

# Håndbok i helsepedagogikk

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

## Vedlegg

## Innholdsfortegnelse

<b>Helsekompetanse (Health literacy)</b>	<b>4</b>
<i>Kulturell sensitivitet og kulturell kompetanse</i>	6
<b>Livsfaser, alder og læring</b>	<b>9</b>
<i>Barndom: Barn vil erobre sin verden</i>	9
<i>Ungdom: Unge vil finne seg selv</i>	10
<i>Voksen alder: Voksne vil leve sitt liv</i>	10
<i>Den modne alder: Modne voksne søker mening og harmoni</i>	11
<b>Pårørende i lærings- og mestringstilbud</b>	<b>12</b>
<i>Barn og unge som pårørende</i>	14
<b>Relasjonskompetanse: Kjennetegn og betingelser</b>	<b>15</b>
<b>Mestringsprosessen</b>	<b>18</b>
<i>Salutogen forståelse av helse og mestring</i>	21
<b>Den transteoretiske modellen</b>	<b>24</b>
<b>Ulike modeller for kommunikasjon</b>	<b>26</b>
<i>Empatisk kommunikasjon</i>	26
<i>Fire gode vaner – for god kommunikasjon</i>	26
<i>Motiverende samtale</i>	27
<i>Guidet Egen-Beslutning (GEB)</i>	28
<b>Veiledning</b>	<b>30</b>
<i>Klientsentrert veiledning</i>	30
<i>Gestaltveiledning</i>	30
<i>Løsningsfokusert veiledning (LØFT)</i>	31
<i>Helsecoaching</i>	31
<b>Gruppeprosesser og gruppeledelse</b>	<b>32</b>
<i>Gruppeprosesser og gruppeledelse</i>	33

## Helsekompetanse (Health literacy)

«Helsekompetanse» er den norske oversettelsen av det engelske begrepet *health literacy*. I Helse- og omsorgsdepartementets *Strategi for å øke kompetansen i befolkningen 2019–2023* defineres 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).

Helsekompetanse har betydning for hvordan man håndterer ulike livssituasjoner:

- som bruker av helse- og omsorgstjenesten
- som person med økt risiko for å utvikle sykdom
- som frisk person som skal forholde seg til helsefremmende informasjon og helsefremmende tiltak som handler om å opprettholde og bevare funksjon

Høy helsekompetanse kan betraktes som en ressurs når man skal tilegne seg og forholde seg til all den helseinformasjonen som finnes omkring oss i samfunnet. Det å ha lav helsekompetanse kan på den andre siden betraktes som en form for risiko. Man kan snakke om tre ulike nivåer av helsekompetanse (Pettersen 2019):

1. «Funksjonell helsekompetanse» (*Functional health literacy*) innebærer å ha ferdigheter til å kunne forstå skriftlig og muntlig helseinformasjon. Forståelse av innholdet krever grunnleggende kunnskap om menneskekroppens oppbygning og funksjoner.
2. «Interaktiv helsekompetanse» (*Interactive health literacy*) innebærer å ha kommunikasjonsferdigheter til å kunne formidle og diskutere sitt helseanliggende med helsepersonell, samt selv å kunne oppsøke kilder til helseinformasjon. Det innebærer også at man kjenner til hvordan man kan anvende ulike instanser i helsetjenesten.
3. «Kritisk helsekompetanse» (*Critical health literacy*) innebærer å kunne kritisk evaluere og fornuftig anvende den helseinformasjonen man mottar. Det kan for eksempel innebære å ta informerte beslutninger omkring risikofaktorer knyttet til egen helse.

Personer med lav funksjonell helsekompetanse har utfordringer med å forstå den helseinformasjonen de får og kan for eksempel ha problemer med å forstå hvordan bruke en inhalator med astmamedisin. De vil også ha en begrenset kunnskap om menneskekroppen. Personer med lav interaktiv helsekompetanse har utfordringer med å finne fram til helseinformasjon og helsehjelp knyttet til for eksempel livsstilsendring og kommuniserer ofte dårlig med helsepersonell. Personer med lav kritisk helsekompetanse har utfordringer knyttet til å vurdere den informasjonen som foreligger, noe som kan føre til at de støtter seg på useriøse, ikke-vitenskapelig dokumenterte helsepåstander.

En persons helsekompetanse er erfarings- og situasjonsavhengig og knyttet til utdanning, men måten helseinformasjonen presenteres på er avgjørende. Det viser seg at informasjonsmateriell for brukere, pasienter og pårørende ofte er utformet på et høyere nivå enn mange faktisk befinner seg (Berkman mfl. 2011). Det er ofte en forskjell mellom det fagpersoner tror at pasienter forstår og det de faktisk forstår. Pasienter med lav helsekompetanse rapporterer oftere enn andre at de opplever å få dårlig behandling i helsetjenesten. De er også de som oftest er gjengangere. Dette gjelder særlig de som ikke er gode til å lese og skrive (lav funksjonell helsekompetanse). En av årsakene kan være at evnen til å uttrykke seg faglig om sitt helseproblem er mangelfull. Lav helsekompetanse er ellers assosiert med høy alder, lav utdanning, lav sosial klasse og etnisk minoritetsbakgrunn. Det er også assosiert med lite kunnskap om egen sykdom, mer bruk av helsetjenester, høyere innleggelsesrater, ukorrekt bruk av legemidler, dårligere helsestatus, sjeldnere bruk av forebyggende helsetjenester og høyere dødelighet hos eldre (Pettersen 2019).

I forbindelse med lærings- og mestringsaktivitet, både individuelt og i grupper, bør fagpersoner kartlegge brukernes helsekompetanse for å tilpasse informasjon, undervisning og veiledning. Dette forutsetter imidlertid kompetanse hos fagpersonene og tilpassede hjelpemidler. Det er utviklet standardiserte spørreskjemaer for å kartlegge personers helsekompetanse, men disse benyttes foreløpig primært innen forskning (ibid). Det er imidlertid behov for skjemaer som også kan anvendes i klinisk praksis.

I forhold til personer med lav helsekompetanse bør man bruke et enkelt språk og i større grad benytte visuelle hjelpemidler. Et viktig tips er å etterspørre hva de faktisk har forstått

gjennom å be dem fortelle med egne ord hva de har oppfattet. Metoden *Teach back* med tilhørende verktøy er utviklet for å kvalitetssikre at informasjon faktisk er forstått (McCarthy mfl. 2012). Metoden innebærer å be brukeren gjenfortelle eller vise hva han har oppfattet av det som blir sagt eller demonstrert. Forklar på nytt og bruk eventuelt alternative forklaringsmodeller på det budskapet som skal formidles. Les mer om *Teach back* på nettsiden [mestringforalle.no](http://mestringforalle.no) (RK PPO 2019).

## Kulturell sensitivitet og kulturell kompetanse

Innvandrere kan ha utfordringer med språk og lav helsekompetanse. Det siste kan forverres på grunn av kulturelle barrierer og økonomiske utfordringer (Kreps, Sparks 2008).

