

Roar Stokken
Jan Ole Bolsø

Pasientinformasjon, pasientopplæring eller pasientundervisning?

- slik tenker vi det

Notat nr 3/2003
ISSN 0805-8075

Høgskulen i Volda Møreforsking Volda
2003

Prosjektinformasjon

Prosjekt	Pasientinformasjon, pasientopplæring eller pasientundervisning?
Prosjekteiere	KPI: Kompetansesenter for pasientinformasjon HVO ved KEV: Konferanse, etter- og videreutdanningeinigna ved Høgskulen i Volda
Finansiering	KPI og Høgskulen i Volda
Forfattere	Roar Stokken Jan Ole Bolsø
Ansvarlig utgiver	Høgskulen i Volda
Distribusjon	Verdensveven og KPI
ISSN	0805-8075
ISBN	Trykt utgave: ISBN 82-7661-169-9 Elektronisk utgave: ISBN 82-7661-170-2
Sitert som	R. Stokken og J. O. Bolsø (2003). Pasientinformasjon, pasientopplæring eller pasientundervisning? Volda, Høgskulen i Volda.

Forord

Ved oppstart av prosjektet Kompetansesenter for pasientinformasjon og pasientopplæring (KPI) 2002 fikk prosjektleder Jan Ole Bolsø blanke ark. En rekke offentlige utredninger hadde sagt mye om at informasjon og opplæring var viktig, men de sa forholdsvis lite om hvordan ting hang sammen, eller hvordan man skulle kunne oppnå bedre pasientinformasjon og pasientopplæring. Ved gjennomlesing var det vanskelig å finne et fundament som en kunne bygge KPI på. Byggesteiner var det mange av, og mange av disse var godt teoretisk og faglig forankra, men det var ikke lett for å finne en samlende ide. En slik ide måtte både samle det som allerede var sagt, og være praktisk håndterbar i oppbygningen av et kompetansesenter for Helse Midt-Norge.

Ved å søke til England og USA kom flere faglig tunge byggesteiner på plass. Ikke minst tankene til Angela Coulter og Kate Lorig var inspirerende. Men som så ofte før er det i det faglige nærmiljøet at bitene fant en helhet.

Forfatterne oppdaget, etter å ha hatt flere diskusjoner omkring konkrete prosjekt, at vi hadde behov for å avklare og strukturere tankene våre rundt hva pasientinformasjon, pasientopplæring, pasientundervisning, læring, kunnskap og så videre var for noe. Vi kommer fra ulike faglige verdener, og ingen av oss har helsefaglig bakgrunn. Med en slik bakgrunn tror vi det var lettere for oss å si at det var en læringsteoretisk botn som burde danne grunnfjellet for KPI, og ikke en helsefaglig.

Disse tankene munnet ut i en grafisk fremstilling av sammenhengen mellom alle begrepene omkring læring og informasjon, og en omfattende diskusjon rundt verdier og målsetninger med disse begrepene. Denne skissen tok Jan Ole med seg når han møtte aktører i feltet, og fikk med seg tilbake en følelse av at skissen vår kunne være til nytte også for andre. Det gjorde at vi besluttet å skrive den ut med litt flere detaljer, og gjøre den offentlig tilgjengelig. Denne skissen er å finne på side 12. Denne "arbeidstegningen" føler vi nå ligger som et "ideologisk" grunnlag for arbeidet til KPI.

Det har vist seg at modellen i sin enkleste form har skapt gode diskusjoner. Håpet vårt med denne utvida versjonen er at den både kan skape grunnlag for diskusjoner rundt begrepene og hjelp til å sammenfatte dem. I tillegg opplever vi at dette dokumentet plasserer KPI, og resten av miljøet i Volda, på et sted i helseopplæringsterrenget som vi er komfortable med å være på.

Som ikke-helsepersonell har vi en annen forståelseshorisont og ett annet bakteppe enn de fleste andre som jobber med de samme problemstillingene. Vi håper at vårt bidrag kan være verdifullt, enkelt og greit i egenskap av å være et alternativt perspektiv. Et perspektiv som kan bringe diskusjonen rundt pasientundervisning og pasientopplæring ett steg videre. Dette gjelder både når

man skal utvikle læringstilbud til pasienter, når en utvikler pasientinformasjon, organiserer arbeid og daglige rutiner og lignende.

Vårt håp er at denne teksten, i kombinasjon med dine tanker og erfaringer, kan åpne for at du ser andre sider ved din egen arbeidsdag. Dette dokumentet er ikke et svar på problemstillinger knyttet til feltet, men et utgangspunkt for spørsmålet: Ja, hva gjør vi med dette?

Lykke til!

Roar Stokken

Jan Ole Bolsø

Innhold

Sammendrag	1
Innledning	2
Helse	2
Mestring	2
Individ og samfunn	3
Begrepet pasient	4
Pårørende	4
Begrepet pasientopplæring	5
Opplæring	7
Kunnskap	7
Læring	7
Teoretisk bakgrunn	9
Redskaper	9
Mediering	9
Medierende triangel	10
Aktivitetssystemer	10
Den nærmeste utviklingssona	11
Stillas	12
Slik kan man tenke pasientopplæring	13
Til slutt	17
Helsedepartement/Sosial og Helse direktoratet	17
Regionale helseforetak	17
Helseforetak	18
Avdelinger/kommunehelsetjenesten	18
Helsepersonell	18
Pasient og pårørende	18
Veien videre	18
Litteratur	19

Sammendrag

Denne teksten er et forsøk på å stimulere debatten rundt sykehusenes fjerde oppgave: Pasientopplæring. Vi definerer begrepene helse, pasient og mestring. Dette settes i sammenheng med hvordan vi ser på forholdet mellom individ og samfunn. Videre prøver vi å se på pasientopplæring, og hvordan denne må sees i lys av målet om bedre helse og hver individuelle pasients situasjon.

Videre ser vi på begrepene Opplæring, kunnskap og læring; hvordan de henger sammen og hvordan vi definerer dem. Kunnskapssynet vårt er situert, det vil si at kunnskap "sitter fast" i en sosial kontekst. Læring ser vi på som en aktiv prosess som defineres som produktet av motivasjon, avkoding og forståelse.

For å sette dette inn i en sammenheng benytter vi en sosiokulturell forståelse for læring. I denne forståelsen er hvordan redskaper formidler kunnskap sentralt. For å kunne modellere det vi berører senere introduserer vi *det medierende triangel* og *aktivitetssystemer*. Læringen blir videre knyttet opp til den nære utviklingssonen, og hvordan man kan legge til rette for læring ved å bygge *stillas*.

