André Vågan (red.)

Helse-pedagogiske metoder

Teori og praksis

GYLDENDAL

ANDRÉ VÅGAN (RED.)

HELSEPEDAGOGISKE METODER

– TEORI OG PRAKSIS

GYLDENDAL

© Gyldendal Norsk Forlag AS 2020
1. utgave, 1. opplag 2020

ISBN 978-82-05-54476-5

Omslagsdesign: Cecilie Mohr Grafisk Design
Figurer: David Keeping
Sats: HAVE A BOOK
Brødtekst: Minion Pro 10,5/15 pkt

Alle henvendelser om boken kan rettes til
Gyldendal Akademisk
Postboks 6730 St. Olavs plass
0130 Oslo

www.gyldendal.no/akademisk
akademisk@gyldendal.no

Materialet er vernet etter åndsverkloven.
Uten uttrykkelig samtykke er eksemplarfremstilling,
som utskrift og annen kopiering, bare tillatt når det er hjemlet i lov
(kopiering til privat bruk, sitat o.l.) eller avtale med Kopinor
(www.kopinor.no). Utnyttelse i strid med lov eller avtale kan medføre
erstatnings- og straffeansvar.

Alle Gyldendals bøker er produsert i miljøsertifiserte trykkerier.
Se www.gyldendal.no/miljo

Forord

Helsepedagogisk kompetanse blant helsepersonell er avgjørende for å kunne møte behovene for informasjon, undervisning og veiledning i helse- og omsorgstjenesten. I denne boken beskriver forskere og fagpersoner helsepedagogiske metoder for kommunikasjon, samhandling og veiledning av brukere, pasienter og pårørende som er i ulike lærings-, mestrings- og endringsprosesser. Kapitlene viser til aktuell teori og forskning, og er hovedsakelig praktisk rettet med konkrete eksempler/caser/scenarioer for å øke forståelsen hos leseren. Bokens målgruppe er bachelorstudenter i helsefaglige utdanninger. Også fagpersoner og brukerrepresentanter tilknyttet lærings- og mestringsvirksomheten og ledere i helse- og omsorgstjenesten vil ha utbytte av å lese boken.

Som redaktør har jeg hatt gleden av å samarbeide med dyktige og erfarne kapittelforfattere. Jeg vil benytte anledningen til å takke dere for meget god innsats og et godt og lærerikt samarbeid!

Jeg vil også rette en stor takk til leder og kollegaer ved Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) for støtte og gode innspill, både til enkeltkapitler og til boken som en helhet. Takk også til Marit Kristine Hofseth for konstruktive kommentarer til boken! Hofseth er seniorrådgiver ved Akershus universitetssykehus (Ahus). Sist, men ikke minst vil jeg takke redaktør Randi Grønseth i Gyldendal for svært solid innsats hva gjelder både faglige innspill og utforming. Takk, Randi, for et givende og svært hyggelig samarbeid!

God lesning!

Holmestrand, februar 2020
André Vågan (red.)

Innhold

KAPITTEL 1 INTRODUKSJON 13
André Vågan og Kari Hvinden
Lovverk og statlige føringer 14
Hensikt og målgruppe 16
En begrepsavklaring 16
Bokens innhold 17

KAPITTEL 2 EN MODELL FOR BRUKERMEDVIRKNING INNEN LÆRING OG MESTRING 22
André Vågan, Sølvi Heimestøl og Hilde Blindheim Børve
Generelt om brukermedvirkning i helsetjenesten 23
Ulike nivåer av brukermedvirkning 25
Lærings- og mestringstilbud i grupper 27
Å dele sine erfaringer 35
Hva vet vi fra forskning? 39
Avslutning 40

KAPITTEL 3 KOGNITIVE VERKTØY FOR MESTRING VED KRONISK SYKDOM 43
Torkil Berge og Elin Fjerstad
En kognitiv tilnærming 44
Vedvarende utmattelse – et folkehelseproblem 49
Årsaksforhold 51
Hva skal mestres ved kronisk sykdom og vedvarende utmattelse? 52
Et generelt og et spesifikt perspektiv på kronisk sykdom 53
Hva skal mestres ved vedvarende utmattelse? 54
Dokumentert tilnærming 55