Helsepersonell må være sensitive for kulturelle ulikheter som har betydning når det handler om å formidle informasjon, undervise og veilede. Kultursensitivitet handler om å være bevisst og reflektere rundt kultur i arbeid med mennesker generelt og etniske minoriteter spesielt (Qureshi, 2009). Det handler om respekt og forståelse for andres verdier og unikheter. Å være kultursensitiv forutsetter at man anerkjenner hverandre som likeverdige, at man er bevisst sine egne holdninger og egen livshistorie og at man innhenter kunnskap om bakgrunnen til de man møter. Kultursensitivitet åpner for å forstå følelser, tanker, holdninger og handlinger til personer du møter (ibid). I Ingstad (2013, s. 117) beskrives en modell for utvikling av kulturell kompetanse i fire stadier:

- Kulturell bevissthet
  - at man blir bevisst sin egen kultur
  - utforske egne normer og verdigrunnlag
- Kulturell kunnskap
  - kunnskap om andre kulturer
  - pasientens kontekst/å se pasienten ut fra hans/hennes eget perspektiv
- Kultursensitivitet
  - viktigheten av å opparbeide en mellommenneskelig relasjon
  - vilje til å erkjenne, akseptere og respektere kulturelle forskjeller
- Kulturell kompetanse
  - å klare å omsette de tre tidligere stadiene i praksis og bruke dem i sin yrkesutøvelse

Kultursensitivitet er «Å vise forståelse for andres verdier og unikhhet – og å ivareta disse – er å utøve kultursensitivitet» (Qureshi 2009, s. 208). Kultursensitiv kommunikasjon stiller krav til involverte helsearbeidere, pasienter og pårørende. Den stiller krav om gjensidig deltakelse i en prosess der alle parter åpner seg, føler, ser og lytter etter likhetene i forskjellene, der de vurderer, revurderer, lærer og handler. En kultursensitiv tilnærming innebærer også at man fokuserer på hva i en bestemt situasjon som er kulturbetinget, hva som er allmennmenneskelig og hva som er individuelt.

Kulturelt kompetent helsearbeid kan beskrives som «helsearbeid der det utvises varhet overfor den variasjonsbredde man kan finne av menneskelige erfaringer og reaksjoner ut fra personlighet, utdanning, sosial og økonomisk situasjon, etnisitet og kulturbakgrunn» (Ingstad, 2013, s. 116).

### Referanser og lesetips

- Austvoll-Dahlgren A (2012). [Improving health literacy: identifying barriers and facilitators to people's ability to obtain health information, and the development and evaluation of an intervention to improve health literacy](#). PhD-avhandling. Universitetet i Oslo.
- Berkman N mfl. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine* 155(2): 97-U89.
- HOD (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. Strategi. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Health Literacy Place. Nettressurs fra NHS, hentet ut juni 2019. Scotland: <http://www.healthliteracyplace.org.uk>
- Ingstad K. (2013) [Sosiologi i sykepleie og helsearbeid](#). Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Joint Commission (2007). [«What Did the Doctor Say?»: Improving Health Literacy to protect Patient Safety](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/improving_health_literacy.pdf). [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/improving\\_health\\_literacy.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/improving_health_literacy.pdf)
- Kreps GL, Sparks L (2008). Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Educ Couns*. 2008 Jun; 71 (3):328-32.
- McCarthy DM mfl. (2012). What Did the Doctor Say? Health Literacy and Recall of Medical Instructions. *Med Care* 2012 Apr; 50(4):277-282 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3305916/>
- Pettersen KS, Jenum AK (2014). [Hva betyr lav «Health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon?](#) *Sykepleien Forskning*.
- Pettersen KS (2019). *Health literacy*. En oversikt. Presentasjon Rikshospitalet 5. mars 2019
- Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring Helse Sør-Øst (RK PPO 2019). Ressursside om *Teach back* mestringforalle.no. Nettressurs hentet ut mars 2019. <http://mestringforalle.no/teach-back/>

- 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.
- AMA Health Literacy Video - Short Version. Nettressurs hentet ut juni 2019.  
<https://www.youtube.com/watch?v=BgTuD7l7LG8>

## Livsfaser, alder og læring

Det finnes mange ulike antakelser når det gjelder hva som karakteriserer læring i ulike aldre. Noen teorier handler om ulike livsaldre som i større grad er bestemt av karakteristika ved en bestemt livsfase enn et konkret alderstrinn. I tillegg finnes det antakelser om hva som karakteriserer pedagogikk (barn og ungdoms læring), andragogikk (voksnes læring) og geragogikk (eldres læring). Noe av kritikken mot slike inndelinger er at fasene er for generelle og snevre og at flere karakteristika vil være felles for flere faser. Innen de ulike fasene vil det i tillegg være store individuelle forskjeller basert på for eksempel kultur, økonomi, utdanningsbakgrunn og personlighet. Samtidig er utgangspunktet primært kognitiv læring i en formell undervisningskontekst. Når det tas med at kulturelle og individuelle faktorer er viktige i møtet med folk i ulike aldre, er det også vesentlig kunnskap å hente i de generelle antakelsene. Nedenfor beskrives livsfaser etter Illeris (2012), sammenligning av antakelser om pedagogikk og andragogikk etter Knowles og geragogikk etter Finsden og Formosa (2011). Beskrivelsene gjelder læring generelt, ikke kun i en helsekontekst.

Med utgangspunkt i livsalderspsykologien beskriver Illeris (2012) fire ulike livsfaser basert på ulike livssituasjoner og livsperspektiver som antas å ha betydning for forskjellige typer motivasjon, læringsmuligheter og utdanningsinteresser. En eventuell femte fase; den egentlige alderdom, preget av massiv kognitiv svikt beskrives ikke av Illeris. Aldersgrensene er flytende mellom de enkelte faser. Det vil derfor kunne variere hvilken fase personer hører hjemme i, selv om de har samme alder. Gjennom fasene skjer en gradvis frigjøring fra at læringen er ytre bestemt til en gradvis økt individualisering av læringsinteressen og stigende ansvarlighet i forhold til hva man vil og ikke vil. Livsfasene er:

### Barndom: Barn vil erobre sin verden

(Fra fødsel til puberteten 11-13 år)

Barndommen er preget av enorme utvikling- og tilegnelsesprosesser. Ulike stadier for dette er blant annet beskrevet av teoretikere som Freud, Erikson og Piaget. Barns læring foregår i et samspill mellom den biologiske modningen og de ytre påvirkningene fra for eksempel primære omsorgspersoner, institusjoner og skole. Barn i dag har likevel flere valgmuligheter enn tidligere, og de påvirkes også av massemedier og sosiale medier med impulser som går



forut for deres erfaringsdannelse. På noen områder kan de være forut for voksne, eksempelvis når det gjelder kompetanse i bruk av informasjonsteknologi og sosiale medier.

Betydning for læring:

- Læring i barndommen er preget av assimilativ læring (læring som knytter seg til allerede eksisterende kunnskap).
- Den kognitive læringsevnen gjennom barndommen utvikles gradvis, og det må derfor tas hensyn til alderstrinn og forutsetninger.
- Barn generelt er grunnleggende innstilt på å la seg veilede av voksne i forhold til hva som skal læres og hvordan det skal læres. De kan likevel gjøre motstand hvis de ikke forstår meningen, men aksepterer ofte de voksnes forklaringer.

#### Ungdom: Unge vil finne seg selv

(Fra slutten av puberteten (11-13 år) til begynnelsen av voksen alder 20-35 år)

Perioden er preget av utvikling av relativt faste parforhold (eller bevissthet om at dette ikke ønskes), relativt faste skole-/arbeidsforhold og en noenlunde stabil identitet. Veldig mye skal læres faglig, følelsesmessig, sosialt og identitetsmessig. Håndtering av kjønnsmessige og seksuelle relasjoner kan medføre opp- og nedturer. Det stilles store krav til identitetsdannelse med umiddelbart mange valgmuligheter (utdanning, arbeid, partner, livsstil mm.) men også aktuelle begrensninger. Perioden kan derfor være preget av mer eller mindre kriseaktig utvikling av personlig identitet og selvforståelse.

Betydning for læring:

- Læring i denne periode er preget av akkomodasjon og transformasjon.
- Ungdom har ofte mer fokus på identitetsdannelse enn læring og skole og kan ha motstand mot ytre krav og mangel på konsentrasjon.
- Ungdom ønsker innflytelse på og medbestemmelse med hensyn til det som skal læres.
- Først mot slutten av denne perioden er vi fullt ut kognitivt utviklet.