Videre argumenterer vi for en slik måte å tenke pasientopplæring på, og eksemplifiserer dette gjennom en modell der vi fordeler prosessene mellom individet og organisasjonen. Vi viser også hvordan man kan tenke seg kunnskap brukt som et felles verktøy for helsevesenet og pasienten, for å oppnå bedre helse. Vi peker også på viktigheten av å ta høyde for pasientens hverdag i pasientopplæringen.

Til slutt kommer vi med en skisse over hvordan man kan tenke seg en ansvarspyramide. Denne er ikke konklusiv, men et utgangspunkt for videre diskusjon.

Innledning

Begreper som læring, opplæring, informasjon, undervisning, kunnskap med flere brukes ofte uten at vi tar oss tid til å definere dem. Vi kjenner selv ordenes innhold, og tror alle er enige med oss i vår egen definisjon, noe som ofte ikke er tilfelle og som dermed ofte kan skape problemer. Det er med denne bakgrunnen vi skisserer hvordan vi ser på sammenhengen mellom, og innholdet i, disse begrepene.

Vårt fokus er pasienten, og dermed også et mål om å bedre pasientens helse og mestring av hverdagen. Behandling i tradisjonell forstand berører vi ikke her, utover at vi ser pasientopplæring som en viktig del av den behandling som pasienten tar del i. I dette dokumentet ser vi nærere på aksene mellom pasienten som det handlende subjekt og målet som et objekt å rette handlingene mot. Vi ser altså på hvordan pasienten kan nå målet sitt om bedre helse og mestring. Alle andre aktører og redskaper sees ut fra denne hovedaksen.

Helse

Siden vi har satt målet med pasientopplæring til å være bedre helse eller mestring er det behov for å definere disse begrepene. Jon Gunnar Mæland (1999) beskriver begrepet helse på tre ulike måter: 1) Helse som fravær av sykdom, 2) helse som ressurs (å ha god helse gir motstandskraft mot sykdom) og 3) helse som velbefinnende (som kan oppleves på tross av sykdom).

Vi finner alle tre oppfatningene i bruk i dagligtalen og alle tre har en betydning når det gjelder pasientopplæring. For oss vil de to siste være mest aktuelle, og vekten vil i de fleste tilfeller ligge på den siste definisjonen. God helse vil gi motstandskraft mot de sykdommene en har eller står i fare for å utvikle, og vil dermed stå sentralt i mye pasientopplæringsarbeid. Aller viktigst vil det som kalles opplevd helse eller helse som velbefinnende være. Det er oppnåelig selv om en fortsatt er syk på grunn av en kronisk sykdom.

Mestring

Mestringsbegrepet henger tett opp til definisjonen av helse som velbefinnende. Grue (2001) deler mestringen opp i to dimensjoner, den sosiale og den psykiske: 1) Mestringsens sosiale dimensjon handler om at man må mestre hverdagens krav om samspill med sosiale miljø. 2) Den psykologiske dimensjonen handler om hvordan man psykisk takler problemene med å mestre det sosiale miljøet. Skillet mellom disse dimensjonene er ikke alltid lett å få øye på, og kanskje heller ikke så vesentlig slik vi ser på det (Se neste kapittel).

Det finnes ulike definisjoner på mestring. Noen setter likhetstegn mellom mestring og *empowerment*, som peker mot å ta makt og myndighet over eget liv. Andre sier at mestring handler om noe i retning av det engelske begrepet *coping* – som kanskje kan oversettes med å håndtere. Det vil si å møte utfordringene med de ressurser som er for hånden: Egne, familiens og hjelpeapparatets. Vi synes det er på sin plass å peke på at begge disse definisjonene medfører at man må rette blikket mot selvstendighet og deltagelse og ikke pasientens ferdigheter.

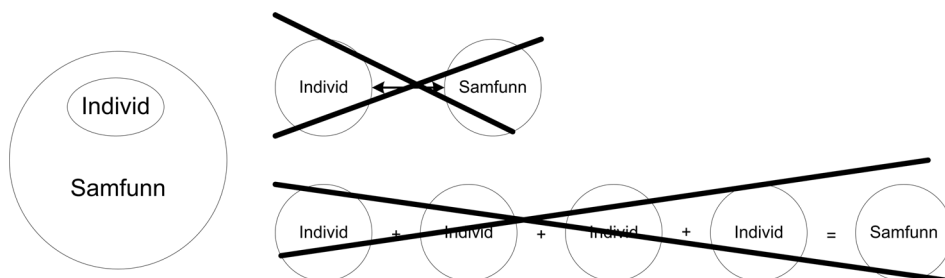
Pasienter opplever i større eller mindre grad at sykdommen fører til et ”brudd i livet”. De får en diskontinuitet, i motsetning til å leve et stabilt, forutsigbart liv med god helse. Mestring handler derfor om å opprette kontinuitet, rekonstruere følelsen av helhet og forsøke å skape orden og sammenheng og derigjennom kontroll over eget liv.

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring for kronisk syke har en definisjon som vi finner formålstjenelig siden nivået av og hva som er mestring alltid vil være individuelt:

*”Mestring handler om å **tro** at man kan klare å løse en oppgave, ha en viss **kontroll** over sin egen tilværelse og kunne justere **handlingene** og **følelsene** og **forestillingene** i en ønsket retning.” (Normann og Sandvin 2001, våre uthevinger)*

Individ og samfunn

Vi ser på relasjonen mellom individ og samfunn som en indre relasjon, slik figuren under viser. Individet eksisterer i kraft av samfunnet og motsatt. Samfunnet er dermed ikke en sum av individene eller som noe som kan eksistere uten individet. På denne måten er det ikke en ytre motsetning mellom individ og samfunn (Broch m.fl. 1991), og man kan følgelig heller ikke skille individuelle handlinger fra omgivelsene (Kuutti 1996). Dette er fordi det er omgivelsene som bestemmer handlingene til aktørene. Det personlige ståstedet og samfunnet sitt ståsted er begge en del av det totale (Kaptelinin 1996).



På denne måten kan man ikke skille pasienten fra pasientens omgivelser. Dette medfører at man i realiteten ikke kan konsentrere seg bare om pasienten. Man må involvere pasientens omgivelser.

Begrepet pasient

Angela Coulter (2002) diskuterer hvilket begrep man skal benytte når man skal omtale en pasient. Hun drar frem flere ulike alternativ, men lander like vel til slutt på *pasient*. Hun begrunner dette blant annet med at det ikke er noen gode alternativer og at det latinske opphavet til ordet ikke er annet enn en person som lider. Vi har altså valgt å følge rådet hennes, og bruker dermed begrepet *pasient*, og ikke for eksempel *bruker*.

I Kunnskapsforlagets Blå Fremmedordbok er en pasient definert som en person som er under behandling. Behandle er videre definert i Kunnskapsforlagets Norsk Ordbok til det å anvende en viss metodisk el. formell fremgangsmåte overfor noe/noen.

