter, overvurderes av deltakerne (Duprez mfl. 2017). Det er andre metoder som er bedre egnet hvis man ønsker en mer presis vurdering. Diverse øvelser med tilbakemelding på selve kurset gir et tydeligere innblikk i deltakernes faktiske ferdigheter og har dessuten et stort læringspotensiale. Les mer om øvelser og tilbakemelding i kapittel 4.1. Enda mer presist blir evaluering av utbytte hvis man benytter videoopptak fra reelle praksissituasjoner. Slike muligheter foreligger imidlertid ikke så ofte, med mindre det handler om forskningsprosjekter.

Intervju (individuelle og fokusgruppe)

Dette er metoder som ikke brukes så ofte i tilknytning til vanlig kursevaluering, men mer for å samle data i en forskningssammenheng. De blir derfor ikke utdypet her.

Evaluering av samarbeidet (prosessevaluering)

Samarbeidet mellom fagpersoner og brukerrepresentanter i utviklingen og gjennomføringen av kurset bør evalueres med tanke på kvalitetsforbedring. Dette kan foregå som en refleksjon mellom brukerrepresentanter og fagpersoner både underveis og i etterkant av gjennomført kurs eller det kan foregå via skriftlige spørreskjema.

5.3 Oppsummering og anbefalinger

Kurs i helsepedagogikk bør alltid evalueres med sikte på kvalitetsutvikling. Valg av metode må ta utgangspunkt i hva som er hensikten med evalueringen, samt hva som er styrker og svakheter ved de ulike metodene. Bruk av muntlig evaluering (enkeltvis eller i grupper), skriftlige spørreskjemaer og øvelser med tilbakemelding på selve kurset er aktuelle metoder.

- Evalueringens hensikt og metode (mål og middel) bør diskuteres og besluttet under planleggingen av kurset.
- Kursevalueringen kan (bør) inneholde spørsmål knyttet til
 - Selve innholdet og arbeidsformene i kurset
 - Den praktiske gjennomføringen av kurset
 - Deltakernes egenrapporterte utbytte av kurset
- Samarbeidsprosessen knyttet til utvikling og etablering av kurset bør evalueres

6. Kursbeskrivelse: Kurs i helsepedagogikk

Innledning

I dette siste kapitlet av håndboken presenteres en kursbeskrivelse av et konkret fem dagers kurs i helsepedagogikk. Kurset bygger på kunnskapsgrunnlaget og anbefalingene i håndboken. Kursbeskrivelsen er et eksempel på bruk av rammeverket i brosjyren *Kort og godt.. om utvikling av kurs i helsepedagogikk* (Henriksen, Hvinden 2019).

Målgruppen for kurset er tverrfaglig helse- og omsorgspersonell og brukerrepresentanter som driver lærings- og mestringsvirksomhet i sykehus og kommuner. Læringsmålene omfatter både kunnskap, ferdigheter og holdninger. Kursbeskrivelsen henvender seg, til forskjell fra håndboken ellers, direkte til aktuelle kursdeltakere.

Kursbeskrivelse for et kurs i helsepedagogikk på fem dager.

Brukere, pasienter og pårørende har rett til å få informasjon, undervisning og veiledning som fremmer helse og livskvalitet. Fagpersoner i helse- og omsorgstjenesten skal møte brukerens behov for å mestre ulike helseutfordringer. Lærings- og mestringsvirksomhet, forstått som informasjon, undervisning og veiledning, skal støtte personer i å håndtere utfordringer og gjøre endringer som fremmer helse og forebygger sykdom og skade. Kompetanse i helsepedagogikk er vesentlig for å møte brukerens behov for disse tjenestene.

Innholdet i kurset er relatert til yrkespraksis og det gis muligheter for erfaringsutveksling og øvelser med tilbakemelding. Undervisnings- og læringsaktivitetene er praksisorienterte. De relaterer seg til de konkrete oppgavene som gjennomføring av ulike lærings- og mestringstilbud innebærer.

Kursdeltakere

Deltakere på kurset er tverrfaglig helse- og omsorgspersonell og brukerrepresentanter som driver lærings- og mestringsvirksomhet i sykehus og kommuner.