#### Voksen alder: Voksne vil leve sitt liv

(Fra ungdomsperioden (20-35 år) til den modne alder (45-65 år))

Perioden er preget av orientering mot familie, arbeid og interesser. Den voksne tar ansvaret for eget liv. Voksne er målorienterte og selektive i forhold til læring, likevel er det ofte ut fra krav som for eksempel omstillingskrav fra arbeidsmarkedet. Voksne er derfor orienterte mot tiltak som støtter egen læring snarere enn tradisjonell undervisning.

Betydning for læring:

- Voksne lærer det de vil lære, det som er meningsfylt for dem å lære.
- Voksne tar det ansvaret for egen læring som de er interesserte i å ta (hvis de får anledning).
- Voksne er lite tilbøyelige til å engasjere seg i læring som de ikke kan se meningen med eller har noen interesse av .

#### Den modne alder: Modne voksne søker mening og harmoni

(Fra voksen alder til døden eller til kognitiv svekkelse inntreffer i vesentlig grad)

Den modne alder innebærer at man begynner å forholde seg til og akseptere at livet har en ende. Det er ikke samme målrettethet som i voksen alder og ytre krav kommer i bakgrunnen. Ved overskudd orienteres man heller mot mening og harmoni i tilværelsen og dermed kvalitative goder (som for eksempel kultur, sosiale aktiviteter eller det å være noe for andre gjennom frivillig arbeid). Det kan komme en viss kognitiv svekkelse i løpet av perioden.

Betydning for læring:

- Læringsvalg blir primært personlige og lystbetonte
- Det kan gå saktere når nye (eller ikke lystbetonte) ting skal læres
- Det kan være en tendens til at læring igjen er preget av et ønske om å innta en mer passivt konsumerende elevrolle
- Det sosiale elementet kan ha en betydning i seg selv

#### Referanser og lesetips

- Illeris K (2012). *Læring*. Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Finsen B, Formosa M (2011). *Lifelong Learning in Later Life – A Handbook on Older Adult Learning*. Sense Publishers. ISBN: 9789460916502

## Pårørende i lærings- og mestringstilbud

Å være pårørende kan innebære både utfordringer og dilemmaer. Pårørende har ofte behov for undervisning, veiledning og støtte, og helse- og omsorgstjenesten har plikt til å bistå med dette (Helsedirektoratet 2017, [kapittel 2](#)).

Pårørende defineres i Helsedirektoratets pårørendeveileder som:

**Pårørende generelt:** Nærstående voksne og barn i livet til pasienten eller brukeren, nærmeste familie, besteforeldre, barnebarn, tanter, onkler, venner m.fl.

**Nærmeste pårørende:** Pasient/bruker bestemmer selv (når det er mulig) nærmeste pårørende. Nærmeste pårørende har andre rettigheter med hensyn til informasjon, samtykke, journalinnsyn og klage.

**Nærmeste familie:** Ektefelle/partner/samboer, foreldre, barn og søsken (egne, stebarn og fosterbarn m.m.)

**Sosialt nettverk:** Familie, venner, naboer, kollegaer, bekjenskaper osv.

Tilbud til pårørende bør utvikles i samarbeid mellom fagpersoner og pasienter/brukere og pårørende. Tilbudene kan være individuelle eller gruppebaserte, de kan rettes mot spesielle grupper av pårørende og de kan fokusere på ulikt innhold. Noen handler om å håndtere spesifikke sykdommer eller funksjonsnedsettelse, andre har fokus på ulike roller som for eksempel barn som pårørende eller søsken til barn med nedsatt funksjonsevne. Barns situasjon og behov (foreldrerollen) bør vurderes som aktuelt tema i alle lærings- og mestringstilbud til voksne.

Instanser som har en rolle i legge til rette for læring (Helsedirektoratet 2017):

- Lærings- og mestringssentre ved (LMS) i spesialisthelsetjenesten
- Habiliterings- og rehabiliteringsenheter
- Koordinerende enhet i kommunen
- Fastlegesentre, primærteam og andre kommunale ressurser som kreftsykepleier, psykiske helsetjenester m.fl.
- Helsestasjon og skolehelsetjenester
- Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT)

- Familievernkontorene
- Lærings- og mestringstilbud i kommune og frisklivssentralen, helsehus osv.
- Pårørendesentre og -skoler innenfor helse- og omsorgstjenesten
- Likepersoner, bruker- og pårørendeorganisasjoner

Som i all annen lærings- og mestringsevne er det viktig å ta utgangspunkt i den enkeltes behov, ønsker og ressurser. Det vil alltid være individuelle forskjeller hva gjelder behov for informasjon, kunnskap og støtte, og behovene vil variere over tid. Alvorlighetsgrad og om helseproblemene handler om psykisk sykdom, avhengighet, somatisk sykdom eller død har også betydning. Det er viktig å være oppmerksom på deltakere med lav helsekompetanse og som trenger økt bevissthet og kunnskap om barnas situasjon og behov.

Tilstander hos pasienten som kan føre til særlig behov for støtte for pårørende er ifølge Helsedirektoratets pårørendeveileder:

- Livstruende sykdom og alvorlig progredierende sykdom
- Sykdom som kan ha store konsekvenser for pårørende i mange år eller resten av livet, som for eksempel demens, utviklingshemming, hjerneslag, alvorlig psykisk sykdom og rusavhengighet
- Sammensatte og komplekse behov som krever koordinerte helse- og omsorgstjenester over lang tid.

Pårørendegrupper som kan ha særlig behov for støtte (ibid):

- Barn og unge som pårørende
- Eldre pårørende
- Pårørende med egne helseproblemer (somatisk, psykisk eller rusmiddelproblemer) nedsatt fysisk funksjonsnivå og kognitiv svikt
- Pårørende med innvandrer- eller minoritetsbakgrunn

Andre forhold som kan medføre behov for ekstra støtte er hvis pasienten er innsatt i fengsel, den pårørende er alene om omsorgen og har lite sosialt nettverk, konflikter i familien eller økonomiske utfordringer.

[Pårørendesenteret](#) skiller mellom tre typer av behov:

- 1) Behov for å ta vare på seg selv som pårørende
- 2) Behov for å ta vare på den syke
- 3) Behov for å ta vare på familien

Nettsiden til Pårørendesenteret inneholder tilgjengelige ressurser innenfor alle disse tre gruppene som pårørende kan anvende.

### Barn og unge som pårørende

Barn og unge (0-18 år) påvirkes av helseproblemer og død i familien, og mange barn vil oppleve å være pårørende i løpet av sin oppvekst. Barn trenger åpenhet omkring sykdom. Barn som pårørende har individuelle behov, avhengig av personlighet, alder og situasjonen de er i. Uansett vil barn reagere på ulike vis (tanker, følelser og adferd) når det er helseutfordringer i familien. På [Helsenorge](#) finnes informasjon om hvordan barn og unge påvirkes, hva de trenger og hvordan man kan snakke med dem, samt henvisning til aktuelle ressurser. [BarnsBeste](#) er et nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende. Her finnes blant annet ulike læringsressurser for helsepersonell og andre som jobber med barn som pårørende, pasient- og pårørende informasjonsmateriell samt diverse verktøy.

