



Torill Kloster,
førstelektor,
Høgskolen i Vestfold



Vigdis Granum,
førsteamanuensis,
Høgskolen i Oslo

Lærer å formidle kunnskap

Kurs i helsepedagogikk gjør helsearbeiderne mer bevisste sitt pedagogiske ansvar.

Kurset har stimulert helsearbeiderne til å se flere muligheter.

Hanssen sier i et intervju i Dagens Medisin, november 2008 (1) at han ønsker å satse på helsepedagoger. Hvem disse helsepedagogene skal være sier han ikke noe om, men han tror helsepedagoger vil få en viktig funksjon i kommunehelsetjenesten. Etterlysningen av «helsepedagoger» har fått en gruppe fastleger og forskere til å svare (2) at fastleger allerede er viktige «pedagoger» for sine pasienter, med 15 millioner pasientsamtaler i året, samtidig som de ser behovet for mer systematisk utdanning innen kommunikasjon og pedagogikk.

Videreutdanning i helsepedagogikk
Høgskolen i Vestfold har fra 2006 årlig gjennomført en tverrfaglig videreutdanning innen helsepedagogikk for å øke helsepersonells pedagogiske kompetanse. Formålet har blant annet vært å bevisstgjøre helsearbeidere på deres verdi- og kunnskapsgrunnlag og videreutvikle relasjons- og kommunikasjonsferdigheter. Sykepleiere, fysioterapeuter, sosionomer, vernepleiere og miljøarbeidere har deltatt på kursene.

Gjennom ulike metoder arbeider studentene med kliniske problemstillinger, individuelt eller i gruppe. Ved hjelp av obligatoriske, elektroniske innleveringer av konkrete situasjonsbeskrivelser og faglige refleksjoner, blir den praktiske kunnskapen bevisstgjort. Kursdeltakerne beskriver utfordringer og erfaringer fra egen praksis og innhenter relevant teori og forskningsbaserte artikler som kan belyse situasjonene. For eksempel har vi drøftet bruk av språk og makt. Skal vi betegne den vi skal hjelpe som pasient, klient eller bruker? Hva skjer i asymmetriske relasjonsforhold? Hva gjør vi når pasienten ikke etterlever den informasjonen vi gir? Hva med brukermedvirkning? Hvordan samstemmer forholdet mellom deltakerforutsetninger, innhold, arbeidsmåter, mål og rammefaktorer? Sjekker jeg at pasienten har forstått? Går det en grense for vår empati? Hvilke juridiske og etiske krav stilles til oss som helsearbeidere? Eksamen i kurset er praksisnær ved at studentene velger grup-



per av pasienter eller pårørende fra eget praksisfelt for å dokumentere sin kompetanse innen helsepedagogikk. Flere deltakere har for eksempel laget konkrete kvalitetsutviklingsprogram eller tiltak for å bedre informasjon, undervisning og veiledning som gis til pasienter og pårørende. Andre har fokusert på skriftlig informasjon som gis til pasienter de har ansvar for.

Hva er helsepedagogikk?

I artikkelen vil følgende spørsmål bli belyst: Hva er helsepedagogikk? Hva hindrer helsearbeidere i

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Undervisning
Pedagogikk
Utdanning
Helsepersonell



å være gode helsepedagoger? Kan et tverrfaglig videreutdanningskurs i helsepedagogikk bidra til at helsearbeidere ivaretar sitt pedagogis-

i Norge hatt juridisk plikt til å informere pasienter og pårørende – og pasienter har en tilsvarende rett til å få informasjon (3, 4, 5).

Den opplyste pasient og pårørende blir en utfordring, dersom helsepersonellet ikke følger med i kunnskapsutviklingen.

ke ansvar? Resultater fra spørreundersøkelser blant kursdeltakerne i helsepedagogikk er utgangspunkt for diskusjonsdelen.