Formål og mål

Formålet med kurset er å videreutvikle og styrke deltakernes kompetanse som gode helsepedagoger og bidra til at de opplever tilstrekkelig trygghet til å gjennomføre lærings- og mestringstilbud til brukere, pasienter og pårørende.

Målene er at deltakerne:

- Kan redegjøre for sentrale begreper og temaer innen helsepedagogikk
- Kan redegjøre for viktigheten av relasjonens og samspillet betydning når det handler om læring og mestring innen helse
- Kan legge til rette for lærings- og mestringsvirksomhet med utgangspunkt i den enkeltes behov og forutsetninger
- Kan planlegge lærings- og mestringstilbud i grupper
- kan anvende ulike pedagogiske metoder og arbeidsformer både i individuelle møter og i grupper
- Kan anerkjenne brukernes erfaringskunnskap og praktisere sidestilt samarbeid

Innhold og undervisningsformer

Alle samlingene er lagt opp etter samme mal. De består av ett eller to hovedtemaer med aktuelle undertemaer. Dagens tema og undertemaer introduseres og presenteres av kurslederne eller andre som har kunnskap om temaene. Undervisningsformer og læringsaktiviteter på kurset er varierte, med en kombinasjon av presentasjoner, dialog, erfaringsdeling, øvelse med tilbakemelding og refleksjon.

Program

Dag 1 Kl. 09 – 15.30	Tema: Lærings- og mestringspraksis	Form/arbeidsmåte
09.00 – 10.30	Velkommen og introduksjon til kurset Hva er en god helsepedagog? Forventningsavklaring	Bli-kjent aktivitet Individuell oppgave og plenum
	Pause	
10.45 – 11.30	«Pasientens helsetjeneste» • Hva er læring og mestring og hvor foregår det? • Føringer for virksomheten og oppgavene våre • Mestringsfokus og ressursorientering ved tap og endring • Hvordan bidra til å styrke helsekompetanse	Presentasjon, dialog og erfaringsutveksling
11.30 – 12.00	Lunsj	
12.00 – 12.30	Mitt møte med helsetjenesten	Erfarings-/brukerinnlegg
	Pause	
12.45 – 13.30	Brukermedvirkning • Hva? • Hvorfor? • Hvordan?	Film og presentasjon
	Pause	
13.45 – 14.30	Brukerkompetanse og ulike brukerroller • Hvordan legge til rette for medvirkning? • Hvordan gjøres i stand til å medvirke og samhandle? • Hvordan praktisere samspill mellom fagpersoner og brukerrepresentanter?	Samtale mellom brukerrepresentant og fagperson
	Pause	
14.45 – 15.30	Refleksjonsoppgave til neste dag Evaluerings	Presentasjon Muntlig og skriftlig evaluering

Dag 2 Kl. 09 – 15.30	Tema: Relasjonskompetanse, verdier og holdninger	Form/arbeidsmåte
09.00 – 09.45	Tanker om gårsdagen Refleksjonsoppgave	Refleksjon og dialog Gjennomgang og diskusjon
	Pause	
10.00 – 11.30 Inkl. pause	Verdier og holdninger - Betydningen av tillit og gode relasjoner - Hvordan imøtekomme behov for tilknytning, kompetanse og selvbestemmelse	Presentasjon, dialog, erfaringsutveksling og film
11.30 – 12.00	Lunsj	
12.00 – 13.15 Inkl. pause	Kommunikasjon - Hva kjennetegner god kommunikasjon? - Hvordan trene opp gode kommunikasjonsferdigheter? - Ulike kommunikasjonsmodeller og metoder	Presentasjon, dialog, erfaringsutveksling og øvelser
	Pause	
13.30 – 14.30	Å etablere og lede grupper	Presentasjon, dialog og erfaringsutveksling
	Pause	
14.45 – 15.30	Refleksjonsoppgave til neste dag Evaluering	Presentasjon Muntlig og skriftlig evaluering