### Referanser og lesetips

- Helsedirektoratet (2017). [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#). Nettressurs, hentet ut juni 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder>
- [Pårørendesenteret Stavanger](#). Nettressurs hentet ut juni 2019 <http://www.parendesenteret.no/hjem>
- [BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende](#). Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://sshf.no/helsefaglig/kompetansetjenester/barnsbeste>
- Helsenorge.no <https://helsenorge.no/parende/barn-trenger-apenhet-om-sykdom>
- Ung.no [https://www.ung.no/Familie/4368\\_Opplever\\_du\\_sykdom\\_eller\\_rus\\_i\\_familien\\_din.html](https://www.ung.no/Familie/4368_Opplever_du_sykdom_eller_rus_i_familien_din.html)
- [Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie](#)

## Relasjonskompetanse: Kjennetegn og betingelser

Dette kapitlet tar utgangspunkt i Klinge sin forståelse av relasjonskompetanse (Klinge 2016, 2018). Selv om Klinge bruker begrepet i en allmenpedagogisk sammenheng (skole- og undervisningskontekst) er det flere fordeler ved å la seg inspirere av denne forståelse i en helsepedagogisk kontekst. Dels er de underliggende teoretiske begrunnelsene svært relevante for helsepedagogisk praksis, og dels blir det via beskrivelser av kjennetegn og betingelser «mulig å snakke profesjonelt og konkret om noe som ellers kan virke diffust og personlig» (Klinge 2018).

Relasjonskompetanse handler om å kunne etablere positive relasjoner som er preget av tillit og trygghet. Vi er alle relasjonkompetente i den forstand at vi har en medfødt evne til å inngå i felleskap gjennom vår evne til å avkode andre menneskers signaler. Ingen kan imidlertid alltid være relasjonskompetent. Vår evne til å utøve relasjonskompetanse kan skifte fra situasjon til situasjon, alt etter hvilke betingelser som er til stede i situasjonen. Relasjonskompetanse kan derfor ses som både en medfødt evne og en dynamisk størrelse, og er derfor ikke en personlig egenskap. Relasjonskompetanse er nemlig ikke noe man har men en måte man kan handle på i visse situasjoner hvis de riktige betingelsene er til stede. Relasjonskompetanse må derfor ses som en innovativ kompetanse, noe som betyr at fagpersonen må handle forskjellig i ulike situasjoner alt etter hva som kjennetegner den spesifikke situasjonen og hvem man skal være relasjonskompetent i forhold til. Å utøve profesjonell relasjonskompetanse er både mer komplisert og krevende enn allmennmenneskelig relasjonskompetanse fordi det relasjonelle ikke kan ses isolert fra den faglige konteksten. Evnen til å utvise relasjonskompetanse i profesjonell sammenheng kan styrkes ved å reflektere over egen adferd i relasjon til tre tegn som kjennetegner relasjonskompetente handlinger. Disse er ifølge Klinge observerbare. De tre kjennetegnene er 1) bruk av avstemmere, 2) understøttelse av andre personers behov for selvbestemmelse, kompetanse og tilknytning og 3) omsorgsetiske handlinger (Disse tre kjennetegnene er beskrevet nærmere i håndboken).

For å kunne handle relasjonskompetent må det være en del betingelser til stede. Vi har tatt utgangspunkt i Klinges modell om ulike betingelser som må være til stede for at lærere skal

kunne handle relasjonskompetent (Klinge 2016) og tilpasset den til vår kontekst; den helsepedagogiske praksis.

Det er syv betingelser som skal være til stede for at fagpersonen skal kunne handle relasjonskompetent:

- Fagpersonens egne behov for å oppleve selvbestemmelse, kompetanse og tilknytning må være understøttet. Det er de samme behov som fagpersonen selv skal forsøke å understøtte hos pasienter og pårørende.
- Fagpersonen må ha en høy grad av generell og spesifikk kunnskap om helsepedagogikk, læring og mestring.
- Fagpersonen må ha en receptiv rettethet. *Receptiv rettethet* handler om å kunne skape overenstemmelse mellom egne handlinger og ord i forhold til pasientenes tre grunnleggende behov (selvbestemmelse, kompetanse og tilknytning) og saksforholdet/innholdet (det vil si den helsepedagogiske- og helsefaglige kunnskapen som er relevant i den spesifikke situasjonen). For å forholde seg receptivt rettet krever det ytterligere fire betingelser. Fagpersonen må kunne
  - etablere nærvær i situasjonen
  - anvende positive emosjoner
  - mentalisere
  - anvende sin helsefaglige kunnskap og kompetanse.

Å kunne mentalisere eller ha en *mentaliserende innstilling* handler om mer enn det å være empatisk eller å anerkjenne den andre. Det handler om å forstå det kompliserte samspillet mellom bruker, pasient og pårørende og fagperson. Ved å mentalisere forstår man at ens egen adferd påvirker samspillet. Som fagperson innebærer dette å tolke pasientens følelser og mentale tilstand og samtidig forsøke å forstå hvilken påvirkning ens egne følelser og mentale tilstand har for samspillet. På den måten vil det være grunnlag for å kunne justere ens egen umiddelbare tilstand og handle passende ut ifra pasientens tilstand og dermed medvirke til å justere denne. Det finnes ulike metoder som handler om hvordan man kan møte og regulere vanskelige følelser som for eksempel sinne. En måte er å anerkjenne og gi uttrykk for at man ser den andres følelse i stedet for å ignorere situasjonen.

## Referanser og lesetips

- 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.
- Eide H, Eide T (2017). [\*Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk.\*](#) Gyldendal. Oslo.
- Spurkeland J (2012). [\*Relasjonskompetanse\*](#) (2.utgave). Universitetsforlaget. Oslo.



## Mestringsprosessen

Forskning tyder på at det er nyttig å betrakte det å leve med helseutfordringer som en prosess heller enn en statisk tilstand ([Ambrosio mfl. 2015](#)). Ambrosio og medarbeidere (2015) beskriver det å leve med langvarige helseutfordringer som et individuelt forløp preget av stor variasjon, og som påvirker ulike deler av livet over lengre tid. Prosessen består av ulike faser og en rekke faktorer som virker sammen. Det dreier seg om personlige ressurser og motivasjon, tidligere sykdomserfaringer, kunnskap, evner og muligheter. Faktorer som tilgjengelige ressurser og kvalitet og omfang på sosial og helsefaglig støtte er også av betydning. Ikke minst avhenger forløpet av egne og andres mål og planer, samt ulike tiltak som settes i verk.

Det å akseptere egne helseutfordringer fremheves som en naturlig start på prosessen. Å være bevisst egne helseutfordringer gjør oss bedre i stand til å håndtere konsekvensene og vurderes som en forutsetning for å lære om egen tilstand og initiere ulike mestringsstrategier. Ved å ta i bruk kunnskap, egne mestringsstrategier og å medvirke aktivt i behandling og oppfølging, vil vi kunne gjøre endringer og tilpasninger slik at vi kanskje vurderer livet og hverdagen på en ny måte. I prosessen som beskrives av Ambrosio og medarbeidere (2015), er det å kunne leve så bra som mulig med helseutfordringene (*positive living*) det endelige målet. Dette innebærer at endringer er integrert i hverdagslivets rutiner og aktiviteter. Målet er nådd når endringene er internalisert og blitt en del av en din identitet. Forfatterne legger frem ulike måter å leve med helseutfordringer på, som spenner fra å ikke gå inn i prosessen i det hele tatt, til å ha nådd målet om å leve et best mulig liv. Den siste fasen benevnes som en ny normalitet (*The New Normal*).

En [dansk håndbok](#) for lærings- og mestringsarbeid (Hinrichsen 2012) beskriver det å mestre tilværelsen med langvarige helseutfordringer som en prosess i fem faser. Beskrivelsen har mange fellestrekk med analysen til Ambrosio og medarbeidere (2015). Nedenfor beskrives de fem fasene fra den danske håndboken nærmere. Det er ulikt hvordan mennesker beveger seg gjennom prosessen, og i hvilken grad sykdommen påvirker dem. Bevegelsen er stort sett ikke rett fram, men heller fram og tilbake mellom fasene.

**Livet før.** Denne fasen handler om det alminnelige hverdagslivet før sykdom eller helseutfordringer blir en del av livet. Livet i denne fasen innebærer muligheter, begrensninger, lyse og mørke sider. Stikkord er nære relasjoner, arbeid og aktivitet, selvbilde, arbeids- og livsglede og verdier.