Mentale og atferdsmessige verktøy ved utmattelse ... 55
Diamanten ... 55
Verktøy for å endre handlingsmønster ... 57
Registrering av aktivitet ... 59
Aktivitetsplan ... 59
Verktøy for å kartlegge og endre indre dialoger ... 61
Verktøy ved kvernetanker ... 63
Avslutning ... 66

KAPITTEL 4 VEILEDNING SOM METODE I EMPOWERMENTPROSESSEN ... 73

LETTERE SAGT ENN GJORT ...

Sidsel Tveiten

Hva menes med empowerment? ... 73
Empowerment og helse ... 74
Definisjoner ... 75
Empowermentprosessen ... 76
Empowerment er knyttet til makt ... 76
Kritikk av empowermenttenkningen ... 77
Resultat av empowermentprosessen ... 78
Hva er veiledning? ... 79
Veiledning som metode i empowermentprosessen ... 81
Dialogen ... 82
Faser i veiledning ... 83
Forberedelsesfasen ... 83
Oppstartsfasen ... 84
Arbeidsfasen ... 85
Avslutningsfasen ... 85
Refleksjonen fortsetter ... 85
Gruppeveiledning – muligheter og utfordringer ... 86

KAPITTEL 5 SALUTOGEN HELSEFREMMING I GRUPPER ... 92

Eva Langeland og Torill Nyheim Holvik

Kunnskap om salutogenese ... 93
Opplevelse av sammenheng ... 93
Motstandsressurser ... 94
Kjernen i salutogenese: Samspill mellom motstandsressurser og OAS ... 94
Grunnleggende antagelser om helse ... 95
Salutogene samtalegrupper – pedagogiske overveielser ... 97
God samtalepartner ... 98
Samtalegruppens struktur og rammer ... 98
Innhold og form ... 102
Fordeler og utfordringer med gruppetilbudene ... 106
Oppsummerende refleksjoner ... 108

KAPITTEL 6 HVORDAN FÅ TIL DEN GODE PASIENTKOMMUNIKASJONEN? EN MODELL FOR SAMTALE MED PERSONER SOM OPPLEVER PSYKISKE HELSEUTFORDRINGER
Tonje Lundeby
Pasientkommunikasjon 114
Psykiske helseutfordringer 116
Psykiske helseutfordringer – ulike tilnærminger 117
Fra det generelle til det spesielle: Behovet for en konsultasjonsmodell 118
En modell for god kommunikasjon med pasienter der følelser er et viktig element 118
Utvidet Fire gode vaner-modell 120
Ferdigheter for å møte personer med psykiske helseutfordringer 121
En komplett konsultasjonsmodell 128
Når kan man bruke disse seks ferdighetene? 128
Kan du selv bli bedre til å kommunisere? Erfaringer og forskningsfunn 129
Oppsummering 130

KAPITTEL 7 MOTIVERENDE INTERVJU (MI) – SAMTALER OM ENDRING 139
Tom Barth
Helsekonsultasjoner 139
Motivasjon og motiver 140
Teorier assosiert med MI 141
Historisk tilbakeblikk 143
Grunnantagelser i motiverende intervju 144
Samtalemetoden 146
Et utvidet eksempel 148
Det styrende og målrettede aspektet ved MI-samtaler 150
Informasjonsutveksling 151
Andre MI-strategier 154
Når er MI relevant? 156

KAPITTEL 8 DIGITAL HELSE, LÆRING OG MESTRING 159
Hilde Eide og Tom Eide
Digitale teknologier 159
Digital transformasjon 160
Personorientering 161
Forskning 161
Helsepersonell har en nøkkelrolle 161
Det handler om behov og verdier 162
Radikal innovasjon 163
Digital helse – begreper og kategorier 163
Digital helse og e-helse 163
Digital helse- og velferdsteknologi 164
Kategorier – funksjoner og faser 165