Fra 2001 har helsepersonell

I forarbeidene til Lov om Spesialisthelsetjenesten (6) presiseres det: «Like viktig som god medisinsk behandling er god opplæring og mestring av sykdommen. Mangel

på opplæring er like alvorlig som mangel på medisiner og gode behandlingsformer.» Kunnskapsrike pasienter bidrar til bedre kvalitet på helsetjenestene, fordi de både har vurderingskompetanse og kan formulere sine interesser og ønskemål for behandlingen. Pasientrettighetsloven (4) regulerer blant annet hva pasienter og pårørende skal ha av informasjon og hvordan denne skal tilpasses den enkeltes forutsetninger. Loven skal bidra til å ivareta respekten for den enkelte pasientens menneskeverd og integritet. Ifølge pasientombudenes

TID OG ROM: Det er også viktig at forholdene legges til rette for at sykepleier kan veilede og informere pasienter. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

årsmeldinger (7, 8), klager pasienter og pårørende ofte over dårlig eller manglende informasjon.

Helsepedagogikk, helsefremmende arbeid, pasientundervisning, pasientutdanning, pasientveiledning, helserådgivning, støtte og informasjon til pasienter og pårørende er begreper som går igjen i artikler og lærebøker for helsearbeidere nasjonalt og internasjonalt.

nalt. Søk i ulike databaser med de nevnte begreper gir mange tusen treff. Lærebøker i helsepedagogikk utgitt etter år 2000 henvender seg til helse- og sosialfagarbeidere generelt (9, 10, 11, 12), eller de fokuserer på sykepleierens pedagogiske ansvar spesielt (13, 14, 15).

Informasjon og veiledning

I nordisk sammenheng brukes pasientundervisning ofte synonymt med pasientveiledning og pasientinformasjon eller som et samlebegrep for ulike pedagogiske metoder; inkludert undervisning, støtte, veiledning, rådgiving, informasjon og instruksjon (13, 16). Helsesøstre sier: «... at det var vanskelig å begrepssette hva veiledning egentlig innebar, fordi de i dialog med brukeren både måtte informere, undervise eller gi råd, avhengig av hva som var brukerens behov i øyeblikket, og tiden de hadde til rådighet» (17:81).

I engelskspråklig litteratur erstattes «patient teaching» nå ofte av «patient education». Dialog, brukermedvirkning og det helsefremmende og forebyggende perspektivet blir fremhevet (18). I Ottawacharteret (19) betraktes god helse som en ressurs, og det foreslås en rekke tiltak på individ- og samfunnsnivå for å fremme helse. Også helsearbeidere er ansvarlige for slike tiltak. Skelton (20) foreslår at «patient education» brukes når pasienter blir syke for første gang eller når pasienter skal mestre en kronisk sykdom, og at «health education» fokuserer på symptomfrie individer der hensikten er å informere om helserisikofaktorer.

I Norge har det de siste ti årene skjedd en endring i tråd med politiske og faglige føringer angående begrepsbruk og begrepsinnhold når det gjelder informasjon, undervisning og veiledning av pasienter og pårørende. Sykepleieres og legers løpende informasjon er komplettert av planlagte undervisnings- og veiledningstilbud. Det tilbys polikliniske konsultasjoner og pasientskoler. Helseforetakene

har opprettet Lærings- og mestringssentre for å hjelpe pasienter og pårørende til å mestre sin livssituasjon. Hvorfor opplever ikke pasienter og pårørende å få tilstrekkelig informasjon?

Metode

Et spørreskjema med åpne spørsmål ble delt ut til deltakerne ved oppstart og ved slutten av kurset i helsepedagogikk. Første dag på kurset ble deltakerne bedt om å skrive ned hva de forbandt med helsepedagogikk. I tillegg skulle de skrive ned tre utfordringer som hindret dem i å være gode helsepedagoger i praksis. Siste dag på kurset ble de igjen bedt om å gjøre tilsvarende prioriteringer. Deltakerne ble også bedt om å

Dialogen, kommunikasjonen og relasjonen er fundamentet for den gode helsepedagogen.

beskrive hvilken betydning kurset i helsepedagogikk hadde hatt for å bli en bedre helsepedagog.