Dag 3 Kl. 09 – 1530	Tema: Læring, didaktikk og metode	Form/arbeidsmåte
09.00 – 09.45	Tanker om gårsdagen Refleksjonsoppgave	Gjennomgang
	Pause	
10.00 – 11.30 Inkl. pause	Læring som fenomen Å legge til rette for læring i en helsekontekst – individuelt og i grupper	Presentasjon, dialog og erfaringsutveksling
11.30 – 12.00	Lunsj	
12.00 – 13.00	Bruk av didaktiske modeller for å utvikle lærings- og mestringstilbud	Presentasjon, film og dialog
	Pause	
13.15 – 14.15	Ulike pedagogiske tilnærminger, metoder og verktøy	Erfaringsutveksling, øvelser
	Pause	
14.30 – 15.30	Oppgave til dag fem, fra egen praksis Evaluering og oppsummering	Presentasjon Muntlig og skriftlig evaluering

Dag 4 Kl. 09 – 1530	Tema: Å støtte opp under mestrings- og endringsprosesser	Form/arbeidsmåte
09.00 – 10.00	Mestring • Hva er mestring? • Hvordan forstår vi mestringsprosesser?	Presentasjon, aktivitet og dialog
	Pause	
10.15 – 11.30 Inkl. pause	Mestringsressurser, mestringsstrategier og verktøy for å støtte mestringsprosesser	Presentasjon, samtale mellom brukerrepresentant og fagperson, refleksjon og øvelse
11.30 – 12.00	Lunsj	
12.00 – 13.00	Endring og endringsprosesser • Hvordan fremme motivasjon?	Presentasjon, dialog og refleksjon
	Pause	
13.15 – 14.15	Strategier og verktøy for å støtte endringsprosesser	Presentasjon, dialog, refleksjon og øvelse
	Pause	
14.30 – 15.30	Opplegg for siste dag Evaluering	Presentasjon Muntlig og skriftlig evaluering

Dag 5 09 – 1530	Tema: Med ståsted i egen praksis og veien videre	Form/arbeidsmåte
09.00 – 09.45	Forberedelse til framlegg fra egen praksis	Gruppearbeid
	Pause	
10.00 – 11.30 Inkl. pause	Eksempler på bruk av ulike metoder i lærings- og mestringstilbud i gruppe	Gruppeframlegg, dialog og tilbakemelding
11.30 – 12.00	Lunsj	
12.00 – 13.00	Fortsettelse av eksempler	Gruppeframlegg, dialog og tilbakemelding
	Pause	
13.15 – 14.15	Veien videre • Har kurset gitt noen nye ideer til egen praksis? • Hvordan kan en didaktisk modell brukes i planlegging, gjennomføring og evaluering? • På hvilken måte kan erfarne brukerrepresentanter bidra inn i tilbudene?	Refleksjon, dialog og erfaringsdeling

	Pause	
14.30 – 15.30	Ble forventningene til kurset innfridd? Evaluering Avrunding av kurset	Muntlig og skriftlig evaluering

Organisering og praktisk informasjon

Kurset er et tilbud ved sykehusets lærings- og mestringssenter og har plass til 16-20 deltakere fra sykehus, kommuner og brukerorganisasjoner. Det har to erfarne kursledere (navn).

Kurset er gratis og det gis et deltakerbevis i etterkant av kurset. Dette forutsetter tilstedeværelse ved 80 % av de totale kurstimene.

Tid: Kurset går over fem dager, fra kl. 0900 til kl. 1530, tre påfølgende dager i første uke, deretter to dager etter 2-3 uker.

Sted: Sykehusets lærings- og mestringssenter (adresse og veibeskrivelse).

Evaluering: For å utvikle kvaliteten på dette kurset, trenger vi din tilbakemelding. Vi vil spørre deg om å gi en evaluering av hver kursdag, samt delelementer med hensyn til innhold og form. Siste dag vil du få anledning til å evaluere hele kurset samlet. Vi antar at det skjer mye læring og kompetanseutvikling gjennom praksisutøvelse i etterkant av kurset, derfor er dette en enkel evaluering.