Læring og mestring – tre faser 166
Orienteringsfasen (i forkant) 167
Kunnskap og informasjon 167
Samvalgsfasen (underveis) 168
Mer kunnskap og informasjon 168
Nettsider med forskningsbasert informasjon 169
Digitale samvalgsløsninger 169
Eksempel: «Min hoftereise» 170
Eksempel: Digital egenkartlegging 172
Oppfølgingsfasen (i etterkant) 173
Oppfølging, motivasjon og mestringsstøtte 173
Betydningen av skreddersøm 173
Eksempel: Mestring av muskelskjelettsmerter 174
Eksempel: Mestring etter kreftbehandling 175
Mestring av dagliglivet med helseplager 176
Utfordringer 176
Digital helsekompetanse 178
Pasientens digitale helsekompetanse 178
Helsepersonellets digitale helsekompetanse 179
Teknologikompetanse 180
Mestringskompetanse 180
Pedagogisk kompetanse 181
Innovasjons- og implementeringskompetanse 182
Veien videre 182

KAPITTEL 9 KULTURSENSITIVITET 188
André Vågan, Hilde Berge, Absera Teshome Koricho og Bente Berg
Likeverdige helsetjenester 189
Kultursensitivitet 191
Holdninger og verdier 191
Kritisk bevissthet om kultur 194
Selvrefleksivitet 199
Språk og tolking 201
Relevant bakgrunnskunnskap 202
Levekår og sosiale helseforskjeller 202
Bruk av helsetjenesten 203
Helsesektorer og sykdomsforståelse 203
Skam, tabu og stigma 204
Aktuelle spørsmål å stille 205
Tilbud til familier med etnisk minoritetsbakgrunn 206
Aktiv involvering 206
Praktisk tilrettelegging 209
Bruk av tolk i gruppetilbud 212
Hva sier forskning? 213

KAPITTEL 10 DEN DIDAKTISKE RELASJONSMODELLEN
I EN LÆRINGS- OG MESTRINGSKONTEKST 219
André Vågan og Kari Hvinden
Didaktisk relasjonsmodell 220
Deltakerforutsetninger 221
Mål 223
Innhold 224
Arbeidsmetoder 225
Rammer 226
Vurdering og evaluering 228
Oppsummering 229

OM FORFATTERNE 233

STIKKORD 237

KAPITTEL 1

Introduksjon

André Vågan og Kari Hvinden

Stadig flere mennesker opplever helseutfordringer som følge av sykdommer som kols, diabetes og hjertesykdom. Andelen mennesker med langvarige helseutfordringer øker, blant annet på grunn av fremskritt innen medisinsk behandling og høyere levealder. For 100 år siden var det tuberkulose, spedalskhet og andre infeksjonssykdommer som tok tusener av liv. I dag dør omtrent tre av fire voksne av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer eller kreft (FHI 2014). Kroniske lidelser som er utbredt i befolkningen, er psykisk sykdom, muskel- og skjelettsykdommer, sykelig overvekt, kols og diabetes type 2. Beregninger fra Folkehelseinstituttet anslår at forventet levealder har økt med fire–fem år i Norge fra 1990 til 2013. En aldrende befolkning og økende kostnader knyttet til tilbud av helsetjenester vil i fremtiden skape et stort press på helsetilbudet. I tillegg står flere i fare for å utvikle helseutfordringer som en konsekvens av livsstilsvalg. Mange lever også med belastninger knyttet til psykisk helse og rus.

Dagens helsevesen kan ikke løse alle utfordringene som denne utviklingen representerer. Ifølge Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* må flere lære å håndtere helseutfordringer på egen hånd. Når noen rammes av skade, sykdom eller nedsatt funksjonsevne, dreier mye seg om utredning, diagnose og behandling, men for de fleste handler det også i stor grad om hvordan helseutfordringene påvirker ulike deler av livet og griper inn i hverdagen (Ambrosio mfl. 2015). De aller fleste har derfor i tillegg behov for kunnskap om hvordan de kan lære å leve med og takle hverdagen med sine utfordringer. Det gjelder også for pårørende (Stenberg 2013; Strøm mfl. 2015).