Ved oppstarten av kurset fremhever deltakerne betydningen av kommunikasjon; å lytte, se pasienten og stille åpne spørsmål når helsepedagogikk skal klargjøres. Begreper som informasjon, veiledning og undervisning, rådgiving, støtte, motivering og kunnskapsformidling fremkommer, men det blir ikke gjort forsøk på å skille eller utdype begrepene. Begrepene mestring, brukermedvirkning og empowerment, samt å ha kontroll påpekes av enkelte. Forskjellen på å være syk versus frisk, eller å ha helse eller ikke, nevnes ikke.

Utfordringer

Når det gjelder hvilke utfordringer som helsearbeiderne opplever at hindrer dem i å være gode helsepedagoger, blir faktorer som tid, rom og organisering trukket hyppigst frem. Mangel på tid er den faktoren som nevnes av de fleste: «Det er vanskelig å få tid til å holde seg faglig à jour, følge med

på forskningen, justere budskapet / innholdet i undervisningen.» Deretter fremheves mangel på rom og muligheten til ro. Enkelte er usikre på om pasienten har fått nødvendig informasjon før hjemreise. Organiseringen i avdelingen ivaretar ikke systematisk informasjon til pasientene. Audiovisuelt utstyr savnes til formidling. Skriftlig materiell brukes lite bevisst. Pasientopplæring i grupper byr også på utfordringer: «Vanskelig å lage grupper som passer sammen slik at alle får medvirket på en god måte.»

Deltakerforutsetninger både hos pasienter, pårørende og helsearbeidere erfares også som hindringer. Pasienters og pårørendes situasjon, som er preget av kriser, manglende

motivasjon eller kognitiv svikt, oppleves som utfordrende og beskrives blant annet på følgende måte: «Umotiverte pasienter som er kognitivt svekket, har ned-satt initiativ, eller er deprimerte. Hvordan skal jeg motivere til aktiv deltakelse uten å gå i kjelleren selv?» Helsearbeiderens egen kompetanse eller manglende kunnskap beskrives slik: «Jeg mangler kunnskap og erfaring.» (...) «Min egen kompetanse er lav. Jeg er utdannet for mange år siden.» I tillegg til manglende kunnskap fremkommer etiske utfordringer; å handle etisk forsvarlig i kombinasjon med en travel arbeidsdag oppleves belastende.

Kursets betydning

På slutten av studiet fremhever flere kursdeltakere betydningen av mestring og brukermedvirkning når helsepedagogikk omtales. De understreker at både helsefaglig og pedagogisk kunnskap er nødvendig for å ivareta deres pedagogiske ansvar. På spørsmålet

om hvilke hindringer de opplever i å være gode helsepedagoger fremheves de samme hovedkategoriene som trekkes frem ved oppstart, men de beskrives annerledes og mer utdypende. Tidsfaktoren og romforhold blir fortsatt trukket frem som hindrende faktorer, men utfordringene som nevnes er færre og i tillegg blir mulighetene fremhevet: «Vanskelig å svare på dette nå da kurset har lært meg å se på muligheter mer enn begrensninger!»

Deltakerforutsetninger omtales i mer positive termer som: «Nå hører resten av staben på meg når jeg snakker om å undervise og veilede pasienter», og: «Jeg er blitt flinkere til å finne forskningsartikler på nettet.»

Hovedkonklusjonen når det gjelder kursets betydning er: bevisstgjøring av helsearbeiderens ansvar for informasjon, undervisning og veiledning i tillegg til økt kompetanse til å vareta den pedagogiske funksjonen. Avhengig av den enkeltes forutsetning for å starte på kurset, fremheves ulike kompetanseområder som er utviklet: «Kurset har hatt stor betydning, mye kunnskap og læring, særlig via eksamensoppgaven.»