Det er nok på tide å omskrive ordbøkene for pasienten i det 21. århundre er i ferd med å innta en ny rolle. Angela Coulter beskriver det slik:

” It’s time to redefine the patient’s role. No longer is he or she simply a passive victim of illness. In the 21st century the patient is a decision-maker, care manager and co-producer of health, an evaluator, a potential change agent, a taxpayer and an active citizen whose voice must be heard by decision-makers. Acknowledging these roles and developing and extending active partnerships with patients has become essential for all health care providers, and in particular for those working on the front-line in primary care.” (Coulter 2002)

I vår sammenheng stemmer det bra at pasientens rolle redefineres til et aktivt handlende subjekt og ikke bare – slik ordboka definerer pasienten – et objekt som er under behandling.

Pårørende

Pasientopplæring omfatter, eller *bør* i det minste omfatte, i svært mange tilfeller også pårørende. Det er ikke umiddelbart opplagt at pårørende inngår som en del av begrepet pasient, men en kan argumentere for at de gjør det ut fra minst tre ulike tankerekker:

1. De pårørende er et redskap for å bedre pasientens helse og mestring, og må derfor få den opplæring de trenger for å kunne løse denne oppgaven
2. Pårørende vil ofte selv komme i en situasjon hvor de står i fare for å få redusert helse på grunn av fysiske eller psykiske påkjenninger de får gjennom sin rolle. De vil selv stå i fare for å bli, eller er allerede, pasienter.

3. En bedret helse krever svært ofte en endret livssituasjon/livsstil. For at dette skal lykkes må pasientens daglige miljø ”inkluderes i behandlingen”, og kan således med litt godvilje kunne falle inn under begrepet pasient.

Vi bruker altså ikke begrepet pasient som et objekt man knytter en diagnose til, men et subjekt som skal inn i en læreprosess.

Begrepet pasientopplæring

For at subjektet (pasienten) skal nå objektet (bedre helse og mestring), må pasienten være aktiv i en prosess. Vi kaller denne prosessen for pasientopplæring, men dette er et uttrykk som mange legger ulikt innhold i, og det er derfor behov for å se nærmere på hva det er.

Målet med pasientopplæring er noe mer enn bare å gi pasienten kunnskap (Lorig 2001). Av Lorig blir *patient education* definert som alle sett av planlagte utdanningsaktiviteter som er skapt for å forbedre pasientens helsehandlinger, helsestatus eller begge deler. Vi velger å bruke denne definisjonen for begrepet pasientopplæring, selv om man nok heller ville omsatt *patient education* til pasientutdanning.

Pasientopplæring kan slik vi ser det skje på to ulike måter: Gjennom pasientinformasjon og gjennom pasientundervisning. Pasientundervisning er en prosess der pasienten med hjelp og støtte fra andre skal føres fra et ”mentalt sted” til et annet. Pasientinformasjon kan også føre pasienten fra et ”mentalt sted” til et annet, men pasienten får ikke hjelp i denne prosessen utover at informasjonen vedkommende trenger er tilrettelagt.

I pasientundervisninga benytter man svært ofte ressurser som uten innvirkning fra helsepersonell blir å se på som pasientinformasjon. Eksempel på dette kan være brosjyremateriell og lignende.

Jakobsen (Elgjo 2002) mener at det er viktig å skille mellom logistisk pasientinformasjon og klinisk pasientinformasjon: 1) Logistisk informasjon er all informasjon som formidler sykehusets tilbud, telefonnummer, åpningstider og annen praktisk informasjon. 2) Klinisk informasjon omhandler sykdommen, behandling, forbygging etc. Det er denne siste typen (2) vi her kaller pasientinformasjon. Det vil si at alt som er nødvendig for læringsprosessen hos den lærende. Dette er dermed tilrettelagt informasjon (i bok, brosjyre, nettsted eller lignende), men undervisninga mangler. Det er altså opp til den lærende selv å sette i gang læringsprosessen for å få kunnskap. Dette krever høy grad av motivasjon, og en får ingen hjelp til avkoding og forståing.

Både informering og undervisning vil (om den er vellykket) føre til en læring hos pasienten. En slik læring kan føre til endring av kunnskaper, ferdigheter og holdninger. I de fleste tilfeller ønsker man seg at alle tre blir endret, men det

endelige målet med læringen er ikke en slik ”mental endring”, men en bedre helse og mestring.

Det er ikke nok å ha kunnskaper om endra kosthold, ferdighetene til å lage maten og positive holdninger til den nye kosten. En må tro at en klarer å overføre dette til sin egen hverdag, gjennom kontroll over egen tilværelse, handlinger og følelser, at man faktisk lykkes. For oppnå dette er veiledning fra helsetjenesten sentralt. Det er ikke nok å fortelle hva pasienten skal gjøre, man må lytte til pasienten og gi vedkommende den informasjonen som vedkommende opplever som viktig.

*At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor **han** er, og begynde der.*

*Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere en han - men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.
(Kierkegaard 1978, s96-97)*

Opplæring

Det er innen yrkesopplæring og annen etter- og videreutdanning man oftest møter begrepet opplæring. Den klassiske måten å tenke opplæring innen yrkeslivet har vært å ta utgangspunkt i og bygge teori rundt praksis. Ideen med denne måten å tenke på er at den lærende skal bli en del av et fellesskap av praktiserende (Lauvås og Handal 2000). En mye brukt måte å fremstille denne prosessen er ved hjelp av Jean Lave og Etienne Wenger sin teori om situert læring (1991). I denne modellen er det sentralt at det er en lærende som skal bli inkludert i et fellesskap, der det er eksisterende medlemmer i fellesskapet som skal sørge for opplæringen. I en slik modell blir helsetjenesten ikke helt enkel å plassere. Med dette som bakgrunn har vi valgt å legge resonnementene våre på en aktivitetsteoretisk plattform (Se f.eks.: Engeström 1987; Engeström m.fl. 1999). I aktivitetsteorien er det sentrale individet sitt forhold til objektet (målet) man handler mot, og den konteksten dette skjer i. I denne sammenhengen blir helsetjenesten et verktøy pasienten bruker for å nå sine mål om en bedre helse. I av dette perspektivet følger at helsevesenets rolle i stor grad blir det å være veileder.

Kunnskap

Vi har gitt en beskrivelse av pasientopplæring, men vi har ikke sett nærmere på hva opplæring er. En av hovedoppgavene til helseforetakene er opplæring av pasienter og pårørende. Derfor er det viktig at vi vet hva vi legger i dette begrepet.

Opplæring består av læring og resultatet av læring, som vi kaller kunnskap. Målet med pasientopplæring er ikke kunnskap, men at kunnskapen taes i bruk på en slik måte at den gir bedre helse og mestring.