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

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

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

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

**Åpning mot nye veier.** Stikkord i denne fasen er begynnende rasjonelle tanker og ettertanker, humørsvingninger og glimt av lys. Noen første små skritt i en ny retning. Tanker omkring hva en må leve med og hva en kan gjøre noe med er fremtredende. Å snakke med andre er viktig for mange, og mange ser et begynnende håp om at livet har noe å by på til

tross for sykdom. Kanskje kan en oppta arbeid igjen, men ikke på samme måte som tidligere? I denne fasen er det viktig å lete etter åpninger og lytte etter tegn på nyanser og hjelpe den andre til å få øye på små endringer. Det er viktig å legge til rette for dialog som styrker mestringsevnen. Hvem er viktige personer og hvem kan hjelpe? Det er nyttig å få tak i de ressursene personen har og løfte fram tidligere mestringserfaringer. Hva pleier du å gjøre? Hva er viktig for deg? Denne fasen kan ta tid og det er viktig å alminneliggjøre det, samt påpeke små endringer i positiv retning.

**Mine nye veier.** Denne fasen kjennetegnes av aksept og det å se livssituasjonen slik den nå er. Det handler om å si farvel til det gamle, velge nye veier og finne ny styrke. Hva er viktig og verdifullt? Det kan innebære at en må si farvel til arbeid, aktiviteter og håp om å nå definerte mål. En må også gjøre valg knyttet til hva som er verdifullt i den nye situasjonen, og hvordan bruke de ressursene en har. Det kan være viktig med dialog om verdier i livet og hvordan få øye på muligheter, til tross for begrensninger. Hva er konsekvenser og muligheter ut fra ulike valg? Ulike mennesker går gjennom ulike prosesser for å finne nye veier.

**Livet nå.** Siste fase handler om nære relasjoner, arbeid og aktivitet, selvbilde, arbeids- og livsglede og verdier. Når man har nådd denne fasen har man funnet en måte å takle sykdommen på, og livet leves med et endret utgangspunkt. Man har foretatt og foretar viktige valg, og er klar over hva man må leve med, og hva man kan gjøre noe med. Man finner en balanse der selvbilder er reetablert på en ny måte med både gamle og eventuelle nye verdier i livet. Forholdet til de nærmeste har funnet en ny form, og en har funnet seg til rette i nye roller. Hverdagslivet er preget av tilpasning til den nye virkeligheten.

Evne til å håndtere situasjonen og ha kontroll er viktig når det handler om å oppleve akutte og uavklarte helsesituasjoner så vel som mer langvarige utfordringer knyttet til kronisk sykdom, vedvarende belastninger og/eller nedsatt funksjonsevne. Det er også aktuelt når det gjelder å endre livsstil for å forebygge sykdom. Mens det i akutte situasjoner ofte handler om å gi kort og tydelig informasjon for å fremme trygghet og dempe angst og uro, handler det mer om å legge til rette for utviklingsprosesser som bidrar til egenmestring, deltakelse og håndtering av hverdagen for de som lever med helseutfordringer over tid. Når

man skal endre livsstil knyttet til for eksempel fysisk aktivitet eller kosthold, handler det også ofte om lengre prosesser der motivasjon og sosial støtte er spesielt viktig, i tillegg til tilstrekkelig kunnskap.

### Salutogen forståelse av helse og mestring

Salutogenese er en teori om fysisk og psykisk helse som fokuserer på hva som fremmer god helse og gir individer økt mestring og velvære (Langeland 2017). Salutogenese ble utviklet som en motsats til patologien som vektlegger årsaker til sykdom. Innen den salutogene forståelsen handler helse om holdninger til livet; holdninger til å takle stress og uventede forhold. Aaron Antonovsky kaller denne holdningen for *sense of coherence* (SOC), oversatt til «opplevelse av sammenheng» (OAS) på norsk (Antonovsky 2012). OAS innebærer forståelse av situasjonen det enkelte individ skal håndtere ut fra tre dimensjoner som er i et gjensidig samspill:

- Om vi tror situasjonen er påvirkbar (håndterbar)
- Om vi tror situasjonen lar seg forklare (begripelig)
- Om vi tror situasjonen byr på overkommelige utfordringer (gir mening og motivasjon)

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

Ifølge Antonovsky kan salutogenese vise vei til bedre helse både på samfunns- og individnivå. Teorien vektlegger et fokus på fire områder for helsemessig bedring: Indre følelser, sosiale relasjoner, å være psykisk stabil og å involvere seg i givende aktiviteter. Fordi samspillet mellom personen og omgivelsene alltid vil være i forandring, er det ikke mulig å gi en fullendt liste over alle mulige mestringsressurser en kan ha behov for. Personer som har tilgang til og evne til å bruke mestringsressursene i seg selv og i sine omgivelser, vil mestre utfordringer og få erfaringer som stimulerer til videre utvikling av OAS. Antonovsky formulerte følgende definisjon for å identifisere mestringsressurser: «Enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning». I tillegg identifiserte Antonovsky følgende mestringsressurser, ment som eksempler på hovedområder:

- **Kultur.** Kulturen gir hver og en av oss en plass i verden. En kultur som stimulerer og muliggjør en persons deltagelse på ulike arenaer, kan fremme OAS, helse og velvære.
- **Sosial støtte.** Personer som har nære bånd til andre og opplever at en eller flere bryr seg om dem, løser ofte spenning lettere enn de som mangler slike kvaliteter i sine relasjoner. Vissheten om at man har sosial støtte tilgjengelig er ofte tilstrekkelig for at det skal kunne være en mestringsressurs. Det har en tendens til å øke en persons styrke. Kvaliteten på den sosiale støtten har betydning, og nære emosjonelle bånd er definert som særs viktig.
- **Religion og verdier.** Dette er mestringsressurser som gir forankring, retning og mening i livet.
- **Fysiske og biokjemiske ressurser.** Eksempler på fysiske og biokjemiske ressurser kan være god fysikk, gode gener og et sterkt immunsystem.
- **Materielle verdier.** Eksempler på materielle verdier er ernæring, klær, penger og bolig.
- **Kontinuitet, oversikt og kontroll.** Dette er sosiokulturelle mestringsressurser som bestemmes av kulturen og samfunnet personen er en del av.
- **Mestringsstrategier.** Gode mestringsstrategier kjennetegnes av høy grad av rasjonalitet, fleksibilitet, vidsyn og forutsigbarhet, evne til handling og regulering av følelser.
- **Kunnskap og intelligens.** Kunnskap og intelligens er kognitive ressurser. Kunnskap gir innsikt og aktualiserer valg. Handling og bevisste valg kan styrke opplevelsen av mestring.
- **Egoidentitet.** Dette er en ressurs på emosjonelt nivå og omhandler opplevelsen personen har av seg selv. Kvaliteten på sosial støtte og egoidentitet sees på som spesielt viktige mestringsressurser i denne teorien.

### Referanser og lesetips

- 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
- Antonovsky A (2012). [Helsens mysterium. Den salutogene modellen](#). Gyldendal Akademisk. Oslo
- Langeland E (2017). *Salutogenese - teori og praksis*. [Napa.no](#) Hentet ut juni 2019.
- Hinrichsen EK (2012). [Håndbog til Lærings- og mestringsuddannelser. Erfaringsviden og faglig viden hånd i hånd](#). Århus; Region Midt-Jylland, CFK. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. DK.

- Lorig KR, Holman HR (2003). [Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms](#). *Annals of Behavioral Medicine*. August 2003, Volume 26, Issue 1, pp 1–7

## Den transteoretiske modellen

En teori som ofte tas i bruk i utvikling av tiltak for livsstilsendring og lærings- og mestringstilbud er *Stages of Change* (SOC-modellen), på norsk kalt den «transteoretiske modellen» (Prochaska mfl. 1992 i Vågan mfl. 2018). En sentral antakelse i denne teorien er at atferdsendring skjer gjennom forskjellige stadier, og at motivasjon, vilje og preferanser knyttet til endring henger sammen med det stadiet man befinner seg på.