Lærings- og mestringsvirksomheten i helse- og omsorgstjenesten er etablert for å være en støtte i slike situasjoner. Målgruppen er personer som opplever akutt og/eller kronisk sykdom, funksjonsnedsettelse, langvarige belastninger og/eller skader, samt de som står i fare for å utvikle helseutfordringer – og deres pårørende. Den inkluderer mennesker i ulike livsfaser og med ulike diagnoser. Lærings- og mestringsvirksomheten favner en rekke ulike lærings- og mestringstilbud, blant annet individuell og gruppebasert undervisning og veiledning, frisklivstilbud (kommunale tilbud om hjelp til livsstilsendringer knyttet til kosthold, søvn, fysisk aktivitet m.m.) og likepersonarbeid (samtaler mellom personer med brukererfaring og pasienter, med mål om støtte, veiledning og mestring) (HDIR 2015). Innholdet i de ulike tilbudene varierer og kan dreie seg om medisinske, praktiske, relasjonelle og følelsesmessige forhold. Felles for tilbudene er målet om å styrke deltakeres egenmestring. Det legges vekt på bevissthet omkring egne holdninger og ressurser, samt det å skaffe seg relevant kunnskap og nødvendige ferdigheter. I gruppebaserte lærings- og mestringstilbud er det også et mål å bidra til at deltakere kan reflektere og utveksle erfaringer med andre i liknende situasjon. (Les mer om lærings- og mestringstilbud i grupper i kapittel 2, s. 27.)

Helsepedagogisk kompetanse blant helsepersonell er avgjørende for å kunne møte behovene for informasjon, undervisning og veiledning i helse- og omsorgstjenesten. En helsepedagogisk tilnærming til pasienter, brukere og pårørende innebærer å kunne legge til rette for økt kunnskap om egen helse, gi sosial og emosjonell støtte og bidra til mestring av helseutfordringer. Det innebærer også kunnskaper og ferdigheter i brukermedvirkning og om hvordan man kan formidle kunnskap om helse og sykdom på en måte som er tilpasset den enkeltes behov og styrker den enkeltes helsekompetanse (Ekeland og Heggen 2007; HOD 2019). Begrepet helsepedagogikk handler om læring, undervisning og veiledning innen helse og anvendes innen spesialist- og kommunehelsetjenesten, forebyggende og helsefremmende arbeid og rehabilitering (Jensen mfl. 2016). Som fagområde henter helsepedagogikken kunnskap fra blant annet helse- og sosialfag, psykologi, pedagogikk, filosofi, sosialantropologi og sosiologi.

Lovverk og statlige føringer

Lærings- og mestringsvirksomheten i Norge er forankret i lovverket. Det står i *lov om spesialisthelsetjenesten* (1999) at pasient- og pårørendeopplæring er en av kjerneoppgavene i sykehusene, i tillegg til behandling, forskning og utdanning. Pasient- og pårørendeopplæring kan omfatte informasjon, undervisning, veiledning

og rådgiving av pasienter, pårørende og familier. Den kan være individuell eller gruppebasert, være diagnosespesifikk eller ha et videre perspektiv på lærings-, mestrings- og endringsprosesser uavhengig av diagnose. Kommunene skal altså også drive pedagogisk virksomhet rettet mot sine innbyggere. Med St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, som trådte i kraft i 2012, fikk kommunene ansvar for å drive lokal lærings- og mestringsvirksomhet. I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) står det i § 1-1 at kommunene skal «tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne» og «sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende». Kommunene er pålagt å fremme helse og forebygge sykdom blant annet gjennom å tilby opplysning, råd og veiledning. Forankringen i lovverket har gitt pasienter og deres pårørende en styrket *rett* og økt mulighet for opplæring i kommunen, jf. lov om pasient- og brukerrettigheter (1999). Samtidig har helsepersonell i kommunen en *plikt* til å bidra til dette, jf. lov om helsepersonell mv. (1999).