Diskusjon

Før de nye helselovene trådte i kraft ble det pedagogiske ansvaret beskrevet forskjellig innen lovverket for de ulike profesjonene. Selv om sykepleiere alltid har hatt undervisningsansvar integrert i yrkesfunksjonen, var det først i Rammeplanen 2000, (21) at pedagogikk nevnes som eget tema under samfunnsvitenskapelige emner.

At helsearbeidere har ulik forståelse av begrepet helsepedagogikk, samsvarer med tidligere studier (16, 17). Ulike pedagogiske metoder må tilpasses pasienters og pårørendes behov og ressurser. Det er bedre å bruke mer tid til informasjon enn å gi råd som blir motarbeidet (22).

Pasientombudene (8) presiserer at kommunikasjonssvikt er et

vesentlig element i alle henvendelsene de mottar. Om dette skyldes en stadig travlere hverdag for helsepersonell eller at pasientene er mer oppmerksomme på sine rettigheter, vet vi ikke. Vi kan jo stille spørsmålet om informasjon er gitt hvis mottaker ikke har forstått. Dialog med pasienter gir dem større mulighet til forståelse av informasjonen, slik at de kan ta valg i tråd med egne verdier. Helsearbeidere formidler kunnskap, men erfaring med å leve med sykdom og mestre den, er pasientene eksperter på. Dialogen, kommunikasjonen og relasjonen er fundamentet for den gode helsepedagogen. Dette uttrykker respondene også i sine svar, spesielt i slutten av kurset – uavhengig av om de kaller det informasjon, undervisning, veiledning eller støtte. Målet er at pasientene opplever trygghet og mestring, noe pasienter også i andre studier fremhever som viktigst (16, 23).

Tid, rom og organisering

Selv om det ikke fokuseres like sterkt på tid og rom som hindring

mot slutten av kurset, er ramme-faktorene reelle hindringer hvis det ikke gjøres endringer i helsevesenet. Et kurs i helsepedagogikk kan ikke påvirke hindringene direkte, men kurset har stimulert helsearbeiderne til å se flere muligheter. Bevisstgjøring og fokusering på informasjon, undervisning og veiledning fører til at tiden blir omprioritert. Sykepleiere i hjemmehasert omsorg opplever aldri at pasientundervisning er tidsan-gitt på arbeidsplanen. Kanskje undervisning og veiledning bør uttrykkes eksplisitt i vedtak som blir gjort ved tildeling av hjemme-baserte tjenester (24). God orga-nisering kan også sørge for at det blir tatt hensyn til når pasienter og pårørende er mest mottakelige for ny kunnskap.

Deltakerforutsetninger

Kursdeltakere sier at det kan være problematisk å motivere pasien-ter til aktiv deltakelse i egen helse. Pasienter har juridisk rett til medvirkning og nyere studier viser at pasienter profiterer på større deltakelse i kliniske avgjørelser

(25). Skal beslutninger fattes, kreves det kunnskap. Dersom helsearbeideren ikke har tilstrekkelige kunnskap om pasienten eller mangler faglig og pedagogisk kompetanse, vil resultatet bli dårligere for pasienten. Dette kan resultere i misforståelser og klager. Dersom en forholder seg til mange pasienter, slik flere nevner, er det ikke lett å få kunnskap om den enkeltes kognitive eller emosjo-nelle læreforutsetninger. Undervisning i gruppe er utfordrende, både med tanke på læringsutbyttet og taushetsplikten. Skal undervisning og veiledning i grupper lykkes, må det ikke kun styres av effekti-vitetshensyn. Betydningen av det uformelle læringsforholdet mellom pasientene der erfaringer deles, er også viktig.