Vi ser ikke på kunnskap som noe som utelukkende er å finne inne i hodene til folk. Vi mener at det er ufornuftig å skille tenking, motivasjon og læring fra den sammenhengen disse prosessene opptrer i. Kunnskapen må dannes av pasienten i den ”rette” sosiale sammenhengen, noe som kan være på jobben, hjemme, blant venner og så videre. Dette medfører at kunnskap må sees på som forankret i historiske, sosiale og kulturelle forhold (Ludvigsen og Flo 2002). Dette er i tråd med det kunnskapssynet som man finner i den såkalte sosiokulturelle læringsteorien (Se f.eks: Vygotsky 1978; Engeström 1987; Cole 1996; Engeström m.fl. 1999; Dysthe 2001).

Læring

Læring er de prosessene som leder fram til kunnskap, og er ikke en ”engangsjobb” som kan løses i et undervisningslokale. Slik vi ser det opptrer

den viktigste læringsprosessen i pasientens hverdag. Det er i hverdagen pasienten får erfart det han eller hun får vite i møtet med helsetjenesten eller andre pasienter. På denne måten blir den viktigste læringsprosessen noe helsetjenesten må overlate til pasienten.

Selv om det er pasienten som er det handlende subjektet må helsetjenesten like vel sikre seg at pasienten sitter med det vedkommende trenger når han eller hun møter hverdagen. Man trenger kunnskaper for å mestre det som forekommer problematisk i en hverdag hvor man må ta hensyn til helsen sin på en annen måte enn før.

Det å lære er en aktiv handling fra den som skal lære, og kan defineres slik:

$$\text{motivasjon} \cdot \text{avkodning} \cdot \text{forståelse} = \text{læring}$$

Motivasjon er den faktoren som gir energi til prosessen. Den vanligste grunnen til at man ikke er motivert for å lære er at det man skal lære ikke angår en. Før man kan gjøre noe mer må man sikre seg at den som skal lære har en forståelse av at det som blir kommunisert er viktig for både pasienten og sykdommens/behandlingsens utvikling.

Avkodning handler om at forholdene er lagt slik til rette at den lærende kan oppfatte det som skal formidles. Barrierer som kommer inn her kan for eksempel være at norskkunnskapene er for dårlige, pasienten mangler høreapparatet sitt eller at helsepersonellet snakker for fort.

Forståelse er faktoren som bestemmer om den lærende klarer å tilegne seg den informasjonen som blir gitt. Det er ikke nok bare å kunne dekode ordene eller setningene, de må ha innhold! Man må sørge for at den lærende klarer å sette det nye i forbindelse med det vedkommende allerede vet. En vanlig måte å sikre seg dette på er å få den lærende til å formulere det som skal læres gjennom åpne spørsmål. Det holder ikke med "Forstod du dette?"!

Når pasienten kommer hjem må han ha grunnlag for den samme prosessen. Han må ha motivasjon nok til å søke ny kunnskap, dekode både kroppens signaler og materiellet som han har tilgang til, og kunne forstå innholdet i dette.

Vi vil komme tilbake til denne problemstillingen senere, men først vil vi gå igjennom noen begreper vi trenger i denne sammenhengen

Teoretisk bakgrunn

Vi omgir oss med redskaper som letter livene våre. Disse redskapene utvider ikke bare hva vi kan gjøre, men de avgrenser også vårt handlingsrom. Når man bruker et redskap, er man ikke lenger alene om en handling, den/de som skapte redskapen må også få sin del av æren. Et eksempel på dette er at de tankene vi har lånt fra andre til denne teksten, er merket slik at leseren kan finne de opphavlige tankene gjennom en informasjonen vi gir i parenteser.

Redskaper

Vi benytter i denne teksten to begreper som er nesten like: redskap og artefakt. Det som skiller artefakt fra redskap er at et artefakt kan ha flere former enn redskapene; det kan være verktøy, sosiale modeller eller ideer (Cole 1996; Ludvigsen og Flo 2002). I denne teksten bruker vi ofte begrepet redskap der vi burde brukt artefakt. Dette gjør vi fordi ordet redskap er mer familiært enn artefakt.

Når mennesker skaper redskaper/artefakter blir det brukt kunnskaper og erfaringer i denne prosessen. Disse kunnskapene blir lagret i det som blir skapt: artefaktet. I praksis gjør dette at disse kunnskapene blir tilgjengelige for de som tar artefaktet i bruk (Säljö 2001). Eksempel på medisinske artefakter kan være: Behandlingsprosedyrer, operasjonsredskaper og medisiner.

Et artefakt påvirker i regelen måten man tenker på, på samme måte som kjennskap til en persons bakgrunn eller stilling endrer måten man tenker om de handlingene denne personen foretar seg.

Mediering

Mediering kommer fra det tyske ordet *Vermittlung* som blir oversatt med formidling. Omgrepet uttrykker at vi i de fleste tilfeller ikke står i direkte kontakt med omverdenen, men den blir formidlet til oss av fysiske og intellektuelle redskaper som er integrert i våre sosiale praksiser (Säljö 2001).

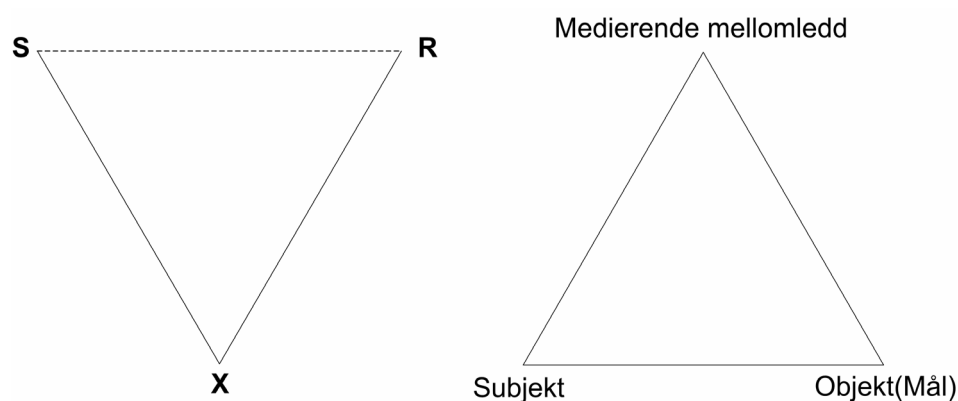
Tanken er at mennesket ikke kan ta opp i seg omgivelsene uten å tolke dem. Når kontakten mellom individ og omverdenen skjer gjennom fysiske og intellektuelle verktøy vil disse verktøyene farge bildet vårt av omgivelsene. Man sier at artefaktet medierer omgivelsene.