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

Modellen inneholder fem stadier:

- **Føroverveielse.** Deltaker er lite innstilt på endring i nær framtid. De positive effektene av egen adferd oppfattes som større enn de negative. Veileders oppgave er å stille spørsmål og følge opp svarene, samt eventuelt å gi individrettet informasjon.
- **Overveielse.** Deltaker opplever negative konsekvenser ved nåværende adferd, men er usikker på hvor stort problemet egentlig er. Stor grad av ambivalens. Veileders oppgave er å stille spørsmål, følge opp svarene og fokusere på at deltakeren finner gode grunner for å endre. Sentralt å snakke om hva man kan vinne og tape ved å gjøre endring, samt å utforske ambivalens.
- **Forberedelse.** Deltaker tar beslutning om å gjøre endring i nær framtid og gjør små forsøk på endring. Veileders oppgave er å stille spørsmål og utfordre deltakeren til å lage realistiske mål og en konkret plan, og å være støttende på at endring er mulig.

- **Handling.** Endringene iverksettes og blir synlig. Veileders oppgave er å stille spørsmål og gi støtte, samt å invitere til samtale om utfordringer.
- **Vedlikehold.** Iverksatt handling betyr ikke alltid varig endring. Deltaker kan oppleve at ambivalens i forbindelse med endringen vender tilbake. Veileders oppgave er å stille spørsmål og gi støtte, snakke om endringen med vekt på det man får til og strategier for å unngå tilbakefall.

Tilbakefall kan opptre i alle faser og innebærer retur til tidligere adferd. Det kan være for en avgrenset periode, og noe som bidrar til læring på sikt. Veileders oppgave er å gi aksept for at tilbakefall er naturlig. Å stille spørsmål, gi støtte og utforske ambivalens står sentralt.

[Motiverende Intervju](#) (MI) er en samtalemetode som anbefales brukt i arbeid med endringsprosesser (Helsedirektoratet 2017). Et vesentlig trekk er respekt for personens autonomi samtidig som mulighetene for atferdsendring utforskes.

### Referanser og lesetips

- Prochaska J, Di Clemente CC, Norcross JC (1992). In search of how people change. Applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114
- Vågan A mfl. (2018). [Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse](#). Fagrapport, NK LMH 1/2018.
- Helsedirektoratet (2017). [Motiverende intervju](#). Nettressurs hentet ut juni 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>



## Ulike modeller for kommunikasjon

### Empatisk kommunikasjon

Empatisk kommunikasjon bygger på kunnskap om at vi er født med et behov for kontakt og dialog, og at empati er en medfødt evne som gjør det mulig for oss å speile og gjenkjenne hverandres følelser og intensjoner (Brudal 2014). Målet i empatisk kommunikasjon er å skape positive møter mellom fagperson og bruker, slik at brukeren får mot til å snakke om eventuelle vanskelige opplevelser eller følelser. Brukeren skal føle seg sett og bekreftet. Empatisk kommunikasjon kan også brukes utenfor helsevesenet, for eksempel mellom lærer og elev eller mellom leder og ansatt i en bedrift.

Metoden består av fire trinn. Denne trinnvise prosessen innebærer et godt utgangspunkt for en reell dialog mellom fagperson og bruker. Personen opplever å bli sett og hørt, og tar gjerne imot fagpersonens synspunkter og analyser.

De fire trinnene:

1. Personen forteller hva som har skjedd, og eventuelt hva han eller hun tror kommer til å skje i fremtiden. Det dreier seg om den andres fortelling (narrativ).
2. Følelsene er i sentrum. Hvilke følelser hadde personen i den aktuelle situasjonen eller hvilke følelser vekker det å fortelle sin historie?
3. Personen reflekterer rundt det som skjedde, ut fra egne normer, verdier og oppfatninger. Hva har hendelsen betydd og er noe i livet endret som resultat av det som skjedde?
4. Fagpersonen tilbyr å være medforteller hvis personen vil høre hans eller hennes tanker og vurderinger.

### Fire gode vaner – for god kommunikasjon

I 1996 utviklet Frankel og Stein *The Four habits Model* (Frankel, Stein 2001), oversatt til «Fire gode vaner» på norsk. Modellen er enkel og fokuserer på fire ulike vaner og beskriver kort både mål og hensikt ved de ulike vanene, samt hvordan en kan legge til rette for å bruke disse i praksis. Modellen er et redskap for klinisk kommunikasjon.

Kort om de fire vanene:

- **Investér i begynnelsen.** Her er målet å oppnå god kontakt tidlig. Vennlig atmosfære bidrar til at pasienten slapper av. Det etableres tillit og potensialet for konflikt minsker.
- **Få frem pasientperspektivet.** Her er målet å få en forståelse av og vise respekt for pasientens situasjon og oppfatninger, noe som kan bidra til bedre diagnostikk, mer tilpasset informasjon og effektiv tidsbruk.
- **Vis empati.** Empati er etter manges mening en svært potent terapeutisk handling. Vær oppmerksom på følelser og sett ord på dem. Dette vekker tillit og derav bedre dialog, informasjon og behandling.
- **Investér i avslutningen.** Dette handler i stor grad om å legge planer framover, oppsummere og gi anledning til å stille spørsmål. Ved å investere i avslutningen øker sannsynligheten for samarbeid, pasientens lojalitet til behandlingsplaner, og mulighetene for at pasientene tar ansvar for egen helse. En god avslutning gir redusert antall telefonkonsultasjoner og redusert behov for nye konsultasjoner.

Fire gode vaner er benyttet i norske studier der en har ønsket å se på effekten av å trene sykehusleger i kommunikasjonsferdigheter (Gulbrandsen mfl. 2009). Studien viste at undervisningen ble meget godt mottatt av legene. Mestringstilliten økte (positivt korrelert til pasientenes etterlevelse).

Det er sjelden mulig å trene på kommunikasjon i reelle pasientsituasjoner, derfor er det nødvendig å lage ulike øvingssituasjoner. Simuleringstrening med rollespill har vist seg å være en effektiv og sikker metode for læring og utvikling av praktiske kommunikasjonsferdigheter innen helsefeltet (Fossli Jensen 2011). Simuleringstrening innebærer en form for rollespill der man øver på praktiske kommunikasjonssituasjoner. Man gjenskaper situasjoner fra praksis, tar utgangspunkt i kunnskapen på feltet, identifiserer de ferdighetene man skal trene på og gjennomfører treningen så praksisnært som mulig med påfølgende felles refleksjon og tilbakemelding (Eide, Eide 2017).

### Motiverende samtale

Motiverende samtale (MI) er en brukersentrert metode som har til hensikt å øke indre motivasjon for endring ved å utforske og løse ambivalens. Det er en systematisk og mye

brukt metode å jobbe med mennesker i endringsprosesser på. MI er en kombinasjon av støttende og empatisk veiledning som bygger på antakelsen om at mennesker i større grad følger opp de endringsmålene de selv formulerer og forsvarer. Samarbeid er vesentlig og i samtalen bistår veileder i 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. Veileder skal lokke frem endring og gir ikke råd uten å bli bedt om det eller får lov til å komme med støttende ytringer.