Litteraturliste

- Aas KH (2007). [Utvikling av relasjonskompetanse - «Det er vanskelig å sette ord på det, men det ligger liksom i bakhodet ett eller annet sted»](#). *Nordisk sosialt arbeid*. 01/2007 (Volum 27)
- Aldring og helse (2019). *ABC-opplæring*. Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse. Nettressurs hentet ut 17. juni 2019. <https://www.aldringoghelse.no/abc/>
- Ambrosio L 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
- Andreassen, TA (2018). Service user involvement and repositioning of healthcare professionals: A framework for examining implications of different forms of involvement. *Nordic welfare research*, årgang 3, nr. 1-2018, S. 58–69.
- Andreassen TA (2005). [Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser](#). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Antonovsky A (2012). [Helsens mysterium. Den salutogene modellen](#). Gyldendal Akademisk. Oslo
- Bang S, Heap K (1999). [Skjulte ressurser. Om veiledning i grupper](#). Universitetsforlaget. Oslo.
- Berge T (2013). *Tankens kraft*. Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2014/11/Tankens-kraft.pdf>
- Berge T, Fjerstad E (2016). [Lev godt med sykdom](#). Gyldendal. Oslo
- Bjørndal B, Lieberg S (1978). [Nye veier i didaktikken?](#) Aschehoug Forlag. Oslo.
- Bolsø JO, Conradsen S (2015). *Samhandling om læring og mestring i Midt-Norge*. En kvalitativ beskrivelse av kompetanse og kompetansebehov i kommuner i regionen. Rapport. Ressurs for opplæring av pasienter og pårørende i Midt-Norge (ROPP).
- Brataas H (red) (2011). [Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentret sykepleie på ulike arenaer](#). Gyldendal. Oslo.
- Bronfenbrenner U (1995). *Developmental ecology through space and time: A future perspective* (pp. 619-647). I Moen P, Elder GH (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development*. Washington DC: American Psychological Association.
- Brudal L (2014). *Empatisk kommunikasjon. Et verktøy for menneskemøter*. Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Brøbecher H, Delmar C (2007). [Det relationelle møte og relasjonskompetanse](#). *Klinisk sykepleie*. 01/2007 (Volum 21).
- Byrne mfl. (2017). Deficiencies in postgraduate training for healthcare professionals who provide diabetes education and support: results from the Diabetes attitudes, wishes and needs. [\(DAWN2\) study](#). *Diabet Med*. 2017 Aug;34(8): 1074-1083.
- Christiansen B (red) (2013). [Helseveiledning](#). Gyldendal. Oslo.
- Dahl H, Alvså H (2013). Å fremme studenters evne til refleksjon – en pedagogisk utordning *Uniped årgang 36 3/2016, p 42-45*

- Dalland O (2010). [Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere](#). Revidert utgave. Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Davies F, Wood F, bullock A, Wallace C, Edwards A (2018). Shifting mindsets: a realist synthesis of evidence from self-management support training. *Medical Education*, 2018: 52: 274-287
- Deci EL, Ryan RM (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the selfdetermination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11 (4), 227-268.
- Deci EL, Ryan RM (2017). *Self-Determination Theory. Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. Guilford Press.
- Duprez V mfl. (2017). The effectiveness of interventions to enhance self-management support competencies in the nursing profession: a systematic review. [Review]. *Journal of Advanced Nursing*. 73(8):1807-1824, 2017 Aug.
- Eide H, Eide T (2017). [Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk](#). Gyldendal. Oslo.
- Findsen B, Formosa M (2011). *Geragogy. Kapittel 9. I Lifelong Learning in Later Life*. A handbook on Older Adult Learning. Sense Publishers. London.
- Folkehelseinstituttet (2015). *Modell for kvalitetsforbedring*. Nettressurs hentet ut mars 2019. <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Gee M mfl. (2017). Rapid realist review of the evidence: achieving lasting change when mental health rehabilitation staff undertake recovery-oriented training. Rapid realist review. *Journal of Advanced Nursing*. 73(8):1775-1791, 2017 Aug.
- Gjørund P, Huseby R (2015). [To eller flere... Basiskunnskaper i gruppepsykologi](#). Cappelen Damm. Oslo..
- Granum V, Halse K (2011). [Pasientundervisning krever kunnskap](#). *Sykepleien fagutvikling*.
- Gulbrandsen P (2008). [God kommunikasjon – også for legens skyld!](#) *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2008; 128, 2840-2
- Gulbrandsen P og Finset A (2014). [Skreddersydde samtaler - en veiledning i klinisk kommunikasjon](#). Gyldendal akademisk. Oslo
- Heap K (2005). *Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere*. 5.utgave. Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Helse Bergen (2019). Lærings- og mestringssenteret. Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://helse-bergen.no/avdelinger/forskings-og-utviklingsavdelinga/fag-og-utdanning/lerings-og-meistringssenteret#for-brukarrepresentantar>
- Helsedirektoratet (2015). [Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinerende enhet](#).
- Helsedirektoratet (2017a). *Brukermedvirkning*. Nettressurs hentet ut mars 2019. fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet (2017b). *Pårørendeveileder*. Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>