Et medierende artefakt er med andre ord den kulturelt konstruerte gjenstanden eller strukturen som er bærer av budskapet. Dette kan være i form av språk, teknologi, kutyme osv. Dette medfører at all menneskelig aktivitet er mediert av artefakt (Scott m.fl. 1992). Et eksempel på dette er hvordan legestudenter

formes av de normer, regler, handlingsmønster osv. som gjelder på sine praksisplasser.

Medierende triangel

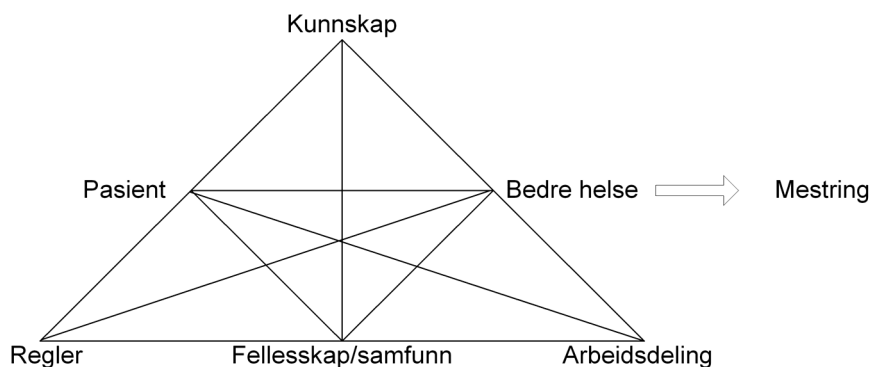
Vygotsky(1978) er den som har fått æren av å ha formulert at menneskets handlinger blir mediert av et redskap. Dette satte han opp i et triangel der det er stiptet linje mellom sender og mottaker, og det medierende mellomleddet er symbolisert ved X. Dette triangelet er i ettertid blitt snudd og gitt navnet ”det medierende triangel”.



I et slikt medierende triangel er det et subjekt (den handlende), et objekt (noe å handle mot/et mål for handlingen) og et verktøy som blir benyttet i prosessen.

Aktivitetssystemer

Det som mangler i oppsettet over, er en representasjon av det samfunnet pasienten er en del av. Engeström (1987) har utviklet en modell som tar høyde for også dette. Han utvider det medierende triangelet med et underliggende nivå bestående av selve samfunnet, reglene for samhandlingen og den aktuelle fordelingen av oppgaver i dette samfunnet. Det er viktig å merke seg at en pasient alltid er del av flere slike aktivitetssystemer.



Det som ofte forekommer i slike aktivitetssystemer, er at det blir en motsetning mellom en eller flere av de involverte komponentene. Slike motsetninger blir kjennetegnet av dilemmasituasjoner der alle handlinger uansett blir feil (Engeström 2002).

Den nærmeste utviklingssona

Et mye brukt begrep når man snakker om læring er ”den nærmeste utviklingssona¹” (Vygotsky 1978). Denne sona illustrerer to ulike ting. For det første sier den at man kan lære mer og lettere om man får hjelp av andre, men vel så viktig uttrykker den en forestilling om at det er ei grense for hva den lærende er *klar* for å lære (Brown m.fl. 1993, s.191).

Man kan med andre ord ikke gjøre seg nytte av hjelp eller redskaper om man ikke har grunnlaget i orden. Det ville i de aller fleste tilfeller ikke hjulpet med verken bøker eller støtte, de færreste ville klare å klatre til toppen av Mt. Everest eller føre et jagerfly etter bare noen dager trening. Det tar tid, og man må starte innenfor den enkeltes nære utviklingszone.

Den nærmeste utviklingssona blir definert slik av Vygotsky selv:

It is the distance between the actual developmental level as determined by independent problem solving and the level of potential development as determined through problem solving under adult guidance or in collaboration with more capable peers. (Vygotsky 1978, s.86)

Et viktig moment er at man kan ha nytte av å samarbeide med mer kompetente likemenn (*peers*). Det betyr ikke at den ene må være mer kompetent enn den andre i alt. I en gruppekonstellasjon er det vanlig at kompetansen er fordelt slik

¹ I engelsk språkdrakt: Zone of Proximal development: ZPD

at hvem som er kompetent likemann varierer. I følge f.eks. Ann Brown m.fl.(1993) kan også redskaper være med på å danne en slik nær utviklingssone.

Helsetjenesten og brukerorganisasjonene er kommet godt i gang med å utnytte nettopp samarbeidet mellom likemenn. Dette er det satset mye på i helsetjenesten, men det må utvikles mer. Lærings og mestringsentrene bygger på en filosofi om at profesjonskunnskap og pasientkunnskap er likverdige, og likemenn skal ta del i undervisninga. Selvhjelpsgrupper som metode er utbredt og det skal satses enda mer på dette. Selvhjelpsprogram for kronisk syke og pårørende er også et voksende tiltak. På ulik måte bygger disse tiltakene på ”den nærmeste utviklingssona”.

Stillas

For å utnytte den nære utviklingssona bedre enn i ordinær samhandling mellom mennesker skaper man formelle lærings situasjoner. Det å gi den lærende hjelp til de delene av en oppgave som vedkommende ikke klarer selv, kalles ofte for å bygge *stillas* (Bruner 1997).

Stillaset er et støttesystem for læring der man gir den lærende hjelp til å utvikle seg i sin egen nære utviklingssone. Et slikt stillas er bevisst bygget, og ofte en strukturert hjelp der man støtter den lærende i det å bygge opp de ferdighetene som skal til for å innfri kravene som omgivelsene stiller til en. Et svært tydelig eksempel på slik stillasbygging er ergoterapeuten sitt arbeid.

Det er ikke alle lærings situasjoner og stillas som er så gjennomtenkte som ergoterapeutens. Svært mye av den opplæringen vi får er gjort av kollegaer, venner, tilfeldige som gav oss hjelp til å løse et problem der og da. En slik endring av rolle fører til et perspektivbytte, som igjen medfører at man må organisere kunnskapen sin slik at den passer til den som skal lære. Dette medfører som oftest læring (Westrheim 2001). Det å bruke ”mer erfarne pasienter” til å hjelpe andre med samme sykdom gir dermed dobbelt tilbake.

En informasjon som er utformet (grafisk, organisert, skrevet og tilrettelagt) på en slik måte at den lærende lett kan tilegne seg innholdet kan også sees på som et stillas som hjelper den lærende med å lære. Et slikt stillas mangler den samhandlingen og vekselvirkningen som undervisninga har, og kan dermed ikke sikre seg at det skjer en læringsprosess på samme måte som i en undervisningssituasjon.

I noen situasjoner vil god pasientinformasjon være tilstrekkelig, men ønsker en å være sikker på at prosesser starter hos den lærende må man sørge for at det blir bygget individuelle stillaser som sikrer handlingsendring og endra helsetilstand.