Motiverende samtaler (MI) kan sies å ha fem faser:

- Kontakt/relasjonsskapende fase
- Nøytral utforsking
- Perspektivutvidende fase
- Motivasjonsbyggende fase
- Forpliktelses- og beslutningsfase

### Guidet Egen-Beslutning (GEB)

Guidet Egen-Beslutning er en metode som er utviklet for å legge til rette for effektiv og meningsfull dialog mellom pasienter og fagpersoner (Zoffmann, 2004). Metoden veileder begge parter i en prosess som fremmer pasientens livsmestring. Virkemidler er refleksjonsark (semistrukturerte), skriftlige øvelser, profesjonell faglig kommunikasjon og råd som fremmer autonomi og beslutninger ut fra egne preferanser. Metoden er generisk og kan brukes sammen med brukere og pasienter som har ulike former for helseutfordringer. Den er utviklet for å imøtekomme utfordringer/barrierer som er påvist gjennom forskning (ibid). Det kan handle om at pasienter og fagpersoner har ulike perspektiver som bidrar til at liv og sykdom betraktes som to adskilte størrelser, om at forandringspotensialet som ligger i relasjonen mellom pasient og fagperson ikke utnyttes tilstrekkelig, og om at utfordringer i kommunikasjon og refleksjon gjør det vanskelig å få innsikt i pasientens utfordringer og hvordan de oppfattes av begge parter.

Zoffmann har vært sentral i arbeidet med å utvikle Guidet Egen Beslutning. Metoden støtter seg på hennes forskning, men også på omfattende teori knyttet til humanisme,

empowerment, kommunikasjon, egenbeslutning, livsfortellinger, endringshjulet med mer. Bruk av metoden forutsetter teoretisk og praktisk opplæring, og i Danmark tilbys ulike moduler med 2-4 dagers varighet.

### Litteratur og lesetips

- Barth T, Børtveit T, Prescott P (2013). [Motiverende intervju. Samtaler om endring](#). Gyldendal. Oslo.
- Brudal L H (2014). [Empatisk kommunikasjon. Et verktøy for menneskemøter](#). Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Eide H, Eide T (2017). [Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk](#). Gyldendal. Oslo.
- Fossli Jensen B (2011). *Hospital Doctors' Communication Skills. A randomized controlled trial investigating the effect of a short course and the usefulness of a patient questionnaire*. PhD-avhandling. Universitetet i Oslo.
- Frankel RM, Stein T (2001). [Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model](#). *J Med Pract Manage*. 2001 Jan-Feb;16(4):184-91.
- Gulbrandsen P, Finset A (2014) [Skreddersydde samtaler – en veileder i klinisk kommunikasjon](#). Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Gulbrandsen P, Fossli Jensen B, Finset A (2009). [Changes in self-efficacy among hospital doctors after a training course in clinical communication](#). *Tidsskr Nor Legeforen 2009*; 129: 2343-6
- Helsedirektoratet. Motiverende intervju (MI). Nettressurs, hentet ut juni 2019 <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>
- Miller WR, Rollnick S (2016). [Motiverende samtale. Støtte til endring](#). Fagbokforlaget. Bergen.
- Guided Egen-Beslutning på mestring.no <https://mestring.no/bedre-helsekommunikasjon-med-ny-refleksjonsbasert-metode/> Nettressurs, hentet ut 20.mai 2019.
- 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.

## Veiledning

Veiledning er en vanlig metode i helse- og omsorgstjenesten. En veileder støtter, gjennom sin faglige innsikt og holdning, en person i å definere sine utfordringer og oppnå kunnskap og ferdigheter til å løse de (Dalland 2010). Sentralt i veiledning er at veilederen etter beste evne forsøker å finne ut hvor den andre er i sin lærings- og endringsprosess. Veiledning kan defineres som «en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten 2013).

Veiledning handler om å møte den andre der den er, og høre hva hans eller hennes behov er. Medvirkning og den lærende som aktiv og ekspert på seg selv er sentralt. Veilederen skal ikke først og fremst gi svar, men støtte den andre i selv å finne svar. Dette kan bidra til mestring. Veiledning kan foregå individuelt eller i gruppe. Det finnes ulike teoretiske tilnærminger til veiledning, noe som har betydning for hvordan veiledningen benevnes og praktiseres. Noen veiledningsmetoder beskrives kort nedenfor.

### Klientsentrert veiledning

Denne veiledningsmetoden kjennetegnes ved aksept av brukerens følelser og oppfatninger. Ved hjelp av aktiv lytting og speiling av den andres virkelighetsoppfatning, støtter veileder brukeren i hans eller hennes prosess. En klientsentrert veileder bygger sin virksomhet på tre betingelser: Empati, positiv tilbakemelding og ekthet. Hvis veilederen oppfyller betingelsene for veilederrollen, er teorien at det blir satt i gang en prosess som fører til økt selvinnsett (Handal, Lauvås 2014).

### Gestaltveiledning

Gestalt betegner noe som er helhetlig og i gestaltpsykologien heter det at «helheten er noe annet enn summen av delene» (Dyrkorn, Dyrkorn 2010). Man forholder seg ikke ene og alene til det tankemessige og rasjonelle. Man arbeider også med sansning, følelser, fantasi og kroppslige uttryksmåter, i tillegg til å eksperimentere med alternative atferds- og væremåter. Gestaltveilederen ser på det helhetlige mønsteret i den menneskelige personlighet, for eksempel vil man i en veiledningssituasjon oppfatte noe som trer fram som

mer viktig enn andre ting. Veilederens oppgave er å fokusere på det som trer fram, og være villig til å gå inn i de situasjoner som framstår som viktig for den hjelpesøkende (ibid).

### Løsningsfokusert veiledning (LØFT)

I LØFT legges det vekt på at man ikke trenger å forstå eller kartlegge problemene for å løse dem. Det eneste man trenger å beskrive er løsningsmønstre eller nøkler til løsninger. Når man blir klar over hva man gjør som har god effekt, og hvilke evner og talenter man tar i bruk for å få dette til, blir det mer av slike handlinger og kvaliteter (Langslet 2004).

Det sentrale i LØFT er at atferd som gis oppmerksomhet har en tendens til å gjenta seg. Man er derfor tjent med å konsentrere seg om:

- Det man ønsker, snarere enn det man ikke ønsker
- Det man vil ha mer av, fremfor det man vil ha mindre av
- Å finne ut hva mennesker gjør som virker, i stedet for det som ikke virker

### Helsecoaching

Veiledning og coaching er begreper som til dels går over i hverandre. Helsecoaching er en form for veiledning der samtalen brukes som middel for å bidra til at pasienter setter seg mål og oppnår disse. Det forutsetter at den som coacher har ferdigheter knyttet til å legge til rette for meningsfull dialog og til å la pasienten ta føringen i samtalen. Coacher må lytte, diskutere og stille spørsmål, samt tydeliggjøre kjerneverdier, tro og hensikter. De bør også evne å avdekke om det er avstand mellom pasientens antakelser og virkeligheten, samt å oppmuntre, motivere og bygge tillit og tro på egne evner. Coaching skal bidra til at personer ser egne løsninger og definerer og jobber for å nå egne mål i ulike sammenhenger. Forskning viser at helsecoaching styrker den enkelte i å håndtere det å leve med kronisk sykdom (Kivelä mfl. 2014).

### Referanser og lesetips

- Dalland O (2010). [Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere](#) (2. utgave). Gyldendal Forlag. Oslo.
- Dyrkorn M, Dyrkorn R (2010). [Innføring i gestaltveiledning](#). Universitetsforlaget. Oslo.
- Handal P, Lauvås G (2014). [Veiledning og praktisk yrkesteori](#) (3. utgave). Cappelen Damm.
- Kivelä mfl. (2014). The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2014 Nov; 97(2):147-57.
- Langslet GJ (2004): [Gi hverdagen et LØFT](#). Gyldendal. Oslo.
- Tveiten S (2013). [Veiledning – mer enn ord](#). 4. utgave. Fagbokforlaget. Bergen.