- Helsedirektoratet (2017c). *Motiverende intervju*. Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>
- Henriksen AH, Hvinden K (2019). *Kort og godt.. om hvordan utvikle kurs i helsepedagogikk*. Brosjyre, NK LMH.
- Hiim H, Hippe E (2009). *Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere*. Gyldendal. Oslo.
- Hinrichsen EK (2012). [Håndbog til Lærings- og mestringsuddannelser. Erfaringsviden og faglig viden hånd i hånd](#). Kapittel 4 og 8. Århus; Region Midt-Jylland, CFK. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. DK:
- HOD: 2019: [Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019-2023](#). Kode: I-1188 B
- HOD: NOU 16/2018: [Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlige finansierte tannhelsetjenester](#).
- HOD: NOU 22/2001. [Fra bruker til borger](#). En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer.
- HOD (2001a). Lov om spesialisthelsetjeneste (spesialisthelsetjenesteloven). Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- HOD (2001b). Lov om helsepersonell (helsepersonelloven). Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- HOD (2001c). Lov om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) . Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- HOD (2012a). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- HOD (2012b). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Holmgren A (2010). [Fra terapi til pædagogik – en bruksbok i narrativ praksis](#). Hans Reitzels Forlag. DK.
- Hughes S mfl. (2017). The experience of facilitators and participants of longterm condition self-management group programmes: A qualitative synthesis. *Patient Education and Counseling* 100 (2017) 2244–2254
- Humerfelt K (2012). *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan - anerkjennelse og krenkelse*. Norsk teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim.
- Hvinden K (2011). *Etablering av lærings- og mestringssentra – historie, grunnlagstenkning, innhold og organisering*. I Lerdal A og Fagermoen MS (red), Gyldendal. Oslo.
- Illeris K (2012). [Læring](#). Gyldendal Akademisk. Oslo
- Imsen G (2013). [Hva er pedagogikk?](#) Universitetsforlaget. Oslo.
- Johnsen K (red), Engvold HO (red) (2013). [Klinisk kommunikasjon i praksis](#). Universitetsforlaget. Oslo.

- Klemp T (2013). Refleksjon – hva er det, og hvilken betydning har den i utdanning til profesjonell lærerpraksis? *Uniped*, årgang 36, 1/2013 p. 42-58
- Klinge L (2016). Lærerens relationskompetence er en nødvendig innovativ kompetence. Tema: Innovation og uddannelse. *Tidsskrift for professionsstudier* 23.
- Klinge L (2018). *Relasjonskompetanse*. Århus Universitetsforlag. DK.
- Kloster H, Granum V (2009). [Lærer å formidle kunnskap](#). Fagutvikling, Sykepleien.
- Knudsen BT mfl. (2012). *Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes premisser*. Aarhus: Region Midtjylland, CFK. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.
- Larsen K (red) (2005). *Arkitekturens krop og læring. En antologi om rum og artefakters betydning for handling og læring*. Hans Reitzels Forlag. DK.
- Langeland E (2011). *Salutogene samtalegrupper: En arena for økt mestring og velvære*. I Lerdal A og Fagermoen, MS (red): *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Gyldendal. Oslo.
- Langley G mfl. (2009). *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. 2nd ed. San Francisco: Jossey Bass Publishers; 2009.
- Lawn S mfl. (2009). What skills do primary health care professionals need to provide effective self-management support? Seeking consumer perspective. *Australian Journal of Primary Health*, 2009, 15, 37-44.
- Lawn S, Battersby M (2009). *Capabilities for supporting prevention and chronic condition self-management: A resource for educators of primary health care professionals*. Flinders University, Adelaide: Australian Government Department of Health and Ageing. ISBN 1-74186-584-
- Lazarus RS, Folkman S (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company. New York.
- Lerdal A, Fagermoen MS (2011). *Teoretiske modeller for læring og mestring*. I Lerdal A og Fagermoen MS (red): *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Gyldendal. Oslo.
<https://www.gyldendal.no/Faglitteratur/Sykepleie/Sykepleiefaget/Laering-og-mestring>
- Litand AS, Rommetveit M (2018). [Utvikling av relasjonskompetanse hos studenter ved master i klinisk sykepleie, spesialisering helsesøster](#). *Nordisk sygeplejeforskning* 02/2018 (Volum 8).
- Martinsen K (2000). *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Malloch S, Trevarthen C (2009). *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship*. Oxford University Press. New York.
- Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende (2019). [BarnsBeste](#). Nettressurs hentet ut juni 2019.
<https://sshf.no/helsefaglig/kompetansetjenester/barnsbeste>
- Nichols J mfl. (2018). [A Canadian Cross-Sectional Survey on psychosocial support for adults living with type 1 or 2 diabetes: Health care providers' awareness, capacity and motivation](#). *Canadian J Diabetes* 2018 Aug; 42(4):389-394