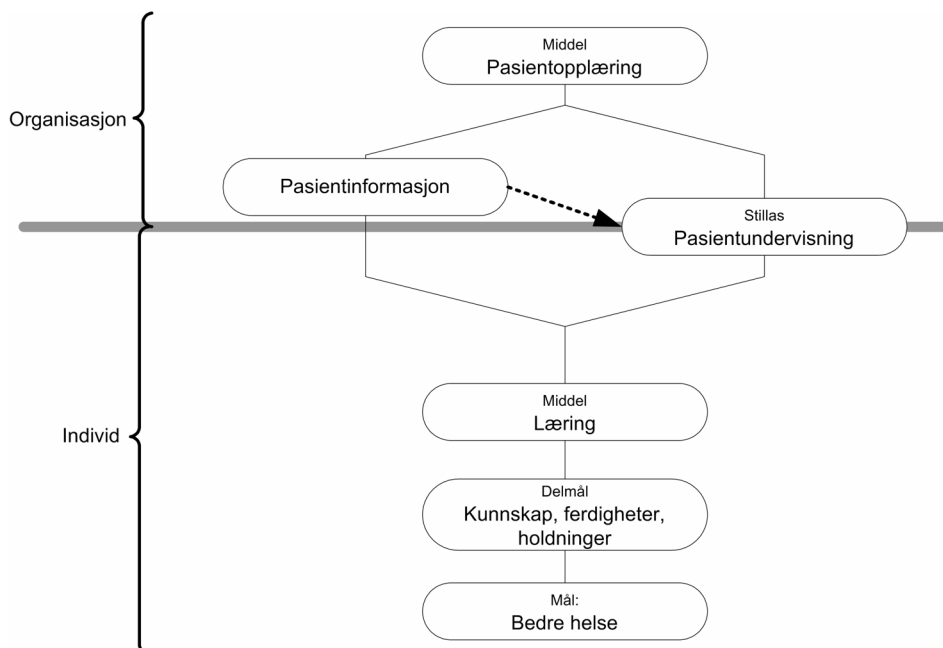
Slik kan man tenke pasientopplæring...

Man tror ikke at pasienten kan bæres frem til målet av helsepersonellet. Modellen vår setter fokuset på pasientens og pårørendes eget ansvar. Dette har endret helsepersonellens rolle vesentlig.

Alene vil de færreste pasienter og pårørende ha noen som helst mulighet til å nå målet. Helsetjenesten sin oppgave er å søke samarbeid med partnere (f.eks. brukerorganisasjoner) for å bygge stillaset som pasienten trenger på vei mot målet. Underveis må helsearbeiderne sørge for sikring. Både av pasienten og av de pårørende som utgjør pasientens klatrelag.

Changes in knowledge may be necessary before we can change behaviours or health status. However, just because someone has correct knowledge does not mean that he or she will change (Lorig 2001).

Vi er nå kommet så langt at vi kan strekke opp en samlende modell for det vi har diskutert så langt. Vårt mål er at den skal være praktisk å bruke som utgangspunkt for konkrete vurderinger.



Organisasjonsnivået har det overordnede ansvaret for å tilrettelegge og bygge stillaser. Vi ser altså helsetjenesten som den aktøren som har ansvaret, selv om det er både naturlig og ønskelig at brukerorganisasjonene kommer sterkt inn med sin kunnskap. En kan også tenke seg andre aktører. Dette er organisasjonsnivået i modellen.

De to retningene for pasientopplæring (pasientinformasjon og pasientundervisning) tilhører ofte nivåer innen helsetjenesten. Mens utvikling av pasientinformasjon og kvalitetssikring av denne i hovedsak bør være en nasjonal oppgave, vil pasientundervisning i regelen skje i et fysisk møte mellom helsearbeidere, likemenn og pasienter. Helsearbeiderens og likemennenes kunnskaper om sykdom vil gjennom stillasbygging være sentrale kriterier for hvordan pasientundervisninga skjer.

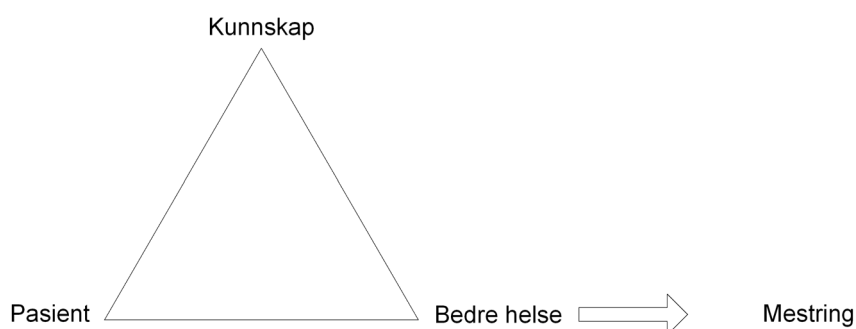
Som en ser av modellen tillegges den moderne pasient et stort ansvar. Organisasjonen kan tilrettelegge og motivere for læring, men læringen er det pasienten selv som må stå for. I Stortingsmeldingen om et sunnere Norge (Helsedepartementet 2003) er dette ansvaret klart uttalt:

”Den enkelte har et ansvar for egen helse og vil på mange områder ha valgmuligheter og stå ansvarlig for sine valg”.

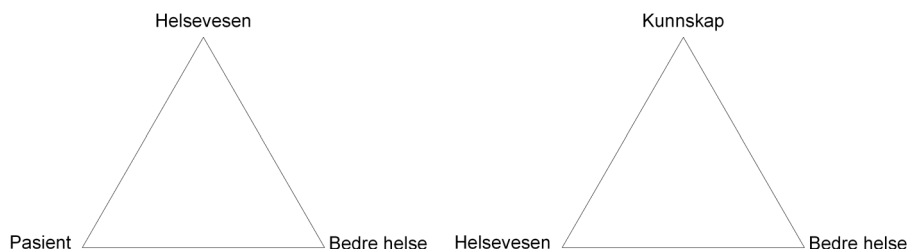
Helsepersonell har tradisjonelt tatt ansvaret for pasienten og sagt hva pasienten må gjøre og ikke gjøre. Den enkeltes ansvar for egen helse ilegger helsearbeideren et ansvar for å inngå en allianse med pasienten.

For pasienten er altså pasientopplæring en aktiv prosess der målet er bedre helse og det forventede resultat er forbedret helse og mestring. Midlet for subjektet (pasienten) er kunnskap. Vi vil se litt mer nøye på denne opplæringsprosessen. Den måten vi stiller den opp på er hentet fra Michael Cole (1996).