Samhandlingsreformen innebærer en retningsendring innen helsetjenesten. Den legger føringer for en desentralisering av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt økt innsats innen helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette innebærer at kommunene skal ivareta flere oppgaver knyttet til store brukergrupper med langvarige helseutfordringer. Samtidig er oppgavedelingen mellom kommunen og sykehus knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet tydeliggjort. Mens sykehusene skal gi lærings- og mestringstilbud der det er behov for spesialisert kompetanse, skal kommunene i større grad gi diagnoseuavhengige tilbud med vekt på det å leve med helseutfordringer. Spesialisthelsetjenesten er samtidig oppfordret til å bistå i oppbyggingen av kompetanse på fagområdet læring og mestring i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Lovverket understreker i tillegg at helsetjenester og tilbud skal være pasient- eller brukerorientert, det vil si i tråd med pasienters ønsker, behov og deltakelse. I *lov om pasient- og brukerrettigheter* (1999) påpekes det at pasienter og brukere har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og at tjenestetilbudene så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient og bruker. I dette ligger det at helsepersonell anerkjenner at pasienten eller pårørende har kompetanse på sitt eget liv, og at man kan samarbeide med pasienter på en måte som styrker deres evne til å mestre hverdagen. For at helsetjenesten skal være pasientsentrert, og for at brukermedvirkning kan skje, er kvaliteten på kommunikasjon og kompetansen hos helsepersonell avgjørende (Tveiten 2016).

Myndighetene har også bestemt at helse- og sosialfaglige bachelorutdanninger skal styrke den helsepedagogiske kompetansen blant fremtidige profesjonsutøvere.

Kunnskapsdepartementet har vedtatt en forskrift om felles rammeplan for alle helse- og sosialfaglige grunnutdanninger (Kunnskapsdepartementet 2017). Fra og med 2020/2021 skal forskriften og nasjonale retningslinjer erstatte nåværende rammeplaner for den enkelte utdanningen. Målet er å sikre at sektormyndigheter, utdanninger og tjenestene har større muligheter til å påvirke innholdet i utdanningene og til å sette kompetansekrav som i større grad er innrettet mot tjenestenes behov. Forskriften formulerer læringsutbyttebeskrivelser som står sentralt i arbeidet med nasjonale retningslinjer, og for den enkelte institusjonens videre arbeid med utdanningens innhold og læringsutbytte. Der står det blant at du etter å ha fullført bachelorutdanningen skal ha «relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse som gjør kandidaten i stand til å forstå og samhandle med brukere, pasienter eller pårørende». Videre står det at du skal «veilede brukere, pasienter og pårørende som er i lærings-, mestrings- og endringsprosesser» (Kunnskapsdepartementet 2017). Forskriften tar også sikte på å styrke det tverrfaglige samarbeidet mellom helse- og sosialfaglige profesjoner.

Hensikt og målgruppe

I denne boken vil forskere og fagpersoner fra flere helseprofesjoner introdusere en rekke metoder for kommunikasjon, samhandling og veiledning av brukere, pasienter og pårørende som er i ulike lærings,- mestrings- og endringsprosesser. Boken henvender seg hovedsakelig til bachelorstudenter på en helsefaglig grunnutdanning (bachelorutdanning/profesjonsstudium), som trenger en kunnskapsbasert og praktisk rettet lærebok om hvordan du på ulike måter, og på ulike arenaer, kan legge til rette for læring, mestring og endring. Kapitlene viser til aktuell teori og forskning, men er hovedsakelig praktisk rettet med konkrete eksempler/caser/scenarioer for å øke leserforståelsen. Boken er også aktuell for fagpersoner og brukerrepresentanter som er tilknyttet lærings- og mestringsvirksomheten, og for ledere i helse- og omsorgstjenesten.