- Newman L, Roberts DH, Frankl SE (2018). Twelve tips for providing feedback to peers about their teaching. *Medival Teacher*.
- NK LMH (2010). *Veileder til kompetanseheving innen helsepedagogikk* (justert 2018). Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://mestring.no/helsepedagogikk/kompetanseheving/veileder2010/>
- NK LMH (2013). *Kompetansehevingsprogrammet Treff meg!* Nettressurs hentet ut mars 2019. <https://mestring.no/umm/kompetanseheving/>
- NK LMH (2013a). *Helsepedagogikk*. Revidert 2018. Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/helsepedagogikk-2/>
- NK LMH (2013b). *Helsebegrepet*. Revidert 2018. Nettressurs hentet ut mars 2019. <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/helse/>
- NK LMH (2013c). *Mestring*. Revidert 2018. Nettressurs hentet ut mars 2019. <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/mestring/>
- NK LMH (2013d). *Empowerment – egenkraftmobilisering*. Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/egenkraftmobilisering/>
- NK LMH (2014). *Lovgrunnlag og sentrale føringer*. Revidert 2019. Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/lovgrunnlag-sentrale-foringer/>
- NK LMH (2017). Filmer om brukarmedvirkning, rekruttering og honorering av brukerrepresentanter. Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://mestring.no/nytt-verktoy-brukarmedvirkning-praksis/>
- NK LMH (2018). *Om brukarmedvirkning*. Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://mestring.no/helsepedagogikk/brukarmedvirkning/>
- NK LMH (2018a). *Rekruttering av brukerrepresentanter*. Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://mestring.no/helsepedagogikk/brukarmedvirkning/rekruttering/>
- NK LMH (2018b). *Den didaktiske relasjonsmodellen*. Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://mestring.no/helsepedagogikk/pedagogisk-tilnaerming/didaktisk-relasjonsmodell/>
- NK LMH (2018c). *Pedagogiske verktøy*. Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://mestring.no/helsepedagogikk/verktoy/>
- Nutbeam D (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine* 67(12): 2072-2078.
- Nøst T mfl. (2016). Expectations, effect and experiences of an easily accessible self-management intervention for people with chronic pain: study protocol for a randomized controlled trial with embedded qualitative study. *Trials*. 2016;17:325.
- Pettersen RC (2005). *Kvalitetslæring i høgere utdanning. Innføring i problem- og praksisbasert didaktikk*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Pettersen KS, Jenum (2014). Hva betyr lav «Health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien Forskning*.

<https://sykepleien.no/forskning/2014/10/hva-betyr-lav-health-literacy-sykepleiernes-helsekommunikasjon>