## Gruppeprosesser og gruppeledelse

Deltakerne i en gruppe er unike personer, og samtidig er de en del av gruppen som en sosial organisme. Gruppens liv er til enhver tid samspillet mellom enkeltmedlemmer og gruppen, som påvirker hverandre gjensidig gjennom respons, roller og status. Gruppen har sine særpreg og egenskaper; normer, identitet, mål og navn. Som gruppeleder er det viktig å observere dette samspillet mellom hver enkelt deltaker og gruppen, for å stimulere til gode møter og muligheter for å utnytte de ressurser som enkeltpersoner og gruppen har. Prinsippet om å bruke gruppen, og tankemåten om gruppen som et eget vesen, kjennetegner gruppemetodisk arbeid og tenkning (Heap 2005, Shulman 2003).

En gruppe skal ivareta en relasjons- eller samspillsfunksjon, en oppgavedimensjon og en ledelsesdimensjon (Gjørund, Huseby (2015)). Relasjonsdimensjonen bidrar til å holde gruppen sammen og får medlemmene til å føle seg som en enhet. Relasjonen til de andre gruppedeltakerne spiller en vesentlig rolle for hvordan hver enkelt finner seg til rette i gruppen. Følelsene kan variere mellom trygghet og angst, frihet og avhengighet og orden og kaos. Det er ulike faser i utviklingen av relasjonsdimensjonen i en gruppe. En første fase kan betegnes som tilhørighetsfasen. Fasen er preget av usikkerhet og deltakerne tar stilling til om de virkelig vil oppfattes som medlemmer av gruppen. En viss tilfeldig rollefordeling finner sted. Senere kommer faser som betegnes av hvile, nye roller og samhörighet.

Oppgavedimensjonen handler om hva som er målet for gruppen, og hva som betegner at målsettingen er nådd. I velfungerende grupper vil medlemmene identifisere seg med målene og gjøre de til sine egne. Det å oppnå mål vil kunne styrke identiteten og selvoppfatningen til både gruppen og enkeltpersonene. Oppgavedimensjonen handler også om å ha en struktur som fremmer målene med møtene i gruppen, at det er tydelig hva som skal diskuteres, regler for å ta ordet, etc.

Ledelsesdimensjonen må utøves på en hensiktsmessig måte. Lederens personlighet, personlighetene i gruppen og de oppgavene gruppen skal arbeide med har betydning for ledelsen. Gruppemedlemmene må ha tillit til lederens kompetanse, både faglig og hvordan gruppen skal jobbe. Lederen må framstå som troverdig på det personlige plan, som ekte og

til å stole på og snakke med. Lederen er både en del av gruppa og en som er plassert litt utenfor på grunn av den rollen som ligger til gruppeledelsen.

Oppgaver som ligger til lederen av en gruppe:

- Forsikre seg om at gruppens mål er tilpasset deltakerne, og at det finnes tilstrekkelig kompetanse til å løse oppdraget
- Tydeliggjøre målet med gruppen
- Fastholde oppgaveorienteringen og bidra til å motivere deltakerne
- Bidra til god dialog og kommunikasjon i gruppen
- Sørge for at alles stemme blir hørt
- Ivareta evaluering av innhold, form og samarbeid

### Gruppeprosesser og gruppeledelse

Bruk av gruppeprosessen forutsetter at det finner sted en samhandling og at det utvikler seg personlige forhold mellom deltakerne. Dette forutsetter at deltakerne ønsker det og at de tror at gruppen kan gi dem noe. Hensiktsmessig sammensetning, deltakernes motivasjon og gruppeleders forståelse av deltakernes behov er viktig. Selv om disse betingelsene er tilstede kan man ofte se uhensiktsmessige mønstre i en gruppe. I stedet for en livlig meningsutveksling mellom deltakerne, hjulpet og supplert av gruppelederen, styrer gruppelederen det hele og inntar og bevarer en sentral rolle, mens deltakerne er tilsvarende uvirksomme og henvender seg mer til lederen enn til hverandre. Dette forårsaker tap av gruppens mest verdifulle ressurser, nemlig deltakernes utvekslinger, tanker, tilknytninger, problemer, sammenligninger og assosiasjoner – alle sterke ressurser til støtte, vekst og forandringer som er iboende i gruppeprosessen.

Hvorfor skjer dette? Noe er dels kulturelt betinget – én er hjelper, en annen blir hjulpet. Denne rolleforventningen kan gå begge veier. Det kan også være uttrykk for gruppeleders usikkerhet, angst for taushet og et forsøk på å holde en uforutsigbar og kompleks situasjon under en viss kontroll. Erfaring, selvkritisk vurdering og faglig veiledning bidrar til økt kompetanse. For å øke anvendelsen av gruppeprosessen er det nødvendig at gruppeleder legger mindre vekt på egen autoritet og selvpresentasjon og isteden blir i stand til å



registrere, respektere og mobilisere de ressurser som deltakerne bringer inn i gruppen. Denne omstillingen fra å legge mest vekt på bruk av seg selv til større bruk av gruppen er den mest alminnelige utfordringen når vi første gang skal lede en gruppe (Heap 2005).

Heap (2005) beskriver fire faser i arbeidet med grupper:

- En omfattende planleggingsfase som inkluderer seks beslektede betraktingsområder; hvem er med i gruppen, hva er gruppens mål, hvorfor benytte grupper, hvor mange bør gruppen bestå av, hvordan tilby gruppe og betraktninger knyttet til hvordan det kommer til å bli.
- Andre fase er det første møtet.
- Tredje er arbeidsfasen; respons på behov, kommunikasjon, gruppens struktur, gruppekultur, utvikling i gruppen, bruk av aktiviteter og samledelse.
- Fjerde og siste fase er avslutningen av gruppen.

Gruppedynamikk handler om de påvirkningskrefter som virker på medlemmer av en gruppe og som skriver seg fra medlemmenes påvirkning på hverandre. Når gruppestrukturen forandres, gjør medlemmene tilpasninger. Jo nærmere gruppemedlemmene er knyttet til hverandre, desto mer gruppedynamikk finnes i gruppen. Det er ulike gruppedynamiske prosesser:

**Gruppestrukturering** der de impliserte personene plasserer seg i forhold til hverandre

**Intern påvirkning** der gruppens normer utvikles, gruppepress utøves og sosiale sanksjoner iverksettes

**Interne løsninger** som forløper i mønstre av samhandling og kommunikasjon

**Interne ledelsesfunksjoner** der blant annet gruppen psykologiske klima utvikler seg

Gruppelederen har en viktig funksjon i å anerkjenne og stimulere de muligheter og ressurser som er innebygget i selve gruppesituasjonen. Denne grunntanken kommer til uttrykk i mye av litteraturen omkring bruk av grupper som metode (Heap 2005, s. 23). Bruken av gruppen eller bruken av gruppeprosessen er det dominerende trekket og den viktigste ressursen ved denne arbeidsmetoden. Dette innebærer at gruppemedlemmene er der for å arbeide, for å gi og få, og at det primært er gjennom egen deltakelse i gruppen at en får dekket de behovene som var utgangspunkt for deltakelse i gruppen (ibid).

## Referanser og lesetips

- Heap K (2005). *Gruppet metode for sosial- og helsearbeidere*. 5. utgave. Gyldendal Akademisk. Oslo. <https://www.gyldendal.no/Faglitteratur/Sosial-og-helsefag/Barnevern/Gruppet metode-for-sosial-og-helsearbeidere>
- Gjørund P, Huseby R (2015). *To eller flere. Basiskunnskaper i gruppepsykologi*. Cappelen Damm. Oslo. <https://www.cappelendamm.no/to-eller-flere-peik-gjosund-roar-huseby-9788202490225>
- Shulman L (2003). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Gyldendal, Oslo. <https://www.gyldendal.no/Faglitteratur/Sosial-og-helsefag/Barnevern/Kunsten-aa-hjelpe-individer-og-familier-Bind-I>