En begrepsavklaring

Vi legger til grunn en vid forståelse av begrepet «metode». Helsepedagogiske metoder innbefatter både spesifikke pedagogiske metoder og tverrfaglige helsefaglige metoder eller tilnærminger til læring, undervisning, veiledning og kommunikasjon, samt mer generelle prinsipper, fremgangsmåter eller modeller. Begrepene «metode» og «modell» brukes ofte om hverandre i fag- og forskningslitteratur,

selv om de i utgangspunktet har ulik betydning. En modell (f.eks. den didaktiske relasjonsmodellen, se kapittel 10) er en forenkling av virkeligheten som tydeliggjør forhold som er ansett som vesentlig for det som skal forklares eller gjøres. Begrepet «verktøy» blir også brukt av kapittelforfatterne. «Verktøy» viser til hjelpemidler eller teknikker som kan være støtte for å utføre en oppgave. En modell kan også tjene som et verktøy eller hjelpemiddel for praksis (som ABC-modellen, se kapittel 3). Noen verktøy er nær knyttet til spesifikke metoder eller tilnærminger, mens andre er generelle og kan benyttes i ulike sammenhenger.

Bokens innhold

I *kapittel 2* beskriver André Vågan, Sølvi Heimestøl og Hilde Blindheim Børve en modell for samhandling og brukermedvirkning i planlegging og gjennomføring av gruppebaserte lærings- og mestringstilbud til mennesker som har langvarig sykdom. Hva er et gruppebasert lærings- og mestringstilbud, og hva er brukermedvirkning i denne sammenhengen? Hvorfor er det viktig for deg som student eller fagperson å ha kjennskap til dette? Hvordan kan du samarbeide med brukerrepresentanter på en god måte, helt konkret? Hvilke utfordringer kan det innebære? Hvilke erfaringer har man gjort seg?

I *kapittel 3* tar Torkil Berge og Elin Fjerstad opp kognitiv terapi som tilnærming og hvordan du ved hjelp av kognitive perspektiver og verktøy kan gi hjelp til selvhjelp til pasienter og brukere med forskjellige helseutfordringer. Pasientgruppen de bruker som eksempel, er mennesker som plages av tretthet og energimangel på grunn av at de har kreft, hjertesykdom eller kronisk utmattelsessyndrom, også kjent som ME. Antall pasienter som plages av tretthet og mangel på energi, er økende. Berge og Fjerstad har utviklet manualer og hjelpemidler til pasienter og brukere som har behov for kunne håndtere tretthet og energimangel. Men hva er egentlig kognitiv terapi? På hvilken måte kan du ved hjelp av redskaper fra kognitiv terapi bidra til å redusere utmattelse og styrke pasientens opplevelse av mestring i hverdagen? Hva er viktig å tenke på her? Og hvilke erfaringer har fagpersoner og forskere med å bruke slike redskaper?

Kapittel 4 gir innsikt i sentrale sider ved veiledning og hvordan du gjennom prinsipper og redskaper innen veiledning kan bidra til at pasienter og brukere får mer kontroll over sin helsesituasjon og sitt liv. Sidsel Tveiten tar i dette kapitlet for seg hvordan veiledning kan være et middel i en empowermentprosess. Begrepet empowerment har vært et sentralt begrep i forebyggende og helsefremmende arbeid siden 1970-årene. Enkelt sagt handler det om at personer eller grupper som

befinner seg i en avmaktssituasjon, skal tilegne seg styrke og kraft til å komme seg ut av avmakten. Hvordan kan veiledning bidra til det? Hva er veiledning, egentlig? Hvordan skiller veiledning seg fra informasjon, rådgivning og undervisning? Hva er viktig å tenke på når du skal veilede en eller flere pasienter eller brukere? Hva er det som er utfordrende, og hva sier forskningen?