At erfarne helsearbeidere for første gang under kurset tok i bruk databaser for å finne forsknings-artikler om «sine» pasientgrupper, er et tankekors. Flere pasientgrup-per anvender internett for å søke helse-relatert informasjon (26). Helsepersonells kjennskap til hel-serelaterte nettsider er vesent-

lig for å kunne hjelpe pasienter og pårørende til å vurdere kvaliteten på innholdet. Den opplyste pasient og pårørende blir en utfordring, dersom helsepersonellet ikke følger med i kunnskapsutviklingen, eller informasjonen som er gitt skaper urealistiske forventninger. Bruk av skriftlig materiell, enten via inter-nett eller i papirform, må vurderes nøye og kun være et supplement til muntlig dialog.

Konklusjon

Økt vekt på effektivisering, indi-viduelle rettigheter, kunnskap og forventninger kan gjøre det utfordrende å tilfredsstille pasienters og pårørendes behov for informasjon. Faglig forsvarlig yrkesutøvelse krever at både det individuelle ansvaret og systemansvaret blir ivarettatt. Kurset i helsepedagogikk gjorde deltakerne mer bevisste på å ivareta det pedagogiske ansvaret. Om pasienter og pårørende har erfart endring i forhold til pasi-entundervisning i praksis er ikke undersøkt i denne studien, men eksamensbesvarelsene bekrefter at tiltak er iverksatt.

LITTERATUR

1. Dommerud T. Lei av dum debatt og pengemas. Dagens Medisin. 20.11.2008, s. 4.
2. Schei E, Rørtveit G, Diaz E. Ny fast-legereform! Aftenposten. 16.01.2009, s. 4.
3. Lov 1999-07-02 nr. 64 Lov om helsepersonell.
4. Lov 1999-07-02 nr. 63 Lov om pasientrettigheter.
5. Lov 1999-07-02 nr. 61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
6. Ot.prp. nr. 10 1998-99 Om spesialisthelsetjenesten
7. Årsmelding 2006 – Et sammendrag av pasientombudenes årsmeldinger.
8. Årsmelding 2007 – Et sammendrag av pasientombudenes årsmeldinger.
9. Dalland O. Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
10. Hopen V, Hopen L. Helsepedagogikk. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. 2004.
11. Saugstad T, Mach-Zagal R. Sundhedspædagogik for praktikere. København: Munksgaard, 2005.
12. Kostenius C, Lindquist AA. Hälsovägledning. Från tanke till ord och handling. Lund: Studentlitteratur, 2006.
13. Lesjgaard Christensen S, Huus Jensen B. Pedagogikk og pasientutdanning. Sykepleiens pedagogiske felt. Oslo: Akribe, 2003.
14. Granum V. Praktisk pasientundervisning. Bergen: Fagbokforlaget, 2003.
15. Tveiten S. Pedagogikk i sykepleiepraksis. Bergen: Fagbokforlaget, 2008.
16. Kloster T. Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasientene dette? Vård i Norden 1997;17 (3): 14-20.
17. Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker ... Om veiledning i empower-mentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.
18. Yoon SJ, Conway J, McMillan M. An exploration of the concept of patient education: Implications for the development of educational programmes for relapsed post-bone marrow transplantation patients and their families in Korea. International Journal of Nursing Practice 2006; 12: 129-135.
19. World Health Organization (WHO) (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa charteret om helsefremmende arbeid. Oversatt og utgitt av Helsedirektoratet.
20. Skelto A. Evolution or revolution? The struggle for the recognition and development of patient education in the UK. Patient Educ Coun 2001; 44:23-27.
21. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Rammeplan for sykepleierutdanning, 2000.
22. Barth T, Näsholm C. Motiverende samtale Endring på egne vilkår. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.
23. Grønnestad BK, Blystad A. Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. – En kvalitativ studie. Vård i Norden 2004; 24 (4): 4-8.
24. Fermann T, Næss G. Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: Kirkevold M, K Brodtkorb K, A Høyen Ranhoff A, red. Geriatrisk sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2008: 196-218.
25. Holliday R, Cano S, Freeman JA, Playford ED. Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2007; 78: 576-80.
26. Davallius C, Flensner G. Hälso-relaterad information via Internet: Hinder och möjligheter för individen. Vård i Norden 2006; 26 (4): 37-40.