- Presseboks. [Praksisveilederen i skolen](https://praksisveilederen.pressbooks.com/chapter/kapittel-8-aktiv-lytting/). Nettressurs hentet ut 25.mars 2019.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992). In search of how people change. Applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- [Pårørendesenteret Stavanger](http://www.parorendesenteret.no/hjem). Nettressurs hentet ut juni 2019
- Qureshi NA (2009). *Kultursensitivitet i profesjonell yrkesutøvelse*. I Eide, K mfl. (red.) (2009). Over profesjonelle barrierer – Et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge. Gyldendal akademisk. Oslo.
- Ramani S, Krackov SK (2012). Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Medical Teacher*. 34: 787-791
- Rise MB (2012). *Lifting the veil from user participation in clinical work – What is it and does it work?* Avhandling til PhD-graden, NTNU 2012:86. Trondheim.
- RK PPO (2014). *Helsepedagogikk i våre helseforetak*. [Rapport Helsepedagogikk 2014/06](#). Regionalt nettverkskompetansesenter for læring og mestring, Helse Sør-Øst.
- Sanders J (2009). [The use of reflection in medical education](#): AMEE Guide NO. 44, *Medical teacher*, 2009; 685-695
- Sandvik B, Hvinden K (2017). [Mestringstreff. Håndbok for etablering av et diagnoseuavhengig lærings- og mestringstilbud](#). Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH).
- Skau GM (2017). [Gode fafolk vokser. Personlig kompetanse i møte med mennesker](#). 5.utgave. Cappelen Damm Akademisk. Oslo.
- Slåtteland N (2014). [Helsekommunikasjon og digitale medier](#). Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Stenberg U, Krogseth T, Mirkovic J, Kristjánsdóttir OB, and Ruland C (2015). *The power of personal strengths in chronic illness management*. Presentation at National Friskliv, Læring og Mestringkonferanse, November 2015. (conference presentation)
- Stenberg U, Haaland-Øverby M, Fredriksen K, Westerman KF, Kvisv T (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 Educ Couns* 2016; 99(11):1759–1771.
- Stenberg U, Vågan A, Flink M, Lynggaard V, Westermann KF, Galleforss F (2018). [Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature](#). *Patient Educ Couns* 2018; 101(6):1006-1035
- Strøm A (2010). *Samarbeid i Lærings- og mestringssenteret – brukermedvirkning og makt*. Avhandling for PhD-graden, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Oslo.

- Strøm A, Fagermoen MS (2014). User involvement as sharing knowledge – an extended perspective in patient education. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2014;7:551-9.
- Svavarsdottir MH (2016a). [Competence development in patient education: The perspective of health professionals and patients with experience in patient education in cardiac care](#). Doctoral thesis, NTNU 2016:13. Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie. Trondheim.
- Svavarsdottir MH, Sigurdardottir AK, Steinsbekk A (2016b). [What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease](#). *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2016.
- Svavarsdottir MH, Sigurdardottir AK, Steinsbekk A (2016c). [Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals](#). *European journal of cardiovascular nursing journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2016;15(1):55-63.
- Svavarsdottir MH, Sigurdardottir AK, Steinsbekk A (2015). [How to become an expert educator: a qualitative study on the view of health professionals with experience in patient education](#). *BMC Med Educ*. 2015;15:87.
- Tveiten S (2013). [Veiledning – mer enn ord](#). Fagbokforlaget. Bergen.
- Tveiten S (2016). [Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring](#). Fagbokforlaget. Bergen.
- Tveiten S mfl. (2016). Hva karakteriserer et godt kurs i helsepedagogikk? En fokusgruppeundersøkelse med bruker som medforsker. *Nordisk sykeplejeforskning* 2016; Volum 6(4)s. 327-341.
- Ulleberg I (2014). [Kommunikasjon og veiledning: en innføring i Gregory Batesons kommunikasjonsteori- med historier fra veiledningspraksis](#). Universitetsforlaget. Oslo.
- Henriksen JO, Vetlesen AJ (2006). *Nærhet og distanse*. 3.utgave. Gyldendal. Oslo.
- Vifladdt, E, Hopen L (2013). *Pasientopplæring. Kompetanse – veivalg – lederskap*. Kolofon forlag. Oslo.
- Vråle GB (2015). [Veiledning når det røyner på](#). Gyldendal akademisk. Oslo.
- Vågan A, Nøren T (2015). [Kartlegging av helsepedagogiske tilbud i spesialisthelsetjenesten](#). Notat 1/2015, NK LMH.
- Vågan A, 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. NK LMH Notat 2/2016.
- Vågan A (2016). [Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring](#). *Sykepleien Forskning*. 2016, 11.
- Vågan A mfl. (2018). [Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse](#). Fagrapport NK LMH 1/2018.
- White M (2006) *Narrativ teori*. Hans Reitzel Forlag. DK.

- Zoffmann V (2004). Guided Self-Determination: A Life Skills Approach Developed in Difficult Type 1 Diabetes, PhD-rapport, Department of Nursing Science, University of Aarhus, 2004. DK.