I *kapittel 5* formidler Eva Langeland og Torill Nyheim Holvik kunnskap om hvordan du kan planlegge, gjennomføre og evaluere såkalte salutogene samtalegrupper med pasienter eller pårørende. Slike samtalegrupper retter oppmerksomheten mot dialog og refleksjon mellom fagpersoner og pasienter med forskjellige helseutfordringer. Målet er at pasienter øker bevisstheten om sine egne styrker og ressurser og utvikler en evne til å bruke ressursene når de opplever vanskeligheter med å tilpasse seg et liv med sykdom. Langeland har utviklet konseptet «salutogene samtalegrupper» med utgangspunkt i Aaron Antonovskys teori om helse, som har en sentral plass innen helsefremmende arbeid. Hvordan kan man gjennomføre salutogene samtalegrupper, enten det er i spesialist- eller kommunehelsetjenesten? Hva er gruppelederens rolle her? Hvordan kan du som gruppeleder legge til rette for at deltakeren skal få mer kunnskap om egne ressurser og oppleve økt mestring og livskvalitet? Hva viser forskningsresultater?

Det er mange pasientklager knyttet til dårlig kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient. En viktig årsak til dette er manglende kunnskaper og ferdigheter blant helsepersonell. Hva kjennetegner god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter? I *kapittel 6* beskriver Tonje Lundeby gode kommunikasjonsverktøy eller vaner som leger, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter kan anvende for å fremme mestring blant pasienter med psykiske helseutfordringer. Kommunikasjonsvanene er basert på et konsept utviklet i Kaiser Permanente i USA og er utprøvd flere steder i Norge. Konseptet handler i utgangspunktet om klinisk kommunikasjon mellom leger og pasienter, men er høyst aktuelt som et verktøy for kommunikasjon som flere yrkesgrupper kan benytte. Hvordan kan man helt konkret kommunisere på en måte som får pasienter til å oppleve seg hørt og sett, og som fremmer egenmestring? Lundeby bruker praktiske eksempler på kommunikasjon og kommunikasjonsferdigheter som fastleger bruker i konsultasjoner med pasienter som har lettere psykiske plager eller lidelser. I tillegg til forskning på temaet beskriver hun hvordan helsepersonell og pasient i fellesskap kan utforske pasientens egne tanker, bekymringer og ressurser.

Ulike livsstilssykdommer er et økende folkehelseproblem i store deler av den vestlige verden. Samtidig vet vi at endring av egne levevaner er komplisert og svært utfordrende. I *kapittel 7* tar Tom Barth for seg motiverende intervju eller MI som

samtalemetode i endringsprosesser. En MI-samtale innebærer at du bruker forskjellige lytteteknikker, samtaleverktøy og sammensatte strategier for å bistå mennesker til å ta stilling til, sette i gang, gjennomføre og vedlikeholde livsstilsendringer. MI brukes i motivasjonsarbeid, for eksempel når man prøver å slutte å røyke, spise sunnere eller bli mer fysisk aktiv. Metoden brukes også innen rehabilitering, forebyggende helsearbeid og i korte helsefremmende samtaler. Hvordan kan du fremme en persons motivasjon for å endre atferd, selv når han eller hun ikke er motivert til å gjøre det? Kapitlet er praktisk innrettet og fokuserer på hvordan du kan bruke samtalemetoden for å nå bestemte mål og støtte opp under forandringsprosesser, og viser til relevant teori og forskning.

Dagens helseutfordringer tilsier at helsepersonell i økende grad må lære å ta i bruk muligheter som ligger i digitale helsetjenester. Digitale verktøy oppfattes å være en del av løsningen for økt belastning på helsevesenet. Hva menes med digital helse og lignende begreper? Hvordan kan digitale løsninger tas i bruk i lærings- og mestringsvirksomheten? I *kapittel 8* beskriver Hilde og Tom Eide hvilken kompetanse helsepersonell og pasienter trenger for å anvende digitale løsninger. De tar også opp hvilke nye roller dette innebærer for helsepersonell. Og hva sier forskning om slike verktøy? Bidrar de til at pasienten får færre symptomer og opplever bedre sykdomsmestring? Bidrar de til at helsepersonell får en bedre forståelse for pasientens behov?