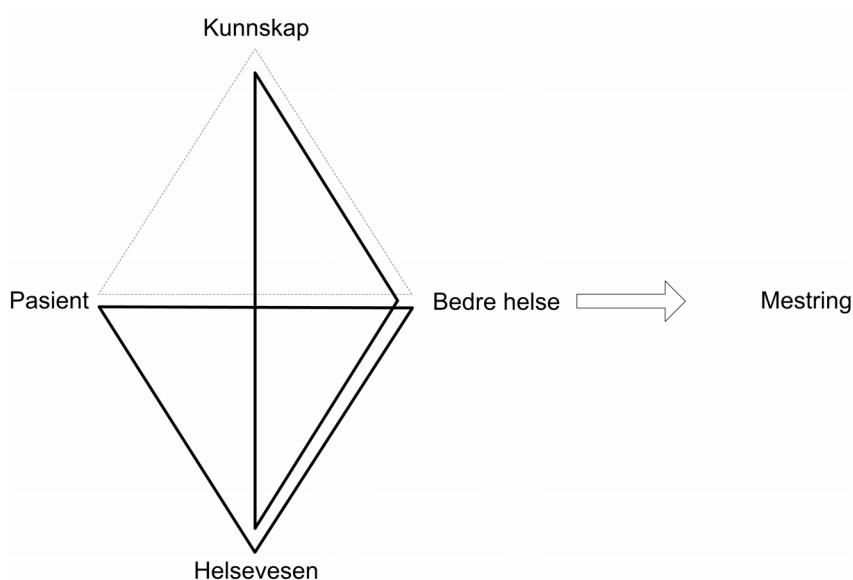
Her lar vi begrepet *helsetjeneste* også inkludere de naturlige samarbeidspartene. På samme måte som pasientundervisninga er et resultat av pasientens kunnskap og helsetjenestens kunnskap er planlegginga av undervisninga et resultat av profesjonskunnskaper (helsetjeneste) og pasientkunnskap (brukerorganisasjonene).



Det er det overstående systemet som skal skapes gjennom pasientopplæringen. Som hjelp i denne prosessen har vi to andre slike system.

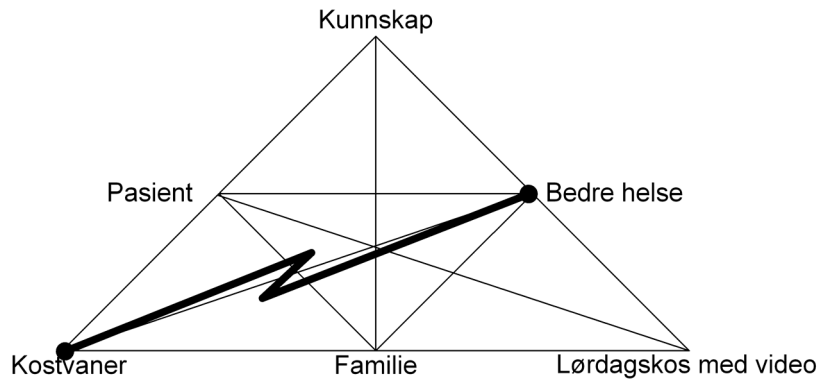


I det en pasient oppsøker helsetjenesten kan man si at denne pasienten bruker helsetjenesten som redskap for å få en bedret helse. Helsetjenesten bruker på sin side kunnskaper for å oppnå bedre helse. Om man legger disse tre systemene oppå hverandre kan man klart se hvordan helsetjenesten må bruke sine kunnskaper som verktøy for å hjelpe pasienten til å mestre sin hverdag.



Målet for pasientopplæringen må, om man ser det på denne måten, være å bruke helsetjenestens kunnskaper til å skape et system der pasientens egne kunnskaper om sykdommen blir et sentralt verktøy for å bedre pasientens helsetilstand. Kunnskaper om egen sykdom medierer på denne måten helsetjenestens kunnskaper om sykdommen.

Danningen av det nye systemet skjer ikke i et vakuum. Pasienten oppholder seg alltid i en sosial sammenheng som det må taes høyde for. Dette illustrerer vi her gjennom et enkelt aktivitetssystem.



I dette tilfellet tenker vi oss at det er en motsetning mellom familiens kostvaner og pasientens bedre helse. Man kan for eksempel tenke seg at pasientens sykdom fordrer en sukkerreduert kost, mens familien har hatt som vane å kose seg med snop på lørdagskvelden. Om man beholder lørdagskosen i sin eksisterende form blir det en påkjenning for pasienten, om man fjerner den kan resten av familien oppleve det som en straff.

Man må være oppmerksom på at alle slike aktivitetssystemer er dynamiske, og endrer seg hele tiden. Man kan for eksempel tenke seg at når man løser konflikten mellom målet om bedre helse og eksisterende kostvaner så dannes det en ny konflikt mellom de nye kostvanene og familien.

For å gjøre pasientundervisninga effektiv er det viktig at man tar høyde for alle aktivitetssystemene pasienten er en del av i sin hverdag, noe som bare kan gjøres gjennom dialog med pasienten og svært ofte inkludering av sentrale aktører i de miljøene pasienten oppholder seg.

Til slutt

Helseforetakene forholder seg til et nytt lovverk som har definert et nytt felt: Pasientopplæring. Selv om dette ikke er nytt at helsetjenesten driver pasientopplæring er det like vel et nytt felt i det at det er skilt ut som en egen oppgave. Denne endringen av pasientopplæringens posisjon krever at aktørene i definerer sine roller i det nye feltet. En slik definering må skje både mellom avdelinger og mellom profesjoner. Målet vårt er å bidra i denne diskusjonen, ikke med et forslag til en fasit, men et utgangspunkt for en diskusjon.

Ut fra vår modell kan vi forstå pasientopplæring som å bruke helsetjenestens kunnskap til å skape kunnskap hos pasienten. En kunnskapsbygging som tar høyde for, og fungerer i, pasientens hverdag. Siden dette ikke er et mål, men et middel, må målet være at pasienten skal oppnå bedre helse og mestring av egen hverdag.

Til tross for at feltet er nytt, skjer ikke diskusjonen uten en historisk arv. ”Pasienten først” har lenge vært mer enn bare et slagord, men skal dette slagordet få full betydning må pasienten gis mulighet til å fylle kravene som ligger i den nye pasientrollen. Alliansen mellom helsepersonell og pasient må stå i høysetet. Pasienten **får** ikke lenger behandling. Han **deltar** i et behandlingsopplegg. I det opplegget inngår det en større eller mindre del pasientopplæring hvor pasienten får ta del i helsetjenestens kunnskaper.

For å få dette til trenger helsepersonell å få mulighet til å utføre pasientopplæring gjennom måten arbeidet organiseres på, gjennom opplæring, og ved at det blir stilt redskaper til rådighet.