Norge er et multikulturelt land. Hvilken betydning har dette for helse- og omsorgstjenestene? *Kapittel 9* handler om kultursensitivitet i undervisning og veiledning av pasienter og pårørende. Hvilke kunnskaper, holdninger og verdier er viktig i møte med pasienter og pårørende? Hvordan kan helsepersonell helt konkret og praktisk legge til rette for undervisning og veiledning på en måte som ivaretar behovet for kunnskap og trygghet når pasienter og pårørende har en annen kulturell bakgrunn? I *kapittel 9* tar André Vågan, Hilde Berge, Absera Teshome Koricho og Bente Berg opp sentrale elementer i hvordan man planlegger og gjennomfører lærings- og mestringstilbud for foreldre til barn med funksjonsnedsettelser. Hvordan kan du rekruttere foreldre med minoritetsspråklig bakgrunn til å delta i slike tilbud? Hvordan kan du bruke tolk i slike tilbud? Hva kan innholdet i læringstilbudene være? Hvilke erfaringer har helsepersonell og pasienter gjort seg? Forfatterne peker på utfordringer, men også gevinster av tilbud, både for foreldre og barn.

Bokens siste kapittel (*kapittel 10*) har også et praktisk perspektiv: Forestill deg at du er ferdig utdannet sykepleier, vernepleier, ergoterapeut eller fysioterapeut. Sett at du ønsker å planlegge og gjennomføre et lærings- og mestringstilbud for de pasientene, brukerne eller pårørende som du er i kontakt med. Sett at du skal gi

informasjon og veiledning til en person med nyoppdaget diabetes på et sykehus, at du skal undervise om bruk av hjelpemidler til beboere i kommunen, slik at de kan forebygge skader og mestre hverdagslivet bedre, eller sett at du skal iverksette miljøterapeutiske tiltak i en bolig for personer med funksjonsnedsettelser. Hva er det viktig å tenke på i slike situasjoner? Er det tilstrekkelig å ha kunnskap om ulike undervisnings- eller veiledningsmetoder? Hva annet er det viktig å ta hensyn til? I dette kapitlet presenterer André Vågan og Kari Hvinden en utbredt og relevant modell for planlegging av pedagogisk arbeid i helse- og omsorgstjenesten, nemlig den didaktiske relasjonsmodellen. Modellen er utviklet for skolen, men har blitt tilpasset og anvendt innenfor en helsekontekst i ulike sammenhenger og på ulike nivåer. Den er ingen oppskrift på hva du skal gjøre, men peker på flere vesentlige faktorer du må være oppmerksom på når du planlegger informasjon, undervisning eller veiledning: Hva er målet med kurset, undervisningstilbudet eller samtalen du planlegger for pasient eller pårørende? Hva skal læringsmål og innhold være? Hvilke metoder eller tilnærminger kan du bruke? Hvilke rammefaktorer som tid og lokaliteter må du ta hensyn til? Hvilken helsekompetanse har de som skal lære? Hvordan kan du møte og kommunisere med disse på en måte som stimulerer til læring og mestring? Og hvordan henger disse faktorene sammen? De pedagogiske utfordringene er ulike, avhengig av om du skal undervise pasienter med akutt sykdom, pasienter med en tidsbegrenset sykdom eller pasienter med langvarige helseutfordringer. Alder og livsfase vil også påvirke det pedagogiske arbeidet. Dette avslutningskapitlet integrerer sentrale elementer fra de foregående kapitlene, setter dem inn i en helhetlig modell og gir deg eksempler på sentrale didaktiske vurderinger du må gjøre som helsefagutøver, uansett hvilken målgruppe det handler om, og i hvilken del av helsetjenesten du jobber i.

Vi ønsker deg lykke til!

Litteratur

Ambrosio, L., García, J., Fernández, M., Bravo, S. og Ayesa, S. mfl. (2015). Living with chronic illness in adults: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing,* 24: 2357–2367. doi: 10.1111/jocn.12827

Ekeland, T.-J. og Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

FHI. (2014). *Helsetilstanden i Norge.* Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no

HDIR. (2015). *Veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. https://www.helsedirektoratet.no