Ut fra vårt ståsted vil vi skissere følgende ansvarspyramide, som et utgangspunkt for definering av ansvar for pasientopplæringen:

Helsedepartement/Sosial og Helse direktoratet

Pensle ut strategi og politikk, tilrettelegge for forskning og utvikle fellestjenester (særlig pasientinformasjon, opplæring av helsepersonell og pasienter). Brukerorganisasjonen er viktig samarbeidspartnere.

Regionale helseforetak

Regionale strategier og implementering, prioritere forskning, samarbeide med undervisningsinstitusjoner, utvikle en felles politikk og tilrettelegging, samarbeide med primærhelsetjenesten. Brukerorganisasjonen er viktig samarbeidspartnere

Helseforetak

Utførende nivå som må samarbeide med kommuner, brukerorganisasjoner og høyskoler. Må prioritere og styre.

Avdelinger/kommunehelsetjenesten

Må ta hensyn til pasientopplæring i sine arbeidsrutiner og planer. De har et egenansvar for at avdelingene blir tilført nødvendig kompetanse og må samarbeide tett med helseforetakets lærings- og mestringssentre. Brukerorganisasjoner er viktige samarbeidspartnere.

Helsepersonell

Vil være det utøvende ledd og den direkte kontakt med pasienten. Holdninger og kunnskaper vil stå sentralt. Det er helsepersonellet som skal bygge stillasene og sørge for sikring. Man må se hele pasienten, noe som medfører at man må se ut over egen avdeling.

Pasient og pårørende

Har ansvaret for sin egen helse/pasientens helse og må ta det ansvaret. For noen er det enkelt og for andre er det vanskelig.

Veien videre

For KPI vil dette notatet være et slags ”ideologisk” grunnlag for videre arbeid.

Miljøet i Volda ønsker å spille en sentral rolle i oppbyggingen av et undervisnings-, produksjons- og forskningsmiljø der man legger vekt på pasienten sin aktive rolle i det å oppnå bedre helse og mestring av egen hverdag. Man sikter mot å spille en sentral rolle i oppbyggingen av et undervisnings-, produksjons- og forskningsmiljø der man legger vekt på dette. Det er forfatterens ønske at den modellen vi har beskrevet i dette notatet - på ulike måter - vil ligge til grunn for dette arbeidet.

Utfordringene er mange, både når det gjelder organisering, nettverksbygging, pedagogiske modeller, samarbeid og evaluering. Vi håper at en felles forståelsesplattform vil gjøre dette arbeidet enklere og mer effektivt.

På tross av at vi har brukt mange sider på å forklare hva vi mener, så kan det på sett og vis uttrykkes svært kort. Vi låner et utsagn fra Kate Lorig. Hun summerte opp utfordringen på denne måten:

”In health care the product is clearly health and the patient one of the producers, not just a customer” (Lorig 2000)

Litteratur

H. Broch, R. T. Enerstvedt, E. Fjell, Y. Hammerlin, T. Hope, K. Huserbråten, E. Høydalsvik, P. Nygren and A. Rolland (1991). Virksomhetsteorien, Falken.

A. L. Brown, D. Ash, M. Rutherford, K. Nakagawa, A. Gordon and J. C. Campione (1993). "Distributed expertise in the classroom", i *Distributed cognitions : psychological and educational considerations*. G. Salomon (red.). Cambridge, Cambridge University Press.

J. S. Bruner (1997). Utdanningskultur og læring. Oslo., Ad notam Gyldendal.

M. Cole (1996). *Cultural psychology : a once and future discipline*. Cambridge., The Belknap Press of Harvard University Press.

A. Coulter (2002). The Autonomous Patient - Ending paternalism in medical care. London, TSO.

O. Dysthe (2001). Dialog, samspel og læring. Oslo., Abstrakt forl.

M. F. Elgjo (2002). Pasientinformasjon - en utfordring for fagbiblioteket. Oslo, Høgskolen i Oslo, Avdeling for journalistikk, bibliotek- og informasjonsfag.

Y. Engeström (1987). Learning by Expanding - An Activity-Theoretical approach to Developmental Research. Helsinki, Orienta -Konsultit Oy.

Y. Engeström (2002). A video interview with Yrjö Engeström. Lancaster, Lancaster University.

Y. Engeström, R. Miettinen and R.-L. Punamäki (1999). Perspectives on activity theory. Cambridge, Cambridge University Press.

L. Grue (2001). Motstand og mestring - Om funksjonshemming og livsvilkår. Oslo, Abstrakt forlag.

Helsedepartementet (2003). St.meld. nr. 16: Resept for et sunnere Norge.

V. Kaptelinin (1996). "Computer-mediated activity: Functional organs in social and developmental contexts", i *Context and Consciousness: Activity Theory and Human-computer Interaction*. B. Nardi (red.). Cambridge, MA, MIT Press: 45-68.

S. Kierkegaard (1978). "Hjælpekunst", i *Synspunktet for min Forfatter- Virksomhed*. A.B.Drachmann, J.L.Heiberg and H.O.Lange (red.), Gyldendal. **18**: 96-99.

K. Kuutti (1996). "Activity Theory as a Potential Framework for Human-Computer Interaction Research", i *Context and Consciousness - Activity Theory and Human-Computer Interaction*. B. Nardi (red.). Cambridge Massachusetts, The MIT Press.

- P. Lauvås and G. Handal (2000). Veiledning og praktisk yrkesteori. Oslo., Cappelen akademisk.
- J. Lave and E. Wenger (1991). Situated learning : legitimate peripheral participation. Cambridge., Cambridge University Press.
- K. Lorig (2000). "Patiens as partners in managing chronic disease." British Medical Journal **320**(7234): 526.
- K. Lorig (2001). Patient education : a practical approach. Thousand Oaks, Calif., Sage.
- S. Ludvigsen and C. F. Flo (2002). "Innovasjon i lærerutdanningen: Hvordan skapes endring", i *Et utdanningsystem i endring*. S. Ludvigsen and T. L. Hoel (red.). Oslo, Gyldendal Akademisk: 83-104.
- J. G. Mæland (1999). Forebyggende helsearbeid - i teori og praksis. Oslo, Tano Aschehoug AS.
- T. Normann and J. T. Sandvin (2001). Om moderne rehabilitering - En start på dialogen mot en felles forståelse.
- T. Scott, M. Cole and M. Engel (1992). "Computers and Education - A Cultural Constructivist Perspective." Review on Research in Education **18**: 191-251.
- R. Säljö (2001). Læring i praksis : et sosiokulturelt perspektiv. Oslo., Cappelen akademisk.
- L. S. Vygotsky (1978). Mind in society : the development of higher psychological processes. Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- S. Westrheim (2001). Innføring av IKT-basert læringsmiljø i ungdomsskolen. **2002**.